

NUESTROS FUNDADORES Y MAESTROS EN 1935 y 1947

ALFONS FERNÁNDEZ SABATÉ



Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

NUESTROS FUNDADORES Y MAESTROS EN 1935 y 1947

ALFONS FERNÁNDEZ SABATÉ

**Profesor Emérito de COT. Universidad de Barcelona. Campus de Bellvitge.
Ex- presidente de la Sociedad Catalana de COT.
Ex – presidente de la Sociedad Española de COT.
Miembro de Honor de la Sociedad Francesa de COT.
Miembro de la Sociedad Internacional de COT.**



Nuestros Fundadores y Maestros en 1935 y 1947.
Alfons Fernández Sabaté.

© EDITORIAL SECOT
Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología
C/ Fernández de los Ríos, 108
C.P. 28015 – Madrid
www.secot.es

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia o de otro tipo sin autorización del titular del copyright.

Primera Edición: Octubre de 2013
ISBN: 978-84-695-8847-5
Depósito Legal: M-29932-213

Impreso en España
Impresión: Socihouse, S.L

ÍNDICE

“Quién olvida su historia está condenado a repetirla”. George Santayana	I
Prólogo.....	II
Dedicatoria	III
Introducción	IV
La Piel de Toro.....	IX
Ramón San Ricart 1882-1955.....	1
– Joaquín Riba de Sanz 1876-1953	26
– Luis Ribó Rius 1899-1990.....	33
Joaquín Trías Pujol 1887-1964	40
Francisco Jimeno Vidal 1906-1978.....	148
Manuel Bastos Ansart 1887-1973.....	171
Manuel Salaverri Aranguren 1883-1980.....	200
José María Vilardell Permanyer 1891-1959	230
Rafael Argüelles López-Tuñón 1894-1949.....	235
– Francisco Martín Lagos 1897-1972.....	245
– Pedro Piulachs Oliva 1908-1976	249
– Josep-Maria Massons 1913-2012	256
Antonio Hernández-Ros Codorníu 1896-1982.....	286
Josep Trueta Raspall 1897-1977.....	291
Alfonso Queipo de Llano 1904-1988	336
Manuel Clavel Noll 1909-1995	358
Ángel Santos Palazzi Duarte 1909-1993	394
Vicente Sanchís Olmos 1911-1963.....	424
– Francisco Vaquero González 1924-1999	471
Vicente Vallina García 1914-2003	478
Ignacio Ponsetí Vives 1914-2011	507
Francisco Gomar Guarner 1918-2006.....	526
– José Tomás López-Trigo 1887-1975.....	527
– Álvaro López Fernández 1904-1974	529
Índice onomástico.....	569
Conclusión.....	586

“QUIEN OLVIDA SU HISTORIA ESTÁ CONDENADO A REPETIRLA”

George Santayana (Madrid 1862 – Roma 1952)

Santayana era hijo de Josefina Borrás Carbonell y nieto de José Borrás y Bofarull, hombre ilustrado nacido en Reus y huido de la persecución de los tiempos de Fernando VII, que casó con Teresa Carbonell de Barcelona. Josefina emigró con sus padres a Winchester, en el estado de Virginia (EUA), regresó al cabo de diez años porque Don José Borrás había sido nombrado cónsul de EUA en Barcelona y este cargo duró 10 años, después de los cuales ocupó el de Gobernador de Batang –isla de Filipinas– donde murió. Josefina se casó en Manila con George Sturgis, un comerciante de Boston, con quien tuvo cuatro hijos y de quien enviudó. Volvió a casarse, esta vez con un español, el ex Gobernador de Batang, que había ocupado el puesto de su padre al fallecer. Con su segundo esposo tuvo a su quinto hijo George y vivieron en Ávila. Ella regresó a Boston con sus hijos Sturgis y George quedó con su padre en Ávila hasta los siete años, y después fue a unirse con su madre. Estudió Filosofía en Harvard, se graduó en 1886; volvió a veces a visitar a su padre en Ávila y a sus tíos en Reus. Fue profesor en Harvard hasta 1912, año en que se trasladó a Oxford y ya no regresó más a EUA. Al acabar la guerra mundial en 1918 se fue a París y al cabo de dos años se instaló en Roma, donde permaneció desde 1918 hasta su muerte en 1952. Siempre conservó su nacionalidad española. Falleció a consecuencia de las lesiones producidas al caerse por las escaleras de la embajada española en Roma cuando iba a renovar su pasaporte.



Barcelona 1939: Quema de documentos y de libros prohibidos en la plaza de Cataluña (aparecido en "Domenica del Corriere", Italia).

PRÓLOGO

Este año celebramos nuestro 50º Congreso Nacional pero la sociedad ha cumplido 78 años por lo que la numeración de nuestros congresos no coincide siempre con los años de la sociedad. Esto se puede explicar por que a parte de los años de la guerra civil y de la postguerra, la SECOT celebró conjuntamente, en bastantes ocasiones, congresos con Portugal y también con Argentina. Además, sin saber por qué del XV se pasó al XII, y como esto hay otros detalles que han complicado sobremañera la numeración de nuestras reuniones. Pues bien, parecía que todo se iba a solucionar cuando mi predecesor en la Presidencia de SECOT, el Dr. Rodríguez Altónaga, le encargó a Alfons Fernández Sabaté un libro sobre la complicada historia de los congresos de la SECOT; sin embargo, mi sorpresa fue mayúscula cuando me encontré al autor trabajando sobre los próceres de nuestra Sociedad, muchos de los fundadores de los que sabíamos muy poco o mejor dicho, de los que no sabíamos nada y de otros que han marcado hitos en la historia de nuestra especialidad. Después de un tiempo me alegra ver el ingente trabajo terminado.

De alguna manera, ha completado su obra inicial, aquel libro publicado hace algunos años, que lleva por título "Barcelona y la SECOT". Esto demuestra que el profesor Fernández Sabaté es un autor que sigue su estrella, con unas ideas muy claras y fijas sin detenerse hasta que no consigue lo que se había trazado. Hoy podemos ver como en unos cuantos años ha recogido información de diferentes puntos de España para reconstruir una historia desperdigada y también, en muchos casos, completamente desconocida sobre nuestra especialidad. Entramos ahora en un conjunto de capítulos que no solo hablan de personas, lo hacen de una de las etapas de la historia de la medicina más interesantes, cuando van naciendo las diferentes especialidades quirúrgicas, viendo como el árbol de la cirugía se desgaja, rama a rama, para crear un mundo nuevo que pasados pocos años ya no reconoce sus orígenes. Por eso, algunos de los capítulos del libro tienen especial relevancia como son los de Vicente Sanchis Olmos y Santos Palazzi o Francisco Gomar; los dos primeros por ser cirujanos ortopédicos formados desde el principio en dicha especialidad que crearon reconocidas escuelas de cirugía ortopédica y traumatología y el tercero por ser el primer catedrático de Cirugía Ortopédica y Traumatología de España, recogido en el BOE, si bien proveniente de una cátedra de cirugía general.

A estas alturas seguimos sin entender la numeración de los congresos de la SECOT pero, por el contrario, hemos aprendido tantas cosas en este trabajo que ahora presentamos que no podemos hacer otra cosa que felicitar al profesor Fernández Sabaté por su tarea. En este tiempo he tenido ocasión de seguir sus investigaciones y hallazgos, pero también sus donaciones. En el museo de medicina militar del hospital militar Gómez Ulla, se puede ver, desde hace unos meses, la chilaba de sanitario militar que utilizaba Fernández Sabaté cuando realizó su servicio militar en Ifni, antigua colonia española en África. Fruto de su labor ha quedado en nuestra sede una interesante colección de fotografías para el archivo que de no ser por este trabajo se hubieran perdido para siempre. Alfons pertenece a esa generación de catalanes que trabajan bien en Madrid y disfruta acudiendo a la capital de España para encontrar sus oportunidades. Aquí, me consta, la colaboración con Ana, Esther, Rocío, Elena, y Mati, todo el personal de la SECOT ha sido intensa, muy intensa; han estado fotocopiando, enviando, recogiendo, montando, pegando ... para terminar y maquetar el libro, un estilo de edición que ya ha desaparecido pero que algunos todavía se empeñan en mantener con vida.

A la Secot corresponde recabar este trabajo de la especialidad que, ahora, pone en manos de los cirujanos ortopédicos españoles.

Francisco Forriol.
PRESIDENTE SECOT.

DEDICATORIA

A la memoria de todos aquellos profesores y miembros de nuestras sociedades que corrieron parecida o peor suerte que aquellos cuyo recuerdo intentamos reflotar para que perviva entre nosotros. Ha sido necesario redescubrir aquel pasado médico que con la guerra fratricida entre españoles nos fue ocultado y fue olvidado. A ellos dedicamos esta obra.

A todos los compañeros de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología con la esperanza de que lleguen a sentirse dignos sucesores de aquellas mentes preclaras que hicieron posible, antes y después del incivil y cruento vendaval, el nacimiento y la restauración de nuestra Sociedad.

Dijo mi amigo Oriol Casassas, en su estudio sobre la medicina catalana en el siglo XX, que "por esto, porque la cultura sigue la suerte de los pueblos - y la desdicha- quizás tienen un interés que va más allá del círculo de los médicos las historias de la Medicina, las historias grises de los momentos de suerte gris del pueblo, las historias más brillantes de los momentos de mayor plenitud...; la revisión de la historia de la Medicina de un país en un momento determinado denota los mismos movimientos que la historia general de aquel mismo país y en aquel momento".

A mis padres que protegieron mi infancia en tiempos de guerra y de penuria.

A mi esposa por los largos silencios soportados durante la elaboración de estas narraciones.

A los descendientes de los aquí biografiados, muchos de los cuales me han ayudado en la recreación de su progenitor.

INTRODUCCIÓN

Al entrar a formar parte de la Junta de nuestra SECOT empecé a frecuentar la imagen del Profesor Joaquín Trias Pujol que encabeza la exposición mural de de los Presidentes en la Sala de Juntas. Por la situación de mi silla en la mesa de reuniones su retrato quedaba siempre frente a mí y así durante las diversas reuniones a lo largo de dos años. Al redactarse la Historia de la SECOT me di cuenta de que la figura humana y científica de nuestros fundadores quedaba tan lejana que incluso los datos históricos resultaban de difícil acceso. Era como si el tiempo se los hubiera llevado consigo hasta desdibujarlos y casi difuminarlos en una neblina de olvido. Un buen compañero me preguntó en una reunión de Junta que quién era Trias Pujol y aquella cuestión me confirmó mis sospechas de que las generaciones presentes vivían desligadas de un pasado en el que se plantaron los cimientos de lo que ahora somos. Dicho de otro modo, la pura actualidad sin religarse a unos orígenes, lo cual equivale al desarraigamiento de la persona. Y como especialistas en Cirugía Ortopédica nuestro devenir ha sido el fruto de un lento discurrir a base de aportaciones personales de hombres que han hecho crecer nuestro propio árbol de Andry, pero la juventud que crece en sus ramas, ya superespecializadas, tiene que conocer el tronco y hasta el tocón y posteriormente descubrir sus raíces. En mi propia juventud me di cuenta de que algo del pasado inmediato se me ocultaba y la curiosidad me llevó junto a otros muchos universitarios a practicar en el sigilo compartido unos escauceos históricos en pos de nuestro venero.

Entré en la Universidad de Barcelona en el año 1952 y al empezar la enseñanza de medicina estrené un plan de estudios que comprendía un llamado "curso común" como primer año de carrera, compartido con las diversas carreras de ciencias y en grupos en los que estábamos entremezclados los alumnos de las facultades respectivas. Al cabo de los años me queda de aquel contacto que ahora llamamos "interdisciplinario" la amistad con universitarios de variados rumbos en el mundo de la ciencia y con otros del ámbito literario con los que a ratos convivíamos en los patios del edificio universitario conocido como "central", en la misma plaza de la Universidad, obra vistosa del arquitecto Elías Rogent al pie del ensanche barcelonés. Y hoy en día, con tantas universidades y facultades dispersas a lo largo y a lo ancho de la geografía catalana, aquel noble edificio nos parece la auténtica "alma mater" que ya no es posible vivir como cuando era centro neurálgico único de la vida universitaria catalana. La inquietud que compartíamos hace exactamente medio siglo algunos universitarios se concretó en cenáculos discretos donde se discutía el presente, se buceaba en el pasado de nuestra cruel guerra y se elucubraba sobre el mañana. A lo largo de nuestros primeros años de carrera persistió el contacto y la visión crítica de nuestra universidad nos hizo descubrir que había existido un intento de renovación veinte años antes y que tenía como nombre Universidad Autónoma.

Nada quedaba de aquel esfuerzo que había llevado y extendido las enseñanzas de la medicina desde el Hospital Clínico hasta el hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Siempre nos había extrañado que en este hospital algunos jefes de servicio utilizaban el apelativo de "profesor" cuando la docencia quedaba estrictamente concentrada en el Hospital Clínico; era como un resto de aquella universidad que fue y que desconocíamos. Una de las primeras explicaciones que obtuve de alguien que la hubiese vivido fue la que me dio en su casa el profesor Cabot Boix. Era un sábado después de comer, hora en la que me personaba para ir con él como ayudante voluntario a la Residencia de la Seguridad Social, donde operaba los enfermos de su "cupo". Tenía él una invitación para reunirse con sus compañeros del grupo llamado "H de P", anagrama de "hijos del patronato" y éste se refería al Patronato de la Universidad Autónoma; en realidad el escrito decía "F de P", de "fills" en catalán. La reunión era el fruto de la amistad que había dejado en aquellos alumnos la experiencia docente y la revivían periódicamente en sus encuentros. Supe así que la reforma de la enseñanza de la medicina

había sido la obra de dos hermanos cirujanos, los Trias Pujol, Joaquín y Antonio, que habían actuado el primero como Decano de la Facultad y el segundo como miembro del Consejo Rectoral. Nunca antes había oído estos nombres.

A partir de aquí empecé a atar cabos sobre detalles que no me habían parecido conexos. Yo me formé en patología quirúrgica en la clínica del llamado Servicio de Piulachs II, lo que equivale a la acumulación de dos cátedras, una en propiedad y otra regentada por un Profesor Encargado, el doctor Román Juliá Bonet, que fue mi más directo maestro en la formación quirúrgica gracias a su corrección personal, a su habilidad quirúrgica y a su respecto y atención hacia el enfermo. Pero la pregunta que me asaltaba era el por qué dos cátedras, situación no existente en ningún otro centro de la universidad española. Fueron muchas las cátedras vacantes después de la guerra y todas fueron cubiertas con jóvenes catedráticos que sustituyeron a los expeditados y a los exiliados del bando perdedor, pero aquella en la que me formé seguía vacante. Años después me enteré que el Ministerio de Educación Nacional había permitido al profesor Joaquín Trias Pujol la reincorporación a su cátedra y que había sido la Junta de catedráticos de la Facultad la que había rechazado tal posibilidad. Las causas posibles de este permiso de reincorporación, que debe ser único en la universidad de nuestra postguerra, intentaré comentarlas en el relato biográfico de nuestro primer presidente, descubierto poco a poco según avanzaba mi pesquisa.

Cuando gané por oposición la plaza de alumno interno pasé a hacer guardias en el Servicio de Urgencias y fui formado en las técnicas böhlerianas. Mis jefes me descubrieron la figura de este gran maestro y me contaron la historia del doctor Jimeno que había estado en Viena y que había traducido los libros de Lorenz Böhler; poco más sabía de él. Pude conocerle una vez acabada la carrera en las reuniones mensuales de nuestra sociedad catalana de COT que se celebraba en el Casal de Metge y a las que acudían Santos Palazzi, Vilardell, Cañadell, Cabot, Viladot, Esteve de Miguel, Navés, entre otros, y yo escuchaba las presentaciones y los debates de aquel elenco que dominaba la escena de la especialidad en la vida médica barcelonesa. El contacto directo con el profesor Jimeno Vidal lo tuve por primera vez cuando le presté un ejemplar de mi tesis doctoral para consultar en la elaboración de un peritaje laboral sobre pseudoartrosis, y me dio las gracias en una cariñosa y halagadora carta. Durante treinta años convivimos con su hijo Francisco en el Servicio de Bellvitge, con lo que el apellido Jimeno se ha hecho próximo en la cotidianidad.

En una de las guardias del Servicio de Urgencias del Clínico recibimos la visita en días distintos de dos antiguos alumnos del servicio que se habían ido a Inglaterra para formarse en la especialidad. Ambos eran alumnos de Trueta; nos referimos a Joaquín Poal Manresa y a Miguel Sarrias, que posteriormente se orientaría hacia la patología de los traumatismos medulares junto a Guttman. Dos cosas resultaban evidentes en aquellas narraciones sobre sus respectivas experiencias: que un gran maestro en el exilio había creado una escuela en Oxford y que era preciso completar la formación en el extranjero. Recabando mayor información en el mundo de nuestra especialidad y en el de la cultura en general, pude acceder a un mejor conocimiento de la personalidad de Trueta y de su obra. Le llegué a conocer personalmente en otoño de 1965 durante mi primera estancia en el Servicio del Prof. Merle d'Aubigné en el Hospital Cochin de París. Se celebraba sesión clínica los lunes por la tarde y a menudo con la presencia de algún invitado de otra universidad. En una de las sesiones el invitado fue Trueta, buen amigo de Merle d'Aubigné, y mi "patrón" le dijo: "Pep te presento a un joven cirujano de tu país"; y yo le saludé. Después de estar charlando durante un rato me preguntó: "¿Y usted por qué está en París en vez de venir a Oxford?". Demostraba así su deseo de influir en la formación de los jóvenes cirujanos españoles y de los catalanes en mi caso concreto, porque la casi totalidad de los que en los años cincuenta partieron de viaje de estudios lo hicieron hacia Oxford. Poco después, al preparar mi tesis sobre pseudoartrosis encontré en sus trabajos sobre la circulación ósea una

fueron inagotables de enseñanzas. A partir de aquí su trayectoria se me fue abriendo hasta catalogar en mis fichas la casi totalidad de libros y artículos que había publicado. A su regreso a Barcelona una vez jubilado, solicité algunas entrevistas y me atendió amablemente en su despacho; asistí a cuentas conferencias me fue posible oírle y me congregué con cientos de ciudadanos el día de su funeral en la basílica de Santa María del Mar. Cuando se celebró el centenario de su nacimiento el Colegio de Médicos, la Universidad y la Academia de Ciencias Médicas me encargaron una exposición gráfica de su vida y una conferencia biográfica, que pronuncié en nuestra Facultad el día del homenaje. Esta conferencia ha servido para darle a conocer al gran público, sea médico o sea simplemente ciudadano, en múltiples ocasiones – casi veinte- y últimamente repetida con motivo del veinticinco aniversario de su fallecimiento. A mis alumnos de la facultad les proyecté anualmente su biografía para que le recuerden y para que entiendan cómo un hombre puede adaptarse y seguir siendo productivo en las circunstancias adversas.

El profesor Manuel Bastos Ansart se me apareció por primera vez en los pasillos de una clínica barcelonesa donde yo ayudaba a un cirujano. Vi en él a un hombre alto, serio y de gran educación, por lo que podía deducir de las conversaciones que mantenía con otros cirujanos; siempre le acompañaba su instrumentista que era su esposa. Alguna vez le vi en las sesiones de nuestra sociedad catalana de COT en la Academia de Ciencias Médicas y sus intervenciones eran escuchadas con respeto. Me explicaron que era un profesor de la Universidad de Madrid instalado en Barcelona a resultas de las consecuencias de la guerra civil. Tardé en conocer su producción científica, toda ella presente en la biblioteca de nuestra facultad, y al consultar los ficheros se me reveló su magnitud. Así supe que había contribuido como Trueta al tratamiento de los heridos de guerra con un método de gran prestigio internacional. Y de ambos ni una palabra en la patología quirúrgica, omisión que para mí no era comprensible desde el punto de vista científico y docente. Que a uno no le hablen de lo internacionalmente acreditado en el mundo quirúrgico le resulta una ocultación indebida de motivaciones extramédicas y no científicas. Al bucear en las biografías de estos maestros averigüé que así había sido.

La vida de estos científicos y cirujanos fue un ejemplo de entereza y de constancia, que les permitió soportar lo mejor posible la gran desdicha que los apartó de sus funciones profesionales y académicas tan justamente conseguidas. Todos ellos habían convergido hacia el convencimiento de que era necesaria la fundación de una sociedad que agrupara a los cirujanos ortopedas y traumatólogos, como así resultó bajo el impulso final de Trias Pujol, primer presidente, y de Bastos Ansart, primer vicepresidente. De un relato mecanografiado de Jimeno Vidal reproducimos estos párrafos:

“La labor de Trias en pro de la traumatología no se detiene después de poner en marcha la organización estacional y solucionar el problema de su enseñanza. Considera necesario agrupar a los que van a dedicarse exclusiva o preferentemente a cultivar nuestra especialidad. Con este objetivo se pone en contacto con D. Manuel Bastos de Madrid y juntos se lanzan a la Empresa de crear la Sociedad Española que reunirá cirujanos ortopédicos y traumatólogos”.

“En el Colegio de Médicos de Madrid, el día 6 de julio de 1935, celebramos la reunión que daba nacimiento a la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. La Presidencia de la misma recayó en el Profesor Joaquín Trias Pujol. El nombramiento fue por aclamación.” “La semilla sembrada por el Prof. Trias ha fructificado esplendorosamente y actualmente la Escuela española de Traumatología se precia de marchar al frente de las escuelas que cultivan la especialidad” (1964).

Ha sido obligatorio que transcurrieran cincuenta años desde el final de la Guerra Civil para que los historiadores tuvieran acceso a la documentación que permitiera esclarecer lo sucedido, y en el caso de nuestros maestros universitarios el tipo de tribunales que se ocuparan de su depuración. En

la Universidad de Barcelona el paso por este tipo de enjuiciamiento alcanzó a 63 catedráticos de las diversas facultades (según J. Claret). La depuración fue separada y simultánea a diversos niveles, el colegio, el hospital, la universidad, cualquier otro organismo público. El sancionado desaparecía de los archivos, como constató Bastos Ansart cuando intentó consultar su documentación en la sanidad militar, en la universidad, en la beneficencia; se había esfumado, no existía, i no tenía pasado documentado! Otros, huidos al exilio, se quedaron sin nacionalidad, sin pasaporte, sin identidad oficial. El mismo historiador ha comprobado que en la Universidad de Barcelona, que en julio de 1936 tenía 319 profesores con nombramiento oficial, 141 de ellos fueron represaliados y existe constancia documental de 135 casos. Las facultades a las que pertenecían eran: 3 farmacia, 9 ciencias, 11 derecho, 41 filosofía y letras y 71 medicina. Nuestra ciencia sufrió el más duro golpe de su historia y su élite universitaria fue diezmada, con destinos como el exilio (19,2%), la depuración o la expulsión (23,8%) y el encarcelamiento (1,25%), con diversas acusaciones de las que la más frecuente en la documentación reza así: "desafección al Movimiento Nacional".

He podido esbozar el relato de cómo llegué al conocimiento de estos cuatro titanes de la especialidad que no nos fue permitido tener como profesores. A expensas del desastre y del dolor personal algunos consiguieron desarrollar una actividad puntera allende las fronteras, con unos medios que posiblemente no habrían tenido en casa y con una proyección internacional de la que no habrían gozado. La búsqueda y la recolección de datos sobre sus vidas ha permitido elaborar estos relatos biográficos con el único ánimo de transmitirlos a quienes siguen ignorantes de la grandeza de algunos de nuestros fundadores. Quien posea documentación de otros pioneros de aquel mes de julio de 1935 podrá proseguir nuestra historiografía y enriquecer el pasado inicial de la SECOT. Después del "olvido programado" de aquellos días aciagos de postguerra para los perdedores- como posiblemente diría Bastos Ansart-, nos incumbe la tarea de desprogramar este olvido y de recuperar sus personalidades.

La vida de éstos, nuestros maestros, fue literalmente rota por la guerra civil, por producirse entre conciudadanos que pasaron de la dura convivencia de aquellos días al enfrentamiento directo en los campos de batallas durante tres años que destruyeron los ánimos, la esperanza y las vidas. A lo largo de nuestros relatos aparecerá continuamente el espectro de aquella guerra, la que viví sin conciencia cívica durante mi infancia y de la que sobreviví en dos bombardeos sobre población civil. Pero nuestra mirada hacia el pasado debe hacerse con objetividad y sin ira. José Termes Adèvol, profesor de historia contemporánea de mi Universidad de Barcelona, nos expuso en el acto inaugural del curso académico 1986-87 su visión de historiador con motivo del cincuentenario de la guerra civil española. Entresacamos de su discurso estos consejos actuales sobre cómo poder juzgar este pasado cruel de forma serena con los métodos de la ciencia histórica para poder ayudar a catalogar, a clarificar y a ordenar: "La guerra civil ya no puede utilizarse como bandera de combate partidista por parte de nadie. Ahora la queremos como motivo de estudio, de investigación racional, donde luces y sombras se complementen. La dolorosa intensidad de los hechos hace que sea imposible una separación maniquea entre héroes y verdugos, porque los matices dominan y las excepciones menudean más que las normas...La revolución fue un huracán, un terremoto social. Los conflictos entre clases, las ideologías, las creencias, no pudieron esconder la crueldad de los odios personales, las envidias, los rencores acumulados a lo largo del tiempo, en buena parte ajenos a la política. No podemos reducir la guerra a una académica oposición entre derechas e izquierdas, ni a una confrontación angélica de clases. La realidad supera de largo la visión del manual. La guerra fue un caos. Hay que romper la tiniebla para hacer la luz".

Entre los fundadores barceloneses de nuestra sociedad se encontraba José María Vilardell, que después de la guerra civil pudo continuar su labor hospitalaria. Ayudó a refundar la SECOT, fue jefe de

servicio del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau al ocupar la vacante producida por el exilio de Trueta y llegó a Presidente de la Sociedad. Me pareció oportuno que unas notas biográficas enriquecieran el conjunto narrativo de los cuatro primeros y nadie mejor que el compañero Enrique Cáceres Palou para redactarlas desde su punto de observación en el mismo Hospital como jefe de servicio y último eslabón de tan prestigiosa escuela.

Hasta aquí siguen válidas mis palabras de presentación escritas hace diez años para las biografías contenidas en el libro *Barcelona y la Secot*, que se limitó a los personajes que pude conocer en mi juventud barcelonesa, como bien he narrado hasta ahora. Pero hace dos años nuestro entonces Presidente José Ramón Rodríguez Altónaga me propuso que ampliara el contenido de la obra a otras personalidades precursoras y creadoras de la cirugía ortopédica y traumatología españolas y fundadoras de nuestra sociedad, tanto en sus inicios de 1935 como en la difícil reconstrucción después de las guerras civil y mundial. La tarea se me presentaba difícil porque había transcurrido más de medio siglo desde que reapareció la actividad de la Secot y todos sus protagonistas habían fallecido. Para desenterrar sus recuerdos tenía que establecer un plan de trabajo que hiciera posible la obtención de datos utilizables y este se basó en el acceso a sus descendientes o sus antiguos colaboradores que pudieran guardar archivos personales, en la utilización del índice de la Revista elaborado por Guillén, Herrador y Madrigal, en la lectura de sus trabajos y publicaciones buscándolos en las bibliotecas universitarias y de nuestra sociedad, en hurgar en los archivos de los colegios de médicos, de las universidades y de las instituciones donde trabajaron. Debo agradecer todas las colaboraciones procedentes de estos orígenes, algunas de ellas muy valiosas y extensas en documentación aportada y a lo largo de los relatos iremos mencionado a estos colaboradores. Debo referirme de modo especial a nuestros compañeros médicos del cuerpo de sanidad militar que trabajan en el Hospital Central de la Defensa, los cuales nos han facilitado el acceso a la documentación procedente de los archivos centrales, donde consta la actividad desarrollada por la mayoría de los biografiados durante el período de la guerra civil e incluso en los casos de los dos fundadores durante su actuación en la guerra del Rif en Marruecos como médicos militares de la Academia.

A partir de aquí el biógrafo ordena los datos acumulados hasta pergeñar, con mayor o menor acierto, los personajes de su interés en el propio mundo ya pretérito que la mayoría de veces no viví personalmente, pero no siendo tanta la lejanía su conocimiento me había llegado a través del entorno familiar y del mundo universitario y médico. Sería interesante disponer de las impresiones propias de quienes fueron actores de la época estudiada para que de forma autobiográfica nos las lleguen a transmitir; por suerte hemos estado en posesión de esta posibilidad porque una persona muy apreciada que me honró con su amistad, el profesor Ignacio Ponsetí de Iowa (USA), a quien la vida obsequió con una extraordinaria lucidez hasta su avanzada edad nonagenaria, accedió a narrarnos cómo conoció y convivió con estos profesores que forman el núcleo central de nuestro relato. Participó en la cirugía de guerra al lado de Jimeno Vidal, vivió las postguerras, que son la nuestra y la mundial. Su conservada vitalidad le permitió regalarnos con un relato vivo y personal de los hechos hasta la actualidad, para cuyo análisis poseyó el mejor punto de observación posible y conservó recuerdos perennes desde la lejanía de su cátedra norteamericana. Reciba nuestro agradecimiento por este legado en el que yo solicité encontrar sobre todo al hombre, ya que al cirujano le conocíamos.

LA PIEL DE TORO

En el corazón de la envidia vemos arraigar
con espanto el gran crimen de Sepharad:
la infinita tristeza del pecado
de la guerra sin victoria entre hermanos

Diversos son los hombres y diversas las hablas
y han convenido muchos nombres a un solo amor.

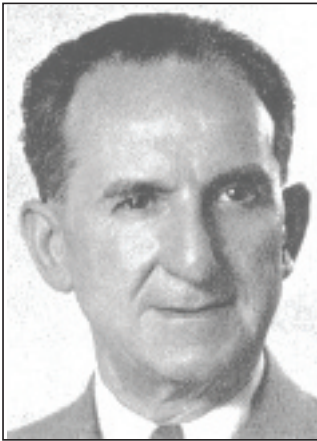
Escucha Sepharad: los hombres no pueden ser
si no son libres.
Que sepa Sepharad que jamás podremos ser
si no somos libres.

Haz que sean seguros los puentes del diálogo
y procura comprender y amar
las razones y las hablas diversas de tus hijos.

Y cuando llegues a la puerta de tu noche,
al terminar el camino que no tiene retorno,
sepas decir solamente: "Gracias por haber vivido"
(Sepharad= nombre hebreo de España)

Salvador Espriu. Traducción A.F.S.

RAMÓN SAN RICART (1882-1955).



Ramón San Ricart.

El nombre de Ramón San Ricart nos era totalmente desconocido hasta que en la Historia de la SECOT (2002) el amigo Eduardo Jordá nos descubrió su existencia. Su fallecimiento, ocurrido hace ya más de medio siglo, lo postergó en el olvido, pero Jordá lo resucitó y lo trató de auténtico pionero de la especialidad en nuestro país. En su breve reseña nos dice que en 1929 fue uno de los fundadores de la SICOT en la reunión convocada en el Hotel Crillon de París y que llegó a ser nombrado vicepresidente de la misma. Nos recuerda también que participó en la fundación de la SECOT en 1935 y hemos sabido que cuatro años antes había sido uno de los fundadores de la Sociedad Catalana de COT. A partir de estas escuetas referencias me decidí a saber algo más de este personaje y solicité permiso para consultar la documentación obrante en el Colegio de Médicos, en la

Facultad de Medicina, en la Real Academia, en el Archivo Histórico de la Universidad y en la Biblioteca de Catalunya, todos ellos en su sede barcelonesa. Puedo afirmar que la búsqueda fue fructífera y que su exposición ordenada nos permitirá llegar a un esbozo biográfico de tan ilustre personaje.

NACIMIENTO.

Para empezar comentaremos su inscripción en el Registro Civil donde consta, según "el tenor literal siguiente", que nació en la ciudad de Vic el día 3 de febrero de 1882 en la calle de la Riera nº 6 a las cinco horas de la madrugada. Certifican los señores José Soler, juez municipal, y José Padrós, secretario, que el padre era Martín San y Tarrés, natural de Santpedor, y la madre Rosa Ricart y Costa, natural de Vic, que los abuelos paternos eran Juan San, natural de Capolat, y Victoria Tarrés, natural de Gisclareny, y los abuelos maternos eran Antonio Ricart, natural de Vic, y Dolores Costa, también de Vic; actuaron de testimonios Juan Comas, natural de Roda de Ter, y José Camps, también de Vic. Después de leída esta acta por el juez, por el secretario, por los testimonios y por el declarante (el padre) fue correctamente firmada y sellada. Por si no bastara de modo suficiente la certificación jurídica de esta inscripción natalicia, además se añaden el visado, firmado y sellado, de Antonio Bach y Xicoy, juez municipal suplente, y de Juan Dou y Blancafort, juez municipal en propiedad; finalmente firma el documento otro juez municipal, Buenaventura Casassas. El texto fue redactado en castellano administrativo y es una preciosa muestra de formulario de la función pública al cual le han sido necesarias en total ocho firmas. Ramón San Ricart necesitó a los dieciocho años, por motivos universitarios, una copia del registro Civil y entonces la documentación aún no se acabó porque le faltaban el reconocimiento notarial de las firmas y de las rúbricas de los jueces, asunto que certifica el notario establecido en Vic, José Cisquer y Foraster, al cual a su vez le certifican la señal, la firma y la rúbrica otros dos notarios, Domingo Torrent y Garriga de Manlleu y Leopoldo Rodés y Campdesa de Vic. Esta documentación ocupa un total de cuatro folios de papel timbrado nº 2.042.090 por el valor de una peseta, está validada con cuatro sellos y tiene un coste de cinco pesetas más por los sellos notariales y se encuentra en el volumen XVIII folio 43 de la Sección de Nacimientos del Registro Civil con fecha del día del nacimiento. Me he extendido en esta exposición para poner de manifiesto el rigor documental de la época y el soporte jurídico y notarial con el que se inscribían los originales y se emitían las copias. Cuando Ramón nació ya tenía un hermano, Juan, nacido el 15 de mayo de 1874, el cual estudió medicina y ejerció como médico de la beneficencia Municipal de Barcelona; más tarde nacería su hermano menor, Joaquín.

INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Ramón San Ricart nació en el seno de una familia vicense típica, es decir, del centro tradicional de la Cataluña interior con fidelidad a la tierra natal y en un ambiente católico, como correspondía a la Ciudad de los Santos, según la llamó nuestro conocido escritor Miquel Llor en la novela "Laura en la Ciutat dels Sants". Hizo los estudios primarios en su ciudad y también los secundarios. Sus exámenes de bachillerato eran certificados por el Instituto de Figueras y los acabó durante el curso 1899-1900 con 4 sobresalientes, 4 notables y 8 aprobados, según la terminología de la época. El grado de bachillerato fue emitido por el Instituto del distrito universitario de Barcelona, con fecha de 11 de marzo de 1901, firmado por el Ilustrísimo Señor Rector de la Universidad de Barcelona, Doctor Ramón M. Garriga y Nogués. Destaca en su currículum la preparación en idiomas, ya que además de la lengua francesa preceptiva entre las materias del bachillerato, también se matriculó voluntariamente en estudios de lengua alemana, como consta en el certificado que más tarde presentó en la universidad.



Certificado de Bachillerato.

VIDA UNIVERSITARIA.

Ramón San Ricart escogió los estudios de medicina al igual que su hermano Juan, ocho años mayor que él. Se matriculó de primer año durante el curso 1900-1901 y acabó durante el curso 1906-1907, y a lo largo de estos siete años acumuló un expediente académico de 18 sobresalientes, 6 notables y 4 aprobados, a los que se añadieron el sobresaliente de licenciatura y el Premio Extraordinario. Este gran mérito le permitió figurar entre la élite de estudiantes catalanes y su currículum fue introducido en el Libro de Honor de los Alumnos Distinguidos de la Universidad Literaria de Barcelona, como se llamaba entonces nuestra "alma mater".

¿Qué era el Libro de Honor? Fue una incógnita ya que de él no tenían conocimiento en la Facultad de Medicina. La primera referencia a este volumen la encontré en el discurso que hizo el académico Dr. Jaime Pujiula y Dilmé, (jesuita fundador del Instituto Biológico y autor del libro de embriología que utilizábamos en los inicios de la carrera de medicina) en el acto de recepción de San Ricart en la Real Academia de Medicina el día 24 de mayo de 1936, poco antes de estallar la guerra civil. En él decía que el nuevo académico estaba inscrito en el libro de los ilustres discípulos de nuestra universidad y después seguía con la enumeración de importantes méritos. La búsqueda me llevó al Rectorado, donde desconocían el Libro, continuó en la Biblioteca Universitaria con idéntico resultado negativo y acabó en el Archivo Histórico donde sí que lo tenían identificado: se trata de un magnífico volumen de lomos dorados estrenado el año 1852.

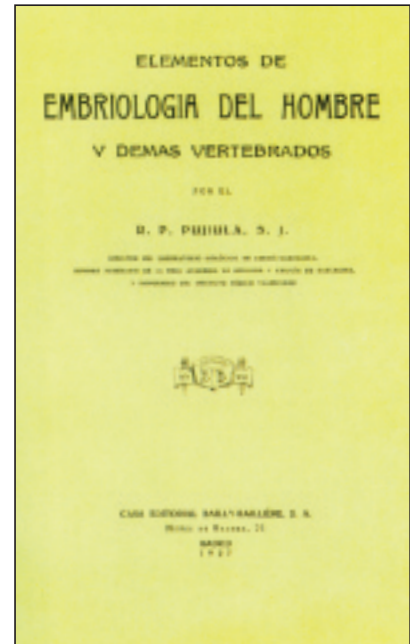
En este libro se inscribían los currículos de los alumnos ilustres a tenor del número de matrículas de honor obtenidas y por el Premio Extraordinario de Licenciatura. El de la primera página, que estrenó el Libro, fue Federico Tremols Borrell, licenciado en farmacia de la promoción 1847-52. Un análisis del contenido del citado Libro hará patente el valor de los que merecieron figurar en él. El último de los inscritos, que aparece en la página 96, fue Jaime Vilahur Pedrals, licenciado en medicina de la promoción que acabó en 1950, pero los galardonados en este memorial fueron 94 ya que dos páginas quedaron en blanco. El reparto de alumnos según la Facultad de procedencia fue: derecho 28, medicina 27, farmacia 19, filosofía y letras 12 y ciencias 8. Entre los galardonados encontramos figuras que fueron ilustres en la medicina catalana y como catedráticos en nuestra Facultad como



Portada del Libro de honor U.L.B.



Dr. Jaime Pugiula y dilmé



Embriología. 1927.

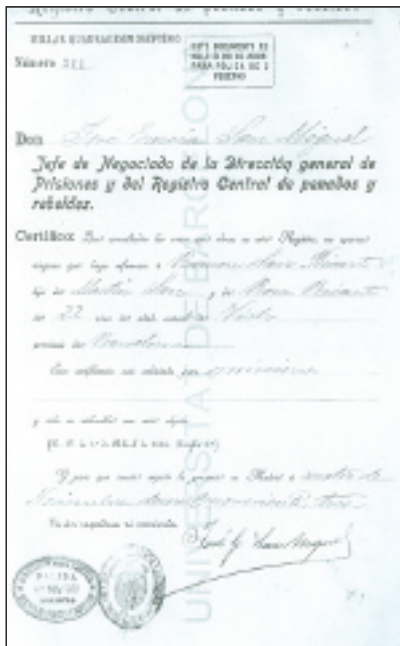


Prof. Bartolomé Robert y Yarzabal (1842-1902).

Juan Giné y Partagás (1858), Bartolomé Robert y Yarzabal (1864) que llegó a ser un famoso alcalde de Barcelona y que encabezó el "cierre de cajas" como protesta económica contra el centralismo del gobierno español, Miguel Fargas y Roca (1881), Valentín Carulla y Margenat (1890), Ramón Torres Casanovas (1890), Baudilio Guilera Molas (1890), Carlos Soler Doff (1918), Berlarmino Rodríguez Arias (1918), Agustín Gómez y Gómez (1924) y el mallorquín Miguel Munar y Quer (1950). Ramón San Ricart ocupa el número 70 del Libro de Honor y después de él no encontramos ningún otro nombre que correspondiera a un futuro cirujano. Así pues nuestro prohombre llegó a la vida profesional con los máximos atributos académicos que pudieron alcanzar estos selectos de los cien años de existencia del Libro. Es un dato importante saber que hace un siglo nuestro personaje se pudo enfrentar a los estudios de la especialidad y pudo emprender sus viajes gracias al conocimiento oral y escrito del francés, del inglés, del alemán y del italiano y que además entendía el portugués y traducía el latín.

ORIENTACIÓN PROFESIONAL.

En el año 1903 San Ricart cursaba tercero de medicina y previó que sería importante optar a una plaza de alumno interno pensionado y destinado a una cátedra, para así obtener una enseñanza más viva y más cercana a la realidad de los enfermos. Envío la instancia al Rector de la Universidad con su cédula personal y un "certificado de penales" para que fuere aceptada en los concursos de la plaza de alumno de Patología General y de Terapéutica; el final del redactado corresponde a la terminología de la época: "Gracia que se promete obtener del recto proceder y elevado criterio de V.E. cuya vida guarde Dios muchos años". El documento del Ministerio de Gracia y Justicia fue emitido por el Jefe del Negociado de la Dirección General de Cárceles y del Registro Central de Penados y Rebeldes, el Sr. José García San Miguel el día 4-XI-1903 cuando el candidato tenía 22 años. En las oposiciones San Ricart ganó la plaza de alumno interno de la Cátedra de Terapéutica y la desempeñó durante tres



Certificado de penales
(4 de noviembre de 1903).



Profesor Valentí Carulla y Margenat.
(1864-1923).



Portada de la Revista Terapia nº 1.
(28 de febrero de 1909).

años bajo la dirección del Prof. Valentín Carulla hasta que acabó los estudios de medicina en junio de 1907 y obtuvo el título el día 7 de octubre del mismo año.

San Ricart siguió activo en la cátedra de terapéutica junto a su maestro y al cabo de un año ganó la plaza de Profesor Ayudante de clases prácticas. Se integró plenamente en la vida docente universitaria y colaboró en la creación de una revista mensual de terapéutica dirigida por el profesor Carulla, con el profesor Peyrí, catedrático de dermatología y sifilografía como secretario de redacción, y él como administrador. En 1909 ya había ganado la plaza de Profesor Auxiliar de Cátedra. La revista nació con el nombre de *Therapia* y en la biblioteca de nuestra facultad se conserva la colección. El grupo de redactores era selecto y destacan los eminentes pioneros de la röntgenología Drs. Comas y (Hospital Clínico) y Prió (Hospital de la Santa Creu), muertos ambos por lesión cancerosa debida a los RX; siguen el profesor Morales, catedrático de clínica quirúrgica, el doctor Saforcada entonces profesor auxiliar de medicina legal y más tarde catedrático de esta materia, y el doctor Torres Casanovas profesor auxiliar de clínica quirúrgica. Entre los colaboradores de la revista aparece la gran figura del profesor Cardenal, eminente cirujano que introdujo la cirugía antiséptica y con el cual San Ricart acabaría manteniendo una colaboración profesional muy estrecha. En el primer número de la revista *Therapia*, que apareció el día 28 de febrero de 1909, fue publicado un artículo sobre "Un caso de esclerodermia en placas curado con alta frecuencia", firmado por J. Peyrí y R. San Ricart. Fueron años de juventud marcados por una intensa relación con personalidades muy significativas de la ciencia médica catalana, entre las cuales él incrementó su formación y fue descubriendo y precisando cuál sería su futuro.

ESTUDIOS EN EL EXTRANJERO.

San Ricart fue amigo de los cirujanos del Asilo-Hospital de San Juan de Dios de Barcelona y del Sanatorio Marítimo de Calafell, los doctores Joaquín Riba de Sanz y su ayudante Luís Ribó. Con ellos hizo su primer viaje para conocer los más acreditados centros europeos de la cirugía ortopédica infantil y así visitaron las clínicas de Lange y de Doderlein en Munic, de Vulpius en Heidelberg, de Biesalski en Berlín, de Kocher en Viena, de Nové Jossierand en Lyon, de Ombredanne en París y de Calot y de Sorrel en Berck (Pas de Calais) junto al mar del norte; más tarde visitó el Istituto Rizzoli

de Bolonia. En la nota necrológica de Riba de Sanz (1876-1953) aparecida en el libro de Anales del VI Congreso SICOT (Berna 1954) están bien referidos estos viajes.

San Ricart seguía como profesor en la cátedra de terapéutica y además tenía una plaza de médico de la Beneficencia Municipal y otra de médico ayudante en la Clínica Dr. Cardenal desde que acabó la carrera. Su orientación quirúrgica era evidente y el deseo de hacer investigación nació durante su actividad universitaria y durante su época de ayudante del profesor Cardenal. Así podremos comprender que bien aconsejado decidiera solicitar una beca para irse a los Estados Unidos, decisión ésta bien poco frecuente en aquellos tiempos de principios del siglo XX. Postuló en la convocatoria de la Junta de Ampliación de Estudios en Madrid del año 1915 y en la Real Orden de 19 de noviembre de 1915 le fue concedida la beca para pasar un periodo de 6 meses dedicados a la cirugía experimental y a la clínica; las pensiones se tenían aplicar durante el bienio 1916-1917.

La Junta obligaba a presentar un informe de actividades cuando la pensión por estudios se hubiese terminado y en el de San Ricart encontramos bien referidas las suyas:

- Laboratorio anatómico-patológico del Presbiterian Hospital de Nueva York con el profesor A. Lambert para estudio biológico de cultivos de tejidos.
- Departamento de cirugía experimental del Instituto Rockefeller con el doctor Alexis Carrel para estudios de cultivos de tejido conjuntivo.
- Por idéntico motivo de cultivo de tejido conjuntivo con el profesor Borroughs en Baltimore.
- Laboratorio de cirugía experimental del College of Physicians and Surgeons de la universidad de Columbia bajo la dirección del profesor Clark.
- Estudios de cirugía clínica, es decir, de operaciones en quirófanos, en la Clínica Mayo de Rochester donde se practicaban –según informa- entre 25 y 30 operaciones de cirugía mayor cada mañana y por las tardes se dedicaba a la exploración de enfermos.

Esto es un extracto de la detallada memoria que presentó a la Junta al regresar de su estancia, durante la cual aprovechó la ocasión para conocer al famoso cirujano de origen catalán Rudolf Matas, que fue uno de los padres mundiales de la cirugía vascular. Este eminente cirujano era hijo de un médico gerundense emigrado a Estados Unidos llamado Narciso Hereu Matas que en este país era llamado por el último nombre de su tarjeta de visita, es decir, el apellido materno Matas, que se transmitió a su hijo, que en caso de haberse quedado en la tierra natal se habría llamado Rodolfo Hereu y Jordá, este último el apellido materno. Matas regresó a Cataluña durante la guerra civil, comisionado por el gobierno norteamericano para informar sobre la cirugía de guerra, y llegó a Banyoles, en el norte de Gerona, donde Jimeno Vidal había instalado el último Hospital de Sangre republicano en la retaguardia. Al ver la perfección de los tratamientos y del orden reinante en este centro, comentó que si no fuese porque los enfermos y los heridos hablaban en catalán y en castellano habría pensado que se encontraba en un centro de traumatología austríaco, tal era la corrección de la metódica de Böhler aplicada por su discípulo dilecto Jimeno Vidal.

Si repasamos la publicación global de las memorias de la Junta de Ampliación de Estudios para el bienio 1916-1917 descubrimos que las becas concedidas llegaron a 50 y que la distribución según los estudios fue como sigue: medicina 15, derecho 11, ciencias 6, farmacia 4, letras 3, bellas artes 3, historia 2, docencia 2, música 2, biología 1 y mercantil 1. Estos jóvenes intelectuales, científicos y artistas llegarían a jugar un importante papel en el futuro de la cultura española y en su renovación, su apertura y su actualización a nivel europeo. Entre los médicos, destacados y conocidos con posterioridad, mencionemos a Bañuelos García de Santiago de Compostela, a Carreras Verdaguer de Barcelona y a Trias Pujol, que escogió estudios anatómicos con maestros suizos.

JUNTA DE AMPLIACIÓN DE ESTUDIOS.

El momento histórico al que nos ha llevado nuestro relato biográfico lo tenemos que aprovechar para hacer unos comentarios dedicados a esta institución, que llegó a cambiar la orientación pedagógica de muchas mentalidades españolas y que fue una fuente de regeneración. La base filosófica de sus fundadores fue el krausismo, filiación de los seguidores de Karl Krause (1781-1832), filósofo alemán nacido en Eisenberg (Sajonia), que influyó en los conocidos como krausistas españoles y que fueron los hermanos Francisco y Hermenegildo Giner de los Ríos, Federico de Castro y Fernández, Fernando de los Ríos, Julián Besteiro, Alberto Jiménez Fraud, los cuales profundizaron principalmente en la filosofía del derecho y de la educación. Esta última era entendida como pedagogía, como formación personal y como formación integral de la personalidad, y unían al aspecto metafísico de su filosofía un aspecto ético muy importante que fundamentó la creación de la Institución de Libre Enseñanza. Nos dice el filósofo Josep Ferrater Mora que el krausismo español es un "estilo de vida", que se ocupa y preocupa de la vida, la piensa y la vive sirviéndose de la razón como una brújula para explorar de manera segura y sistemática el ámbito entero de la creación.

La Institución Libre de Enseñanza era una entidad privada fundada en Madrid en 1876 por profesores que habían sido apartados de la enseñanza oficial cuando se suspendió la libertad de cátedra, entre ellos los hermanos Giner de los Ríos, Nicolás Salmerón, Joaquín Costa, Laureano Figuerola, auténticos sembradores de la semilla republicana. En su esfuerzo pedagógico se alejaron de intereses confesionales, filosóficos o políticos y favorecieron la coeducación, la intuición, el trabajo personal y creador, la individualización de la labor educativa dentro y fuera de la escuela. Empezaron en el ámbito de la enseñanza universitaria y más adelante se extendieron a la enseñanza media y a los párvulos y crearon en Madrid el Instituto-Escuela, que en Barcelona sirvió de modelo para su análogo Institut-Escola. El movimiento de la Institución se propagó en Cataluña mediante personalidades como las de Joan Maragall, Joan Palau y Vera que introdujo el método pedagógico Montessori, Eugeni d'Ors y Josep Pijoan, autor de la enciclopedia Summa Artis y del libro Mi Don Francisco Giner.

La Junta para la Ampliación de Estudios fue creada en 1907 y oficializada por el real decreto de 22 de enero de 1910 como organismo autónomo bajo la dependencia del Ministerio de Instrucción Pública. Francisco Giner de los Ríos lo estructuró, Ramón y Cajal lo presidió y José Castillo, secretario, fue su alma, el verdadero impulsor siempre en segundo término y a la sombra de la Junta de manera gratuita, sin recibir ninguna gratificación económica. Según el Real decreto la misión de la Junta era formar el personal docente futuro y facilitar medios al actual para europeizar los conocimientos, para transformar el país mediante una moral pública de carácter científico y para causar posteriormente un efecto de irradiación y de divulgación general. Durante los años de funcionamiento la Junta llegó a adjudicar unas 3.000 pensiones a jóvenes graduados, a licenciados y a profesores y promovió la creación de laboratorios, de centros de estudio, de institutos científicos, de museos; los primeros ejemplos fueron el Instituto Nacional de Ciencias Físico-Naturales (1910) presidido por Ramón y Cajal y la Residencia de Estudiantes (1910), siguiendo un modelo anglosajón de vida universitaria, cuya dirección recayó en Alberto Jiménez Fraud.

La Residencia quería complementar las carencias que sufría la universidad promoviendo la enseñanza de lenguas modernas, facilitando el acceso a los laboratorios, favoreciendo las tutorías de los alumnos, impulsando un sincretismo entre profesión y vida privada y organizando conferencias, conciertos y exposiciones a cargo de personalidades destacadas del momento. Entre los conferenciantes podemos citar a Ortega y Gasset, Menéndez-Pidal, García Morente, Unamuno, Valle Inclán, Azorín, Eugeni d'Ors, Ramón Turró, Einstein, Marie Curie, Le Corbusier, Keynes, Paul Valéry, H.G. Wells, Ravel, Poulenc, Stravinski. La residencia de Estudiantes se convirtió en uno de los más prestigiosos cenáculos culturales de Madrid, de manera que en la década de los treinta asistían

personalidades de la burguesía, de la banca y de la aristocracia madrileñas, lo cual creó tensiones internas porque para sus dirigentes el ambiente los alejaba de la idea fundacional para los estudiantes que había tenido Giner de los Rios.

El final de esta creatividad, de estos esfuerzos, de esta renovación y de estas esperanzas fue violento y desastroso como todo aquello que el gran vendaval de la guerra civil arrasó. El exilio fue el único destino para los intelectuales republicanos que querían escapar del encarcelamiento, del juicio sumarísimo y a menudo de la muerte. Muchos de ellos se embarcaron en los barcos que fletó desde el puerto de Burdeos el presidente mejicano Lázaro Cárdenas o bien en el Winipeg con destino a Valparaíso, que organizó Pablo Neruda por cuenta del gobierno chileno del cual era diplomático en la embajada de París. De esta guisa algunos llevaron la experiencia krausista a Hispanoamérica y continuaron una tradición pedagógica que tan buenos frutos había dado en la enseñanza española.

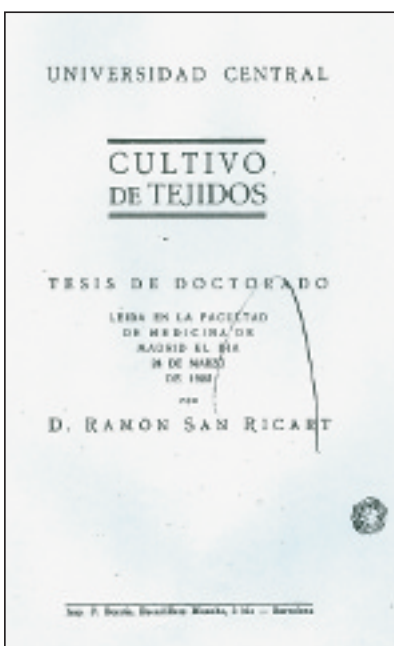
TESIS DOCTORAL.

La experiencia norteamericana aportó a San Ricart los conocimientos básicos en un tema tan innovador como eran los cultivos de tejidos y actualmente, al cabo de un siglo, podemos asegurar que tuvo el magisterio de sus auténticos pioneros y que a su vez él lo fue entre los científicos españoles. Con el material recogido y toda su rica experiencia decidió elaborar su tesis doctoral. Le era necesario en primer lugar aprobar las asignaturas de doctorado y se matriculó en Madrid, donde la universidad era conocida como Central, de las materias siguientes: historia de la medicina, análisis químicos, antropología y psicología; inscribió la tesis con el título de Cultivo de Tejidos. La tuvo lista para su lectura y defensa en el año 1925, casi una década después de su sueño americano.

La lectura y defensa tuvo lugar en la Universidad Central, en una aula de la Facultad de Medicina de Madrid el día 24 de marzo de 1925 y posteriormente fue impresa en Barcelona. Localizar un ejemplar resultó muy difícil ya que no existía en las bibliotecas universitarias que consultamos en Barcelona. Finalmente el secretario de la Real Academia de Medicina de Barcelona supo que un ejemplar se encontraba en la Biblioteca de Cataluña, en el mismo bloque de edificios góticos, renacentistas y neoclásicos del antiguo edificio del Hospital de la Santa Creu, en el barrio del Raval. Encontramos el ejemplar, que era un obsequio con dedicatoria que San Ricart había hecho al doctor Leocadio de Alabarría, quien a su vez lo donó a la Biblioteca. El tribunal de su tesis

estuvo compuesto por los doctores siguientes: Sebastián Recasens, presidente; Teófilo Hernando, Manuel Márquez y Darío Fernández Yruega, vocales; Manuel Bastos Ansart, secretario. Fue calificada con sobresaliente.

En su presentación decía que "los estudios biológicos y de tipo experimental tienen una importancia científica o más grande si cabe que los de tipo práctico, ya que aquéllos son los fundamentos o bases científicas en los que los últimos se apoyan"... "este estudio tiene mayor importancia científica si tenemos en cuenta la estrecha relación que mantiene con la clínica en el capítulo de la cirugía moderna de los trasplantes y la vitalidad de los tejidos". El trabajo doctoral lo dividió en cuatro capítulos de meticoloso estudio: cultivo de tejidos *in vitro*, cultivo de tejidos animales, cultivo de tejidos humanos normales y neoplásicos, y problemas de fisiología y patología en el cultivo de tejidos. Al final comenta un tema actual sobre infección y cultivo de tejidos: el cultivo de tejidos como estudio de comparación entre la resistencia de las bacterias y la resistencia



Portada de Tesis Doctoral (24 de marzo de 1925).

de los tejidos humanos ante ciertas sustancias germicidas. Aquí encontramos una influencia del maestro Cardenal, introductor de la cirugía antiséptica.

Las conclusiones nos revelan cuál era el estado de la cuestión hace un siglo y a partir de qué conocimientos se ha avanzado para llegar hasta la actualidad:

1- El cultivo de tejidos *in vitro* es un hecho gracias a los trabajos de los biólogos americanos.

2- Todos los tejidos son susceptibles de ser cultivados, pero la vida celular es precaria, tanto cuanto más elevada es la función del tejido.

3- De todos los tejidos el único que hasta ahora ha sido posible cultivar *in vitro* por tiempo indeterminado ha sido el tejido conjuntivo.

4- Para el cultivo de tejidos se han utilizado diversos medios cuyos resultados también son diversos.

5- El crecimiento celular puede disminuir o incrementarse artificialmente según los medios donde se cultiva.

6- Se han podido cultivar tejidos humanos normales y neoplásicos.

7- La liquidación del plasma con la degeneración grasosa acostumbra a ser la forma como acaba la vida.

8- Mediante el cultivo de tejidos *in vitro* podemos estudiar un gran número de problemas de fisiología y patología celular.

9- Igualmente ha servido para estudiar ciertos problemas como la inmunidad, las citotoxinas y las hemolisinas.

10- Con él se ha pretendido explicar el problema clínico de la curación o cicatrización de las heridas.

11- Se ha investigado el mayor poder bactericida de ciertos antisépticos con menor daño para los tejidos.

12- El conocimiento del cultivo de tejidos *in vitro* y su conservación ha de servir de base para el estudio del capítulo moderno de la cirugía de los trasplantes.

San Ricart optó al Premio Extraordinario de Doctorado y se presentó a las oposiciones pertinentes el 12 de febrero de 1926 en Madrid. El tema del examen fue "Inmunidad local, sus fundamentos y aplicaciones clínicas". Hizo un ejercicio brillante, ganó y se le concedió el Premio citado, con lo cual añadió a su ya brillantísimo expediente académico otro muy honorable galardón.

VIDA QUIRÚRGICA.

Como hemos explicado con anterioridad su actividad quirúrgica con el Dr. Salvador Cardenal fue simultánea con la docente en la Cátedra de Terapéutica con el Prof. Carulla. Cardenal fue el primero en aplicar la doctrina de la cirugía antiséptica siguiendo las ideas de Lister en su servicio del Hospital Sagrado Corazón de Barcelona y desde aquí las difundió al resto de los cirujanos españoles; su hijo ejerció la docencia quirúrgica en la Universidad de Madrid y siguió las pautas de su padre. San Ricart empezó como asistente quirúrgico de Cardenal en 1907, justo después de acabar los estudios de medicina y entre los años 1910 y 1921 fue su primer ayudante. El comentar la biografía de este gran cirujano nos ayudará a comprender el magisterio que recibió el discípulo.

Salvador Cardenal y Fernández nació en Valencia en el año 1852, se licenció en medicina en Barcelona en el año 1872 y fue discípulo de Letamendi. Amplió estudios en centros europeos, asistió a las clínicas de Billroth, de Kocher y de Lister. Cuando se inauguró el primitivo Hospital del Sagrado Corazón en 1881 fue nombrado subdirector y jefe de la unidad de cirugía, y al cabo de tres años ésta ya era la más solicitada y prestigiosa. Exigió una sala de autopsias como elemento de control de calidad, presidió el cuerpo facultativo desde el 1883; creó una escuela de cirujanos que dio maestros

y cabezas de escuela a otros hospitales catalanes. San Ricart fue miembro distinguido de su cuerpo médico; su hijo León Cardenal y Pujals ganó la cátedra de cirugía de la Facultad de Medicina de Madrid en 1912 y llegó a Rector de su universidad. Salvador Cardenal publicó en 1880 el Manual de Cirugía Antiséptica, obra caudal en su género, que tuvo una gran difusión y que le valió el título de miembro del Royal College of Surgeons of England. Fue uno de los fundadores del Laboratorio en 1872, origen de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares de la cual fue Presidente durante el bienio 1893-1895.



Prof. Salvador Cardenal y Fernández (1825-1928).

En 1771 las autoridades del Principado crearon un hospicio en Barcelona en la calle de Natzaret, hoy en día de Montealegre, y se instaló en un antiguo convento; fue conocido como Hospital de la Misericordia y popularmente como Hospital de Natzaret en consonancia con el antiguo nombre de la calle. En 1799 la sociedad civil barcelonesa, influida por las ideas de la Ilustración o Siglo de las Luces y más tarde por la revolución francesa, acogió la idea de edificar una Casa de Misericordia que sustituyera el Hospital de la Misericordia y el permiso se consiguió con una real Orden de Carlos IV en 1802. La Casa de Caridad acogía a viejos, pobres y niños abandonados, tullidos y minusválidos y algunos chicos conflictivos. Para su mantenimiento se consiguieron donaciones y un sorteo semanal desde 1804, el cual a partir de 1814 se extendió a todo el territorio español y proporcionaba 16.000 libras al año. El Reglamento de Orden de 1894 habla del nombramiento de dos médicos numerarios, dos médicos agregados, tres practicantes, una comadrona y dos ayudantas. En 1916 la dotación se incrementó a tres médicos numerarios y cuatro médicos auxiliares y en 1918 se organizaron en Servicio de Medicina y Servicio de Cirugía, cuyo jefe fue Salvador Cardenal hasta su fallecimiento en 1927, al parecer por una apendicitis perforada. Durante este periodo y el del Hospital del Sagrado Corazón le ayudó su íntimo colaborador Ramón San Ricart hasta el año 1921, con un total de 15 años de fidelidad. La Universidad de Barcelona había nombrado a Cardenal como Catedrático Honorario de Medicina, en reconocimiento a su fructífera maestría. También el doctor Riba de Sanz, director quirúrgico del Asilo-Hospital de San Juan de Dios de Barcelona y del Sanatorio Marítimo de Calafell, y su ayudante Luís Ribó recordaban el noble principio del maestro Cardenal: "que el cirujano no emprenda nunca una operación si no está dispuesto a aceptarla para sí mismo o para sus hijos". En un currículum obrante entre los documentos procedentes del Archivo de Segovia el propio San Ricart revela que había optado a una cátedra como objetivo docente en la universidad y que para ello opositó a las cátedras de cirugía de Salamanca y de Cádiz.

OTROS HOSPITALES.

En su actividad como cirujano Ramón San Ricart acabó asumiendo cargos de responsabilidad directa, seguro de la validez de la formación que había adquirido, tanto por su parte confiando en sí mismo, como por parte de quienes le habían nombrado.. La dirección del Hospital de la Misericordia o popularmente de Natzaret lo nombró cirujano consultor en 1924, cargo que conservó hasta el estallido de la guerra en 1936. También la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios consiguió su participación en la tarea asistencial que desarrolló en el Sanatorio de San Juan de Dios de Manresa, con clima de montaña cerca de Montserrat, visible enfrente mismo, en una zona conocida como La Culla. Allí se desplazaba de modo periódico cada semana hasta entrados los años sesenta, antes de la

jerarquización con un equipo quirúrgico estable y permanente. El doctor Antonio Viladot fue el último en ejercer de este modo viajando semanalmente en el tren de cercanías junto con otros profesionales que viviendo en Barcelona tenían que viajar a Manresa. En la nueva etapa fue nombrado jefe de servicio su alumno Josep Saló y Orfila.

La Quinta de Salud La Alianza tuvo a San Ricart en su cuadro médico. Fue la primera mutua de trabajadores española por la antigüedad de su fundación en 1904 y por el volumen de socios que acumuló. Tuvo su origen en la colaboración entre el cirujano Josep Girona Trius, discípulo de Cardenal, y la Hermandad de Camareros de Barcelona, integrada en su núcleo fundacional por los que trabajaban en el bar Canaletas de las Ramblas. Ganó prestigio y popularidad y se transformó en modelo de mutualismo obrero con el lema clásico catalán "entre tots ho farem tot", es decir "entre todos lo haremos todo" que es la base del asociacionismo obrero y del cooperativismo, uniendo esfuerzos y solucionando los problemas con el esfuerzo común. Esta Clínica recibió la visita del Presidente del gobierno español Don Eduardo Dato, que fue protector y propagandista de la misma, e informó al rey Alfonso XIII, que también se sumó a los protectores. Cuando se inauguró el nuevo edificio de la calle Padre Claret (hoy San Antonio Maria Claret) , que había sido confesor de la reina Isabel II, el Rey fue nombrado Presidente de Honor y asistió acompañado del citado Presidente del gobierno. San Ricart estuvo allí trabajando como cirujano ortopédico y traumatólogo, tal como descubrimos en uno de los documentos recuperados del archivo histórico del Colegio de Médicos de Barcelona.

Ramon San Ricart mantuvo su cargo de la Beneficencia Municipal que lógicamente lo vinculaba a instituciones de esta índole tales como la Casa de Caridad y el Hospital de Natzaret o de la Misericordia, y ejerció como inspector municipal de sanidad. La consulta privada la tenía domiciliada en la calle de Pau Claris nº 38 desde el año 1926 y visitaba enfermos de cirugía infantil y ortopédica de 3 a 5 por las tardes, según documentos del Colegio de Médicos.



Anuncio del consultorio privado.

A principios de los años treinta mejoró el consultorio privado y lo instaló en una torre de la calle Ballester nº 69-71, donde también tenía su domicilio. El nombre del centro era el de Sanatorio Quirúrgico San Ricart para la Cirugía General Especial de los Niños y Ortopédica. Resulta curioso el anuncio de "material a propósito para salir a operar fuera de Barcelona y para casos de urgencia: Rayos X", práctica común en una época en que no existía una red de clínicas como en la actualidad. Yo había escuchado, siendo joven alumno de urgencias del Hospital Clínico en el servicio del profesor Piulachs, anécdotas quirúrgicas en los ratos de reposo del equipo de guardia en las que se explicaban las aventuras de cirujanos que habían practicado la cirugía domiciliaria operando sobre la mesa del comedor.

GUERRA CIVIL.

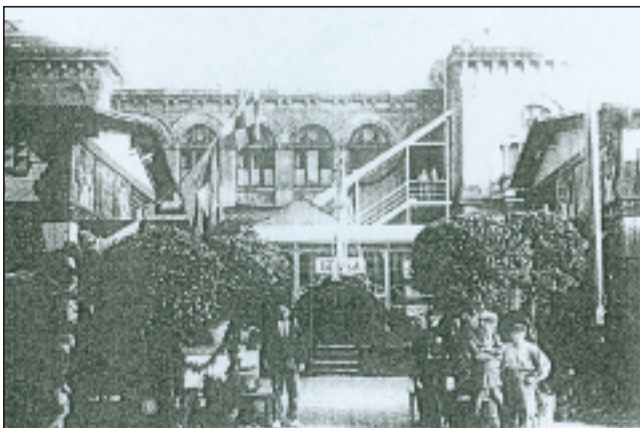
En 1936 estalló la guerra civil y en la zona republicana surgió la revolución al apoderarse de las armas de los cuarteles del ejército los grupos de la CNT-FAI (Confederación nacional del trabajo y Federación anarquista ibérica), que desbordaron las posibilidades de control de las autoridades civiles y del orden público. Estos grupos se lanzaron de manera planificada, como han escrito historiadores, al delirio sanguinario asesinando de modo selectivo en las cunetas de las carreteras por el método de "dar el paseílo" y quemando todo lo que eran edificios y símbolos religiosos.

La pérdida en vidas, por la persecución tanto civil como religiosa, y en bienes de gran valor artístico formó parte de este intento de implantación de una revolución libertaria. En el mismo bando republicano se encontraban los militantes marxistas, divididos en comunistas estalinistas y comunistas trotskistas, enemistados entre sí y llevando sus desavenencias hasta el mutuo asesinato de militantes. Los internamientos e interrogatorios de personas civiles hechas prisioneras se llevaban a cabo en centros muy temidos y lúgubres conocidos con el nombre de "checas". Un espectador de estos desmanes, el profesor Josep Trueta, que fue republicano, perdedor y emigrante, dejó escrito sobre estos grupos revolucionarios que los consideraba culpables de la pérdida de las posibilidades democráticas españolas. Muchos ciudadanos tuvieron que huir para no ser asesinados y los mismos gobernantes de la Generalitat, inermes frente a los desmanes, lo aconsejaban y, al conocer algunos propósitos peligrosos sobre ciudadanos notables, les ayudaron con salvoconductos que permitían llegar hasta Marsella por vía marítima o bien atravesar la frontera pirenaica. Injustamente el bando franquista los metió a todos en el mismo saco con la etiqueta de rojos, a pesar de que los españoles republicanos fieles al concepto de democracia parlamentaria no eran ni anarquistas ni comunistas. Una parte de la población perseguida creyó que el bando llamado nacionalista les traería la salvación y esperó la victoria franquista, pero cuando ésta llegó se encontraron con que también para ellos el enemigo eran las urnas. En el llamado bando nacional los fascistas habían entronizado el llamado "diálogo de las pistolas" para acallar a los disidentes y a los profetas de idearios opuestos a los suyos, para imponer autoridad en lo que debería ser su predio. En cada bando contendiente de la españolidad en llamas cada uno defendía sus violentas soluciones salvadoras. La guerra terminó, Franco emitió su famoso "parte de la victoria" y después empezaron las persecuciones sobre las ideologías perdedoras, los ajustes de cuentas y las revanchas por resentimientos de orden civil, y las condenas a muerte con juicios sumarísimos. Curiosamente en ambos bandos los grupos extremistas tenían en su bandera los mismos colores revolucionarios, el rojo y el negro. Al acabar la guerra los que tenían delitos de sangre en su mayoría habían huido, en la llamada retirada a Francia, donde justos y pecadores fueron internados a miles en campos de refugiados sobre las frías arenas de las playas catalanas del Rosellón. En Barcelona las condenas a muerte en el llamado Campo de la Bota han sido bien historiadadas y duraron hasta 1952, año de la celebración del Congreso Eucarístico.

Este cuadro histórico que hemos intentado esbozar nos permitirá comprender lo que ocurrió con nuestro biografiado y sus compañeros. Los médicos de los hospitales de la Orden de San Juan de Dios eran generalmente católicos y su fe era conocida en su medio profesional y ciudadano, y esto ya era motivo suficiente para temer por la propia vida en aquellos momentos. San Ricart alojó y escondió en su Clínica a personas perseguidas y este hecho llegó a conocimiento de los revolucionarios, con lo que su situación personal se agravó y peligraba su vida. La vinculación que mantenía con los Hermanos Hospitalarios, con quienes colaboraba en el hospital de Manresa era un factor muy peligroso, sobre todo en un tiempo en que los revolucionarios consideraban los asilos y los hospitales de esta orden como una auténtica "cosa de curas", el enemigo que tenía que ser abatido. Los frailes de San Juan de Dios se habían establecido en Barcelona en el año 1867 y se dedicaban a asistir a niños inválidos, tiñosos, ciegos, raquíuticos y escrofulosos procedentes de familias obreras, pobres y con escasos medios y por lo tanto en esta dedicación vivieron siempre vinculados a las necesidades del mundo obrero. El estallido de la revolución no lo apreció así y los milicianos libertarios ocuparon el hospital de San Juan de Dios de Barcelona, pero las autoridades civiles y de sanidad militar lo salvaron destinándolo a los heridos de guerra. La comunidad se dispersó, algunos fueron escondidos por médicos y amigos, pero durante los primeros días ya habían sido ejecutados seis frailes que se suman al total de 65 hermanos asesinados en el territorio republicano. En informes de su actividad

durante la guerra San Ricart explica que fue despojado de su clínica particular, de la que se llevaron todo el abundante material quirúrgico, aparato de RX y material de terapia física y demás utillaje en ella existente.

Estos son los motivos y los temores por los que San Ricart huyó siguiendo el trayecto pirenaico y se dirigió a Italia, donde se presentó a las autoridades consulares de la España nacional; después se encontró en San Sebastián con Luís Ribó, que había seguido un trayecto similar. En esta ciudad se incorporaron a la sanidad militar, recibieron graduación y fueron oficiales llamados "asimilados". El Hospital General Mola funcionaba como punto de recepción de heridos de guerra en un edificio de escuelas municipales ya existente y aquí organizaron un Centro de Recuperación de Heridos, siguiendo el modelo alemán del profesor Spitzzy con los heridos de la primera guerra mundial. San Sebastián no era cabeza de región militar y por tal razón su hospital era modesto, había sido habilitado para los casos urgentes y al principio carecía de equipo quirúrgico fijo. Estaba situado en un viejo edificio del Alto de San Bartolomé que con el transcurso del tiempo y su cierre en la postguerra, pasó a ser cuartel de la policía nacional. Hemos conseguido expedientes de sanidad militar de éste y otros especialistas biografiados, procedentes del Archivo General Militar de Segovia, gracias a los buenos oficios de los doctores Muro y Ramos, médicos de la más alta



Hospital Militar General Mola de San Sebastián.

graduación del Hospital Central de la Defensa, sin los cuales no podríamos precisar datos históricos como los siguientes que obran en la hoja de servicios de San Ricart, cuya extensión es de treinta folios. Les damos las gracias en nombre propio y de la SECOT, de la que Ramos es miembro. Los destinos y graduación de San Ricart trazan un recorrido parecido al de otros traumatólogos militarizados durante la contienda y sus cuitas fueron muy parecidas en responsabilidades, en sacrificios y en peligros; resumiendo fueron:

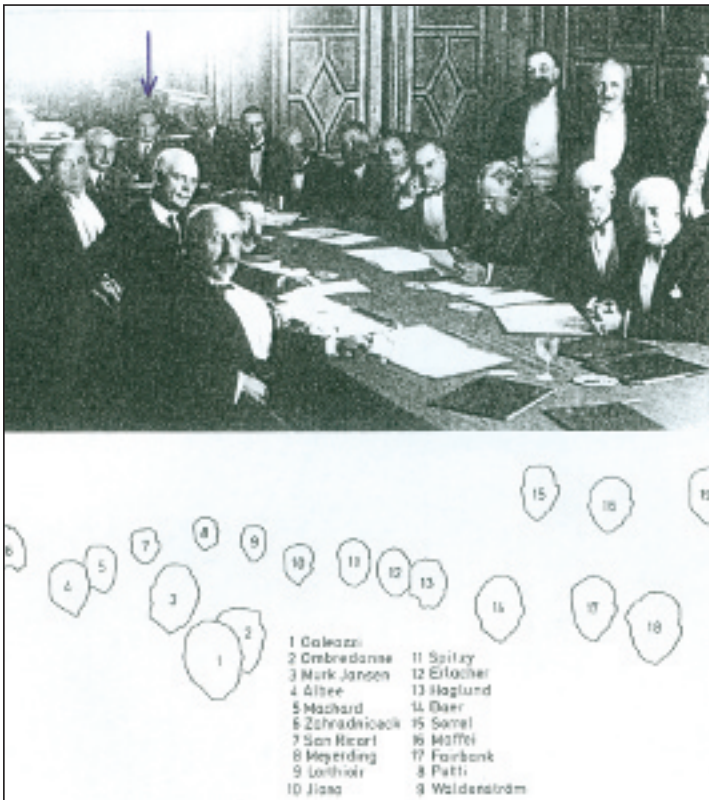
- Inicia su trabajo en el Hospital General Mola de San Sebastián el día 1 de marzo de 1937 como agregado y es nombrado teniente médico del cuerpo de Requetés.
- El día 4 de febrero de 1938 es ascendido al grado de capitán médico asimilado y sigue en el mismo hospital hasta el día 12 de abril de 1939.
- Ya liberada Barcelona por el ejército nacional se incorpora como cirujano al Hospital Militar del Generalísimo de esta ciudad, conocido popularmente como Hospital de Vallcarca por su emplazamiento en este valle al pie de la montaña.
- En sus Hojas de Servicio de los años 1941, 1942 y 1943 consta que trabaja en el citado hospital como jefe de equipo quirúrgico para la recuperación de heridos y mutilados de guerra y con la misma graduación de capitán del cuerpo de sanidad.
- En el año 1944 sigue igual hasta el día 20 de octubre en que recibe la orden de partir hacia la frontera pirenaica para organizar una enfermería de campaña en Esterrri de Aneu y en Viella del Valle de Aran; después pasó a trabajar en el Hospital Militar de Sort en el Pallars. La guerra mundial llegaba a su fin, los aliados ya habían desembarcado en Normandía y el ejército franquista reforzó su control en el frontera pirenaica.
- Se reincorpora al Hospital Militar del Generalísimo de Barcelona.
- El día 24 de junio de 1945 pasa a la Escala Honorífica del Ejército de Tierra, a los 63 años de edad y con el grado de comandante.

- Una semana antes, el día 18 de junio de 1945, recibió del Colegio de Médicos de Barcelona la "hoja de depuración" comunicándole que había sido admitido "sin causa", que tenía un nuevo número de colegiado y que podía reintegrarse al ejercicio civil de su profesión.
- Aquí, después de casi nueve años de duración, acaba el periplo de cirujano militar de San Ricart.

FUNDACIONES.

Sociedad Internacional de Cirugía Ortopédica y de Traumatología.

Hacia el final de la década de los años veinte algunos cirujanos dedicados a las enfermedades del aparato locomotor manifestaron sus inquietudes para la creación de una sociedad internacional que agrupara a todos aquellos que en el mundo ejercían nuestra especialidad. El núcleo inicial que se carteó con tal finalidad los constituyeron los profesores Robert Lowett de Harvard (Estados Unidos), Vittorio Putti de Bolonia (Italia), Hans Spitzzy de Graz (Austria), Robert Jones de Liverpool (Gran Bretaña) y Fred Albee de Nueva York (Estados Unidos).



Constitución de la SICOT (10 de octubre de 1929) "Los pocos a quienes debemos todo". Ramón San Ricart.

Fue acordado un encuentro en París para otoño de 1929 y en efecto se reunieron con un grupo inicial más amplio que el citado para fundar la Sociedad Internacional de Cirugía Ortopédica, la SICO. El día 10 de octubre todos los seleccionados e invitados mediante una circular redactada por Fred Albee asistieron a la convocatoria en el Hotel Crillon de la plaza de la Concorde, decidieron la creación de la Sociedad y prepararon un primer congreso que se celebró en París el día 3 de octubre de 1930 bajo la presidencia de Sir Robert Jones. La T de traumatología fue añadida en 1936 por la petición que hizo Vittorio Putti y la sociedad pasó a tener las siglas SICOT. Con motivo del 75 Aniversario de esta fundación se publicó el libro de su historia y en él aparece la lista de estos fundadores con la correspondiente fotografía; son los siguientes:

- Austria, Philip Erlacher y Hans Spitzzy.
- Bélgica, Paul Lorthioir, Jean Delchef y Adolphe Maffei.
- Gran Bretaña, Robert Jones y Thomas Fairbank.
- Checoslovaquia, Jan Zaradnicek.
- Francia, Louis Ombredanne, Louis Rocher y Etienne Sorrel.
- Holanda, Willem Murk Jansen.
- Italia, Ricardo Galeazzi y Vittorio Putti.
- Rumanía, Jean Jiano.
- España, Ramón San Ricart.
- Suecia, Patrick Haglund y Henning Waldenstrom.
- Suiza, Alfred Machard.
- Estados Unidos, Fred Albee, William Baer y Henry Meyerding.

Aquí ha aparecido con nombre y apellidos nuestro biografiado entre las celebridades mundiales de la cirugía ortopédica y como representante único del mundo hispánico; el libro los reconoce como líderes cuya memoria debemos conservar. Así situamos a San Ricart en el lugar que le corresponde en este reconocimiento internacional a su dedicación y a la amistad con los maestros europeos que había escogido durante su formación.

El primer congreso tuvo lugar en París en la fecha prevista con asistencia de representantes de 26 países, el segundo en Londres del 19 al 22 de julio de 1933 y el tercero en Bolonia y Roma del 21 al 25 de septiembre de 1936. San Ricart, asistente asiduo no pudo ir al último porque ya estábamos en guerra. La secuencia trienal se interrumpió debido al estallido de la II Guerra Mundial y no se pudo celebrar el cuarto en Berlín, como se había previsto en la asamblea del tercero. Este cuarto congreso se pudo celebrar en 1948 en Amsterdam del 13 al 18 de septiembre. En el quinto congreso en Estocolmo, del 21 al 25 de mayo de 1951, se produjo el cambio de junta directiva de la SICOT y fueron nombrados Presidente Sir Harry Platt y Vicepresidentes Ramón San Ricart y Etienne Sorrel para el trienio siguiente hasta el congreso de Berna del 30 de agosto al 3 de septiembre de 1954. En este momento fueron substituidos por el belga Jean Delchef como Presidente, y por el argentino José Valls y el oxoniano Josep Trueta como Vicepresidentes.

Durante sus tres años de vicepresidencia San Ricart recabó ayuda y apoyo a Trueta y Mac Farland para conseguir el nombramiento de Barcelona como sede del séptimo congreso. El éxito sonrió a sus promotores, que tuvieron que superar maniobras de oposición procedentes de la propia península. San Ricart falleció el 22 de mayo de 1955 y no pudo gozar del fruto de sus esfuerzos ni ver reunidos por vez primera más de mil participantes durante los días 16 a 21 de septiembre de 1957 en el Palacio de Montjuic. Aquí Trueta fue nombrado Presidente del próximo congreso de Nueva York en 1960. Los medios audiovisuales estaban en fase de expansión en el campo de la docencia y fueron incorporados al programa con proyección simultánea en dos salas de películas sobre técnicas de cirugía ortopédica. En la sala del Palacio de Congresos participaron Oliveras Devesa (ortopédico), Mac Garland, Ugo Camera, Watanabe con las primicias de la artroscopia, De Anquin y Niederecker. En la sala del Casal del Médico, donde estaban los locales de la Academia de Ciencias Médicas, se proyectaron las de Marino Zuco, Colonna, Vilardell, Santos Palazzi, Waldius y Lindeman. Fue un magnífico colofón para honrar y recordar los desvelos de San Ricart por traer el Congreso a Barcelona.

En el Congreso de Barcelona la SICOT publicó en sus Anales el listado de miembros asistentes por países y del recuento que efectuó son las cifras siguientes de los más numerosos: Estados Unidos 127, Italia 100, España 99, Gran Bretaña 96, Francia 92 y Alemania 56. En aquel momento los delegados oficiales españoles eran Manuel Bastos Ansart, Antonio Hernández Ros y Manuel Salaverri Aranguren. Esta era la situación de la SECOT en la época del óbito de San Ricart. En las primeras páginas de estos Anales aparecen las biografías o notas necrológicas de los desaparecidos desde el último congreso y podemos leer la de San Ricart escrita por su íntimo amigo Luís Ribó, y ambos en 1953 habían escrito la de su compañero de hospital Joaquín Riba de Sanz.

Sociedad Catalana de Cirugía.

La idea de su fundación nació en una reunión entre tres cirujanos, Ribas y Ribas, Trias Pujol y Salarich en el Ateneo Barcelonés en 1927, en la que decidieron convocar una asamblea preliminar más amplia en la que contaban con Salvador Cardenal. Redactaron los estatutos de la Sociedad Catalana de Cirugía, nombre que el gobernador civil Sr. Milans del Bosch no aprobó porque llevaba el adjetivo de catalana y así tuvieron que llamarla Sociedad de Cirugía de Barcelona. La sesión inaugural tuvo lugar el 25 de septiembre de 1927 bajo la presidencia de Ribas y Ribas y entre los socios fundadores encontramos, aparte de los ya citados, a Corachán, jefe de servicio en San Pablo,

Morales, catedrático de la Facultad, y Riba de Sanz y San Ricart, colaboradores en los Hospitales de San Juan de Dios. Hizo falta esperar cuatro años más para que esta simiente asociativa alcanzara a los cirujanos ortopédicos.

Sociedad Catalana de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

El año 1878 fue el de la fundación de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares, la cual proporcionó un lugar de encuentro para la medicina clínica y científica abierto a todos los médicos y sin ninguna restricción, al contrario de los que ocurría con las Reales Academias, de acceso muy restringido. Su irradiación alcanzó a los estudiantes de medicina que crearon el Agrupament Escolar (Agrupación) en el año 1915 y a partir del año 1917 promovieron y utilizaron la lengua catalana en la literatura médica, sobre todo en los Annals, que eran el órgano propio de la Academia. A principios del siglo XX algunas ramas de la actividad médica adquirieron relieve especial y se organizaron en Sociedades especializadas, como fueron las de Psiquiatría (1911), de Otorrinolaringología y de Dermatología y Sifilografía (1915), de Oftalmología (1925), de Radiología y Electrología (1926), de Obstetricia y Ginecología (1927) y de Urología (1929). Son muestras del asociacionismo catalán de su época cuando, sin el apoyo de los poderes oficiales del Estado, la fuerza de la sociedad civil era el motor de esta creatividad. La cirugía ortopédica se había desarrollado en los asilos, sanatorios y hospitales de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, en los hospitales Clínico y de Sant Pau, en centros de accidentes del trabajo, y sus cirujanos habían ampliado estudios en centros punteros en sus viajes por Europa y mantenían entre ellos unos vínculos de inquietud y de amistad y habían participado de fuentes de formación parejas. Así se comprende que en 1930 se establecieran contactos y se pusieran de acuerdo para fundar una sociedad especializada al modo de las primerizas antes citadas.

Las incidencias más íntimas de esta fundación las podemos conocer gracias a la documentación aportada por nuestro colega historiador de la cirugía ortopédica catalana Joan Valentí, que ha podido exhumar los documentos fundacionales de nuestra Sociedad en los archivos del Gobierno Civil de Barcelona. Esta proeza ha sido expuesta en su historia de SOCCOT con la publicación de los textos originales del Registro de Entidades del 23 de marzo de 1931, tres semanas antes de la proclamación de la República. Allí encontramos los nombres y las firmas de los miembros de la primera Junta, todos ellos procedentes de las antiguas relaciones que comentamos anteriormente:

- Presidente.- Joaquín Riba de Sanz, alumno de Cardenal y director del Asilo-Hospital de San Juan de Dios de Barcelona.
- Vicepresidentes: Ramón San Ricart, cirujano del Sanatorio de San Juan de Dios de Manresa, entre otros cargos.
Lluís Ribó Rius.- También cirujano de los referidos centros de Barcelona y de Manresa.
- Tesorero.- Federico Pell Cufí.- Cirujano del asilo de San Rafael de Barcelona.
- Vocal 1º.- Herminio Castells Fábregas, cirujano del Hospital Clínico de la cátedra del profesor Morales, formado como los anteriores con profesores europeos como Gocht en Berlín, Joachimstal en Viena, Ombredanne en París, Calot en Berck (Pas de Calais, Francia), Putti en Bolonia y Böhler en Viena. Con este magnífico currículum de estudios europeos fue uno de los pioneros de la cirugía ortopédica y de la traumatología al completo.
- Vocal 2º.- Emilio Rocosa Palet. Médico interno del servicio de cirugía del Hospital Clínico, dirigido por el profesor Trias Pujol, que especializó su cátedra en la patología del aparato locomotor y que promovió las técnicas de Böhler, aprendidas en Viena por su alumno Jimeno Vidal que las introdujo con toda fidelidad entre los cirujanos catalanes primero, los restantes



*Curso de Traumatología de la Sociedad Catalana de COT (1935).
Presiden el Prof. Joaquín Trias Pujol. A su izquierda el Profesor
Jimeno Vidal, en última fila izquierda el Profesor Piulachs.*

españoles después y los hispanoamericanos finalmente gracias a la traducción rigurosa de todas las obras en sus diversas ediciones.

He aquí pues el elenco de personalidades que estrenaron las responsabilidades de nuestra Sociedad, la primera de las españolas que llegaron a fundarse. Sus actividades iniciales fueron las reuniones trimestrales y algunos cursos dedicados a temas especiales; tenemos la foto de un grupo de estos del año 1935, dedicado al tratamiento de las fracturas. Está presidida por los catedráticos de patología quirúrgica

Joaquín Trias Pujol y José Bartrina y los profesores adjuntos Francisco Jimeno Vidal y Herminio Castells; entre los asistentes encontramos cirujanos que se dedicaron a la traumatología, como Arqué, Morgadas y Martínez Torres, y también a Pedro Piulachs que fue maestro de muchas generaciones de cirujanos y que en los servicios del Hospital Clínico implantó rigurosamente los métodos de Böhler. En 1936 estalló la guerra civil y esta vida societaria desapareció fulminada por la contienda. Sus miembros fueron incorporados a la Sanidad Militar en el lado republicano y también en el nacional los que allí se trasladaron. Ya hemos comentado que San y Ricart y Ribó organizaron en San Sebastián un centro de recuperación para heridos de guerra.

Acabada ya la guerra española empezó el quinquenio de guerra europea que paralizó la vida académica en los países contendientes y que llegada a su fin en 1945 dejó tras de sí la destrucción y dio paso a unos años de larga reconstrucción con la ayuda del plan Marshall para los países occidentales, mientras que los orientales cayeron bajo el mando del poder comunista. En Barcelona la SOCCOT no pudo rehacerse porque la persecución franquista contra las sociedades con denominación de catalanas era inflexible y por tal motivo fueron suprimidas. Para reemprender la actividades fueron fundadas nuevas sociedades con el nombre de Asociación y al final el toponímico de Barcelona y así la Sociedad Catalana de Cirugía pasó a ser la Asociación de Cirugía de Barcelona. En 1950 se organizó un acto académico con las conferencias de los profesores Fèvre y Clément de París y fueron invitados a una cena de honor, que puede ser considerada como el inicio de la nueva etapa de las actividades de la SOCCOT, con su nuevo nombre de Asociación de Cirugía Ortopédica y Traumatología y en castellano por prohibición del uso académico de la lengua catalana. El presidente fue Ramón San Ricart y el vicepresidente Luís Ribó y Rius, cosa que no debe extrañarnos porque habían conservado la llama de lo que habían creado veinte años antes y además eran autoridades académicas respetadas por los franquistas ya que durante la guerra habían pertenecido a la sanidad militar de los vencedores. Cuando murió San Ricart fue nombrado presidente para el cuatrienio 1955-1959 el doctor Vilardell Permanyer, jefe de servicio de cirugía ortopédica y traumatología en el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, y después lo fue Santos Palazzi para el trienio 1959-1962. Entramos en un período de consolidación de la nueva etapa y a partir del presidente siguiente las elecciones fueron para un bienio, como hasta ahora. Yo asistía a las sesiones desde el año 1958, plenamente incorporado en la cátedra del profesor Piulachs como alumno interno por oposición y con nombramiento firmado por el Director General de Universidades don Torcuato Fernández Miranda, que tan importante papel jugó en la transición española hacia la democracia al morir Franco. En dicho 1958 las sesiones ya eran mensuales, como hasta la actualidad sin interrupción, lo cual es un hecho único en la cirugía ortopédica y traumatología española; seguimos encontrándonos todos los terceros jueves de cada

mes en los locales de la Academia de Ciencias Médicas. El retorno a la vida democrática española con la Constitución de 1978 y con el Estatuto de Cataluña ha permitido la recuperación del nombre original de Societat Catalana y el uso normalizado del idioma catalán.

La SOCCOT hizo siempre sus reuniones en los locales que la Academia de Ciencias Médicas tenía asignados en el edificio del Casal del Médico de la Via Layetana, donde se unificaron todas las entidades de tipo médico; después pasamos a la planta alquilada en el nuevo Edificio Colegial del Paseo de la Bonanova y finalmente gozamos de grandes locales en propiedad en el magnífico edificio situado en Can Caralleu junto a la Ronda de Dalt. En la actualidad nuestra sociedad está compuesta por 800 miembros y la Academia de Ciencias Médicas agrupa 79 sociedades y suma un total de 23.900 socios (Memoria ACM 2011).

Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

En 1929 los miembros fundadores de la SICOT en el Hotel Crillon fueron 28 cirujanos, en 1931 los de la SOCCOT en Barcelona eran 8 (la Junta y S.Izaguirre) y en Madrid en 1935 asistieron 29 miembros y faltó el Presidente en el acto de constitución que tuvo lugar en la sede del Colegio Oficial de Médicos. Fue el fruto de una inquietud compartida desde hacía tiempo por una serie de cirujanos que por vez primera tuvieron que discutir si su futuro era mantenerse integrados en una sociedad de cirugía general o bien si sería preferible constituir una dedicada a los campos de la cirugía ortopédica y de la traumatología, como habían sido la SICOT y la SOCCOT. Solamente un cirujano había participado en las tres reuniones constituyentes y era Ramón San Ricart, que siempre defendió la opción de una sociedad especializada, como finalmente se acordó.

El núcleo básico gestor de la idea fueron dos personajes de gran calado, los profesores Manuel Bastos Ansart de Madrid y Joaquín Trias Pujol de Barcelona, que estaban unidos por una antigua amistad desde principios del siglo XX, cuando coincidieron en la Escuela de Sanidad Militar anexa al Hospital Militar de Carabanchel. Ambos participaron en la guerra del Rif donde el jefe guerrillero Abd-el-Krim alzó en armas contra el poder español las cabilas bereberes del norte montañoso de Marruecos. Incluso las bases del tratamiento de las heridas de guerra tuvieron allí sus planteamientos iniciales según la experiencia de su práctica asistencial con soldados heridos. En los años treinta cada uno de ellos había concentrado a su alrededor un equipo de especialistas y visitantes, en el Hospital Militar de Carabanchel, donde Bastos era jefe de servicio y lo compaginaba con la docencia en la facultad de medicina, y en el Hospital Clínico de Barcelona, donde Trias era catedrático de patología quirúrgica y había dedicado su servicio a la patología del aparato locomotor. Este llegó a un acuerdo con su hermano Antonio, también catedrático de patología quirúrgica, que se responsabilizó de la cirugía visceral. Un tercer grupo tenía en común la dedicación a la cirugía ortopédica infantil en centros sanatoriales que copiaron la idea de tratamiento heliomarino de Berck como fueron los de la Orden Hospitalaria y los de tratamiento antituberculoso de la sanidad estatal, situados en Bilbao, en Santander, en La Coruña, en Valencia y en Barcelona, Calafell y Manresa. Un cuarto grupo se había dedicado a los accidentes del trabajo en las mutuas laborales catalanas y en las cuencas mineras cantábricas. Un análisis de los lugares de trabajo y de la procedencia de nuestros fundadores nos



Constitución de la SECOT (6 de julio de 1935).

lleva a encontrar estos orígenes y a suponer que su espíritu había sido modelado por un subsiguiente amor a la infancia, a los tuberculosos, a los heridos y los accidentados que daban sentido a sus vidas dedicadas a la atención continua hacia los desvalidos.

La Junta de Gobierno fundacional fue constituida por: Joaquín Trias Pujol, presidente; Manuel Bastos Ansart, vicepresidente; Ramón San Ricart, secretario; Joaquín Manuel Nogueras, tesorero; Joaquín D´Harcourt Goot, vicesecretario. Marcaron la fecha del primer Congreso que se tendría que celebrar en Barcelona en junio de 1936 y eligieron los temas siguientes:

- Patología de la hidrartrosis, a cargo de Rafael Vara López, Antonio Cortés Lledó, Rafael Argüelles López y Manuel Bastos Ansart.
- La compresión medular en los procesos potticos, a cargo de Manuel Salaverri Aranguren, Ramón San Ricart, Eugenio Díaz Gómez y Josep Trueta Raspall.
- Tratamiento operatorio de las fracturas de los huesos largos, a cargo de Juan González Aguilar, Francisco Jimeno Vidal y Antonio Hernández-Ros Codorniu.

El Congreso fue un premio de estos grandes maestros y cabezas de fila, pero súbitamente su esfuerzo se fundió como si nada con el estallido de la guerra al cabo de unas semanas en el mes de julio y con el nuevo destino de todos los cirujanos para tratar heridos en los hospitales de retaguardia los más veteranos y en los hospitales de sangre cercanos a los campos de batalla los más jóvenes. La SECOT tardaría doce años en ser reconstruida y en reemprender sus actividades con el empuje durante el bienio 1947-1948 de su nuevo presidente Manuel Salaverri Aranguren y de su vicepresidente Ramón San Ricart, siempre presente en los momentos fundacionales de sociedades de la especialidad y ahora en su renacimiento dos años después del fin de la guerra europea. Faltaron a esta nueva cita de la postguerra quienes fueron obligados al exilio o quienes fueron juzgados por no haberse adherido al Movimiento, como Trias Pujol, Bastos Ansart, Jimeno Vidal, D´Harcourt, Trueta, González Aguilar. A la asamblea ordinaria celebrada en Bilbao en 1949 asistieron 52 socios y se les comunicó que San Ricart había presentado en el IV Congreso SICOT de Amsterdam en 1948 una ponencia titulada "Las secuelas de los traumatismos cerrados del raquis".

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE CATALUÑA.

En el salón de los espejos del Palacio de Versalles vemos unos grandes ventanales que permiten contemplar la belleza de sus jardines y entre cada dos ventanales hay una columna donde el Rey Sol Luís XIV hizo inscribir los nombres de las grandes batallas ganadas por sus ejércitos. Ahí podemos leer en letras muy grandes la Batalla de Barcelona 11 de septiembre de 1714, que dio fin al conflicto de la Guerra de Sucesión en el que se implicaron las monarquía francesa, austro-húngara e inglesa y que por lo tanto fue una guerra de cariz europeo. Inglaterra se retiró y dejó de apoyar al pretendiente austríaco Carlos III, las tropas de Luís XIV mandadas por el duque de Berwick se apoderaron del trono español y fue nombrado rey Felipe, nieto del rey francés a los 17 años de edad; Carlos se retiró a Viena y fue coronado Kaiser del Imperio. España había sido una monarquía de corte federal al modo austriacista durante el llamado Siglo de Oro de la cultura y pasó a ser una monarquía absolutista y centralista, por "el justo derecho de conquista que de ellos han hecho mis armas", como dijo el joven Felipe V, con un gobierno en poder del Real y Supremo Consejo de Castilla, como rezan muchos documentos de aquella época. Las constituciones de Aragón, Cataluña y Valencia fueron suprimidas y se implantaron los Decretos de Nueva Planta. Este modelo político se había iniciado con las actuaciones del Cardenal Richelieu, regente durante la infancia de Luís XIV y siguió con el Cardenal Mazarino hasta mayoría del rey. Con los Decretos se cerraron las universidades catalanas de Barcelona, Lérida, Gerona, Tarragona, Perpiñan (clausurada por Richelieu después de la Paz de los Pirineos de 1659), Vic, Tortosa y Solsona, y en compensación el rey mandó edificar una nueva

universidad en Cervera, que había sido favorable a la causa borbónica y se encontraba alejada de las grandes ciudades. La cultura catalana fue condenada a la miseria intelectual con esta persecución y con la prohibición de la lengua en las enseñanzas civil y eclesiástica y en la administración pública en un plan programado de castellanización de los reinos que tenían que ser asimilados. En consecuencia desaparecieron los estudios de medicina que se impartían en el Hospital de la Santa Cruz y hubo que esperar más de medio siglo para que con el impulso de la sociedad civil catalana se encontrara el modo de empezar a enmendar la grave situación.

En tiempos de Carlos III Pedro Virgili fundó el Real Colegio de Cirugía de Cádiz para la armada (1748) y él mismo instigó a Antonio de Gimbernat para que pidiera la fundación de un Colegio análogo para el ejército en Barcelona y fue concedido por Real Orden de 1760. En la misma época algunos médicos ilustrados del Hospital de la Santa Cruz pidieron en un "memorial" de 1754 permiso para restaurar el antiguo Colegio de Medicina, también abolido por el Decreto de Nueva Planta, y la respuesta tardó ocho años en llegar y el Real y Supremo Consejo de Castilla lo denegó. Más tarde se repitió la petición y finalmente con la Real Orden de Carlos III de 1770 se pudo crear este Colegio bajo el nombre de Academia de Medicina, una sociedad que oficialmente agrupaba a los médicos y les permitía organizar reuniones científicas. La labor fue reconocida y en 1786 llegó la Real Cédula de Aprobación del rey Carlos IV para la Real Academia de Medicina; en 1797 una Real Orden le concede capacidad docente con la creación de la Cátedra de Medicina. Al cabo de dos años se unieron el Real Colegio de Cirugía y la Real Academia de Medicina para formar el Colegio de Medicina y Cirugía, con permiso real para desarrollar actividades universitarias a pesar de seguir clausurada la Universidad de Barcelona. Los títulos de este Colegio eran firmados por el rector de la Universidad de Cervera. La recuperación del Colegio había llegado tras una supresión y un esfuerzo de recuperación a lo largo de todo el siglo XVIII.

En 1843 se levantó parcialmente el castigo universitario y se restauraron las enseñanzas universitarias en Barcelona pero no las otras sedes clausuradas que tuvieron que esperar hasta 1980 con el nuevo plan de la Generalitat, que volvió a crear sede universitaria en Lérida, en Gerona, en Tarragona-Reus y en Vic. Las actividades universitarias habían sufrido a lo largo del siglo XIX y primera mitad del XX interrupciones unas veces y mejoras otras según el ámbito político reinante: cierre en tiempos de ocupación napoleónica (1809-1814) y durante el absolutismo de Fernando VII (hasta 1828); la Primera República (1873-1874) aprobó un Reglamento de carácter progresista; la Mancomunidad de Cataluña(1914-1925) apoyó las instituciones científicas y las retornó al libre uso de la lengua catalana; fueron nuevamente castellanizadas durante la Dictadura del general Primo de Rivera (1925-1930); recuperaron la libertad y el idioma durante la Segunda República con el Estatuto y la Generalitat; en 1936 el estallido de la guerra hizo vivir tres años de sufrimiento, de angustias y de penurias y en 1939 se inició el largo período de persecución cultural y de castellanización intensa, suficientemente conocido entre mis conciudadanos que lo vivieron pero muy ignorado en la España castellana; finalmente el advenimiento de la democracia normalizó la situación. Es esta una larga historia que no debemos esconder ni rechazar sino que es necesario asumirla para encontrar nuevas formas de convivencia y abrir puentes al diálogo entre las culturas españolas. Esta Real Academia, en cuya historia hemos visto que se reflejan continuamente los acontecimientos de la historia española, en 1928 propuso a San Ricart para ocupar una vacante, como consta en el acta redactada en lengua castellana durante el período de Primo de Rivera, pero San Ricart escribió y leyó su discurso en lengua catalana en el acto de recepción, que se celebró en periodo republicano. La historia de las Academias nos descubre y revela la sumisión forzada de estas instituciones a los acontecimientos políticos y al grado de libertad que puede gozar la sociedad.

El prestigio médico y quirúrgico de San Ricart era bien conocido en los medios quirúrgicos europeos, españoles y catalanes en los que se había prodigado para ayudar a fundar las correspondientes

sociedades de cirugía ortopédica y traumatología. Los miembros de la Real Academia de Medicina de Cataluña pensaron en él para que ingresara cuando se produjera una vacante por defunción, hecho que sucedió en 1928 por defunción del académico doctor Mariano Batllés y Bertran de Lois. En el acta de la sesión ordinaria de 30 de noviembre de 1928, presidida por el profesor August Pi y Sunyer, el orden del día tiene un solo objetivo: elección del doctor San y Ricart para la sección de anatomía y fisiología. Participaron 28 académicos y algunos son bien conocidos como prohombres de la medicina catalana y española como el mismo presidente Pi y Sunyer, Cardenal, Nubiola, Roig y Raventós, Salvat, Pujiula, Sacanella, Gallart, Corominas, Corachán, Bellido, Conill, Ferrer y Cajigal, Riera Vilaret (traductor del tratado de anatomía de Testut), casi todos ellos profesores de la Facultad de Medicina y jefes de servicio del Hospital Clínic y del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, alguno de los cuales aún ejerció la docencia con mi promoción de la carrera. El nuevo académico fue elegido con un escrutinio de 15 votos a favor y 13 en blanco. Su ingreso oficial se atrasó hasta 24 de mayo de 1936, momento en el que, en sesión extraordinaria y pública, bajo la presidencia del profesor Peyrí (catedrático de dermatología) leyó su discurso o trabajo de recepción titulado "Empelts lliures de fascia, estudis experimentals i clínics" (injertos libres de fascia, estudios experimentales y clínicos) al que contestó el académico numerario el padre Jaume Pujiula, S.J., fundador del Instituto Biológico de los jesuitas.



Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina (24 de mayo de 1936).

de fascia, estudis experimentals i clínics" (injertos libres de fascia, estudios experimentales y clínicos) al que contestó el académico numerario el padre Jaume Pujiula, S.J., fundador del Instituto Biológico de los jesuitas.

En la introducción nos recuerda los trabajos de los autores que habían utilizado los injertos de aponeurosis y de fascia lata: Kirschner, Payr, Lexer, Lange, Holmeyer, Sauerbruch, Putti, Tuffier; Kirschner fue el primero en reparar lesiones tendinosas con pérdida de sustancia mediante esta técnica. El trabajo del autor versa sobre autotrasplantes y no utiliza ni las heteroplastias ni las homoplastias, sobre todo como medida de estricta asepsia operatoria. Explica como la plastia sufre modificaciones importantes de manera que al cabo de un año es substituida por tejido conjuntivo después de su gradual desintegración y que en el comercio se encuentran trozos y tiras de aponeurosis conservados y esterilizados dentro de tubos, disponibles para ser utilizados en cualquier momento. Es interesante recordar las aplicaciones de los injertos aponeuróticos que eran válidas a principios de los años treinta, expuestas por San Ricart, y que son un extenso catálogo de las posibilidades quirúrgicas de la época:

- órganos de fijación o suspensión.
- reemplazar ligamentos articulares.
- reforzar tendones y músculos paralizados.
- mantener la corrección del pie plano con una banda que va desde el maléolo interno hasta la tuberosidad del escafoides.
- mantener la reducción de la luxación de los peroneos.
- reparación del ligamento cruzado anterior de la rodilla.
- reparación de la luxación recidivante de la rótula.
- hacer una pexis desde el omoplato hasta la 8ª costilla en la parálisis del serrato.
- corrección de la ptosis palpebral superior y de la parálisis facial.
- suspensión del píloro y hepatopexia.
- mantener la reducción de la luxación recidivante del hombro.
- sostener los prolapsos vaginales.

- orquidopexia, nefropexia.
- refuerzo de suturas, cierre de fístulas, defectos de paredes.
- refuerzo en hernias y eventraciones.
- reemplazar defectos de meninges.

Después explica con gran rigor cómo realiza la cirugía experimental con perros, siguiendo una técnica aséptica según corresponde al discípulo predilecto de Cardenal, y comenta los casos operados en los experimentos: reparación de orificio en la vejiga de la orina (3 casos), reparación de un segmento intestinal (1 caso), reparación de un defecto de pericardio (1 caso), trasplante de fascia en un pulmón (1 caso), injerto en la pleura (1 caso) y trasplante en los vasos y sustitución por un tubo de pleura (3 casos). Concluye que los resultados son satisfactorios en la vejiga urinaria, en el intestino, en el pericardio, en la pleura, y en la pared vascular. En los vasos la sustitución por tubos restablecía la corriente sanguínea pero más tarde se obstruían; a pesar de todo durante su funcionamiento se disponía de tiempo para que se estableciera una circulación suplementaria.

Esta brillante exposición fue fuertemente aplaudida, como sucede en semejantes reuniones académicas cuando corresponden a un trabajo personal de alta calidad. El parlamento de respuesta lo hizo el jesuita padre Pujiula, eminente biólogo y embriólogo, cuyo tratado aún estudiamos los alumnos de mi promoción. El Dr. Pujiula era director del Instituto Biológico de Barcelona y el Dr. Vitoria, también jesuita, lo era del Instituto Químico; estos dos Institutos, junto con el Observatorio del Ebro de Roquetes (Tortosa) fueron creaciones de la Compañía de Jesús para proporcionar estudios científicos a sus sacerdotes. En 1989 se unieron a su Escuela de Administración de Empresas para formar el núcleo de una universidad privada de la iglesia católica y también se adhirió la Fundación Blanquerna. Así nació la Universidad Ramón Lull, bajo el liderazgo de su Canciller el Cardenal Narcís Jubany y de su Rector el Profesor Miquel Gassiot, que ha escrito la historia de esta nueva universidad.

Para enaltecer la personalidad del nuevo académico doctor San Ricart el padre Pujiula relató su pasado, que ha sido narrado a lo largo de esta biografía, y gracias a sus alabanzas descubrimos la existencia de un Libro de Honor de estudiantes ilustres de la Universidad de Barcelona y la concesión de una beca de la Junta de Ampliación de Estudios. Nos lo presenta como “un cirujano eminente y un biólogo excelente... dotado de excelentes cualidades naturales... que se lanza impetuosamente al trabajo desde muy joven... persiguiendo un ideal... cuando las circunstancias familiares restringen los medios económicos... el espíritu del hombre superior se eleva por encima de él mismo para vencer las dificultades y dominar la situación”.

CONFERENCIAS Y TRABAJOS.

En el currículo expuesto en la presentación del nuevo académico él mismo resume las aportaciones científicas que considera más importantes:

- Las tuberculosis quirúrgicas y las inyecciones de Calot. Revista *Therapia* 1909.
- Tratamiento de los pies equino-varo congénitos. Revista *Therapia* 1919.
- Consideraciones en el tratamiento de los pies zambos. Congreso de Cirugía. Madrid 1926.
- Trasplantes libres de fascia lata en diferentes órganos. Facultad de Medicina de Lausana (Suiza) 1928.
- Condiciones higiénico-sociales y servicios de cirugía de urgencias en Rusia. Conferencia en la Academia de Higiene de Cataluña 1930.
- Cirugía de los labios leporinos. Academia de San Cosme y San Damián, Barcelona 1932.
- Tratamiento de las secuelas de las parálisis infantiles mediante tendones artificiales de seda, 1er Congreso de la SICOT, Londres 1933.

- Resultados de nuestro tratamiento de los pies varos equinos. Congreso de médicos de lengua catalana. Mallorca 1934.
- Tratamiento de los casos graves de parálisis infantil. Societat Catalana de Cirurgia Ortopédica, 1933.
- Las artrosis en los pies paralíticos. Academia de San Cosme y San Damián. Barcelona 1934.

En los archivos biográficos de la Real Academia el relato sobre actividades de San Ricart dice que fue un colaborador imprescindible en los temas de medicina del trabajo y de cirugía traumática, que muy a menudo eran motivo de las consultas periciales que les llegaban.

Después de este período entramos en el paro académico de la guerra civil y de la guerra mundial y hay que esperar el tiempo de las “refundaciones” de las sociedades especializadas española y catalana en los años 1947 y 1950, respectivamente, para llegar a tener textos y conferencias de nuestros cirujanos. En el año 1953 la Academia de Ciencias Médicas celebró su 75 aniversario y lo conmemoró publicando un número especial de sus Anales con las conferencias de puesta al día de las diversas especialidades que la componen, que en aquel momento eran veintiuna. Su Presidente, el profesor Agustín Pedro y Pons, que tanto participó en su revitalización durante la postguerra, insistía en que las conferencias debían de tener un carácter práctico, de divulgación y no de erudición, y adaptadas a las normas internacionales que aconsejaban la brevedad de las publicaciones, única manera de hacer legible todo aquello que se publica en el mundo entero. Entre las Asociaciones que aparecen (recordemos la prohibición del nombre de Sociedad Catalana) en este número extraordinario encontramos la de Cirugía, presidida por Joaquín Trias Pujol, que había podido regresar del exilio con suspensión de actividad académica, y la de Cirugía Ortopédica, presidida por Ramón San Ricart, ambos nuevamente cercanos como lo estuvieron en la primera Junta de la SECOT.

Los últimos avances en cirugía ortopédica.

La participación de San Ricart consistió en hablar de los últimos avances en cirugía ortopédica y le siguieron otros conferenciantes como el profesor José María Vilardell (presidente de la Soccot 1955-59) sobre Los bloqueos quirúrgicos articulares, el profesor Morgadas (adjunto de cátedra de Piulachs) sobre La maniobra de desenclavado de las fracturas pertrocantéreas del fémur y del doctor Luís Ribó y Rius sobre Cuando hay que tratar el pie zambo congénito. En la Asociación de Cirugía el profesor Trias Pujol, reintegrado forzosamente a la patología quirúrgica general debido a la pérdida de su cátedra escogió el tema de Tratamiento de la oclusión intestinal postoperatoria. Volviendo a San Ricart creo que la lectura de su exposición resume perfectamente el estado de nuestra especialidad a mediados del siglo XX y por tal motivo expongo un extracto ilustrativo. Divide los avances en generales y propios.

Generales:

- Los rayos X han permitido descubrir procesos desconocidos, sobre todo en la columna vertebral y son una verdadera anatomía patológica del vivo.
- Precisar la necesidad de tratar precozmente en período ideal las deformaciones del esqueleto como los pies varos y zambos y la luxación de cadera.
- La preanestesia y la anestesia han ampliado las posibilidades quirúrgicas con el uso de nuevos aparatos y nuevos fármacos.
- La transfusión sanguínea y la determinación de los grupos han mejorado la reanimación de los enfermos y el tratamiento del choc.
- La sueroterapia y los coloides como el “periston” alemán ayudan a retener líquidos y a luchar contra el choc y las deshidrataciones.
- Los quimioterápicos y los antibióticos han mejorado el pronóstico quirúrgico, sobre todo en las

osteomielitis; la estreptomina ha hecho cambiar las pautas terapéuticas del tratamiento de la tuberculosis osteoarticular y la organización de los centros heliomarinos y de alta montaña, donde ha nacido parte de nuestra especialidad.

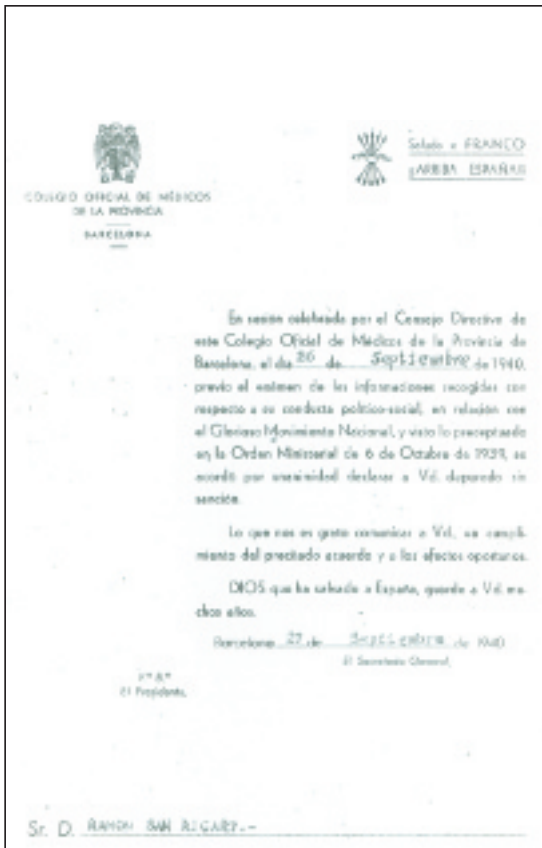
Propios:

- Los profesores Croce y Bamfo, de la clínica ortopédica de Bari, inventan un artroscopio que, además de la visión intrarticular directa, permite registrar las imágenes con una microcámara.
- Se ha normalizado la práctica de los artrogramas con la inyección articular de sustancias opacas.
- El profesor Casuccio utiliza la diafanometría radiográfica en el diagnóstico de la patología esquelética.
- El bloqueo de los cóndilos femorales con grapas metálicas permite corregir trastornos del crecimiento.
- Los ultrasonidos se aplican al tratamiento del dolor artrósico lumbosacro.
- Ya son de uso corriente las implantaciones de agujas de Kirschner y de los clavos de Kuntscher en el tratamiento de las fracturas.
- Los materiales acrílicos se han empezado a utilizar en la reconstrucción de estructuras óseas y articulares.
- Se incorporan a las técnicas quirúrgicas los acortamientos y los alargamientos de los miembros para corregir dismetrías.
- El profesor Calandra de Palermo ha tratado enfermedades osteoarticulares degenerativas y reumáticas, neuritis, parálisis, decalcificaciones, con productos placentarios en una estadística de 1500 enfermos, basándose en los trabajos de Filatoff y Bogomoletz.
- Avanzan los estudios sobre las posibles relaciones entre factores hormonales y fisiopatología ósea, especialmente en el grupo de las osteodistrofias.
- El doctor Kochi de la universidad de Nueva Delhi ha experimentado la provocación de deformidades en aves mediante la inyección de ciertas sustancias en el interior de los huevos en fase de incubación.
- Los centros de cirugía ortopédica y traumatología necesitan un banco de huesos para las reconstrucciones.

San Ricart acaba con una nota de humor recordando el chiste de Mac Indoe que reconocía como la primera comunicación sobre un trasplante la referida en la Biblia, donde se nos explica que con una costilla de Adán Dios creó su compañera Eva.

VIDA DESPUÉS DE LA GUERRA.

Cuando acabó la guerra todos los profesionales con cargos oficiales fueron sometidos a un proceso de depuración en su Colegio correspondiente en cada provincia española para conocer su conducta política y social y saber si podían seguir ejerciendo bajo el control del Glorioso Movimiento Nacional. En el caso que nos ocupa el procedimiento tuvo lugar en el Colegio de Médicos de Barcelona el 27 de septiembre de 1940 y se le declaró depurado sin sanción por unanimidad, como consta en el documento oficial entregado al encausado, que está encabezado por el ritual Saludo a Franco y Arriba España de la época. Con este salvoconducto para la vida civil San Ricart se reintegró a las actividades de la clínica privada y de las entidades en que era consultor para su especialidad; en la sanidad del ejército de tierra fue desmilitarizado en 1945, como ya narramos con anterioridad.



Certificado de depuración
(27 de agosto de 1940).

En la documentación del Colegio de Médicos consta su número de colegiado que varía a lo largo del tiempo. Se había inscrito el 9 de diciembre de 1921 y tenía el número 380; en el mes de abril de 1939 (Año de la Victoria, según consta) era el 648 con carnet provisional; el 17 de mayo de 1950 era el 237; el 19 de junio de 1950 el 270 y por fin acaba el 30 de abril de 1951 con el número 230. Es una observación que se desprende de la lectura de certificados que había solicitado para poder salir al extranjero con motivo de reuniones o congresos, ya que no se podía abandonar el territorio estatal sin permiso policial. En el libro Los Hospitales de Barcelona, de Jacint Raventós y Conti, que ha sido el gran historiador de los hospitales catalanes en una obra de siete volúmenes, encontramos el nombre de San Ricart cuando se cita el cuerpo facultativo de los hospitales en los que trabajó. En las solicitudes e instancias tenía que constar cuáles eran los puestos de trabajo y él declaró, además de la consabida consulta, privada los siguientes: Hospital de Natzaret y Casa de Caridad, Mútua L´Aliança y Mútua del Automóvil, Clínica Mental y Hospital Militar del Generalísimo.

Las actividades de San Ricart en las sociedades de las cuales era miembro fundador se reemprendieron, como ya comentamos al hablar de la internacional, de la española y la catalana; asistió a sus congresos y a los de las sociedades francesa y alemana de las que era socio. Cuando el congreso se celebraba en el extranjero solicitaba el permiso de salida y previamente el Colegio de Médicos tenía que emitir su informe favorable para obtenerlo de la policía y adecuar el pasaporte. No tuvo problemas para que fuere aceptado, donde el Colegio siempre hacía constar que el viaje era "altamente interesante para la ciencia Patria". Entre los méritos conseguidos en los últimos años de su vida destaca el de Socio honorario de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

En el año 1950 fueron convocadas las primeras plazas para médicos de la seguridad Social adscritas al Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) y él se presentó cuando ya tenía 68 años de edad, motivo por el que tuvo que presentar el currículum con todo el historial académico y profesional, como se comprueba en la solicitud tramitada al "Mgfc y Exmo Sr. Rector de esta Universidad" y al Sr. Secretario del Ilustre Colegio de Médicos. En el concurso de médicos especialistas optó a la plaza de cirugía general o bien de traumatología y cirugía ortopédica y sabemos por la documentación del Colegio que obtuvo esta última, como era lógico por su dedicación casi exclusiva a ella.

El SOE fue una obra indiscutible del falangismo, con más inquietud social que otros en la amalgama ideológica del franquismo, y proporcionó a la población una red hospitalaria y provincial antes inexistente que cubría la totalidad del territorio estatal. Los centros estaban técnicamente bien dotados según los niveles de mediados del siglo XX y entraron en competencia con los universitarios que no habían gozado de renovación. Se explica en parte porque los hospitales de la Seguridad Social dependían del Ministerio del Trabajo y los de la Universidad del Ministerio de Educación Nacional, con presupuestos diferentes y con visión y posibilidades también diferentes dentro del Gobierno homogéneo de la Dictadura. El ministro de trabajo durante esta época fue el camarada José Antonio Girón de Velasco, de la "vieja guardia" falangista y a él se debe la gran expansión hospitalaria que

cambió la fisonomía sanitaria española. Recordemos el hecho de no utilizar el término "Hospital" sino el de "Residencia Sanitaria" debido al desprestigio que caía sobre los hospitales como centros para pobres y desprotegidos. El "régimen nacional-sindicalista" tenía que ofrecer a la población obrera (los llamados Productores) y a sus "beneficiarios" una más distinguida asistencia y de aquí procede el cambio de nombre. En la entrada de la residencia un "celador" (persona que cела o vigila u ordenanza que trabaja con celo) que vestía de gris con chaqueta de cuello militar, con botones plateados y con gorra velaba el acceso al centro. Cuando era preciso ejercían de camilleros vestidos de blanco o iban a la ciudad a por encargos; eran polivalentes por lo que se generaban tensiones que he recordado con alguno de ellos, jubilado y con la mente clara.

La labor de los cirujanos se desarrollaba en los Consultorios, externos a la residencia y generalmente situados en zona asequible y más bien céntrica de la ciudad, llamados "ambulatorios", que se asemejaban a las conocidas policlínicas donde solamente se visitaba en despachos. En Barcelona se concentraban de modo preferente en el Ambulatorio de Manso, nombre de la calle dedicada al general Manso, que participó en las guerras carlistas en el bando isabelino. Los médicos disponían de un par de horas para su consulta y transcurrido este tiempo otro profesional precisaba del consultorio ya libre para empezar su consulta, con lo cual los retrasos creaban auténticos quebraderos de cabeza al médico inspector responsable de la organización y funcionamiento del ambulatorio. Los equipos quirúrgicos, formados por cirujano y ayudante, tenían disponible el quirófano en la Residencia un día a la semana en sesión de mañana o de tarde para operar a sus enfermos de la lista de cartillas o "cupos quirúrgicos". Cada cirujano actuaba según su criterio, de modo análogo a la conducta en la consulta privada y sin estar condicionado por las decisiones de un catedrático o de un jefe de servicio, y esta organización asistencial representaba el acceso de los "productores" a una asistencia de calidad semejante a la de la medicina privada que se intentaba emular. Así se mantuvo hasta que a inicios de los años sesenta se introdujo el modelo de jerarquización hospitalaria en la Clínica Puerta de Hierro, en el Hospital General de Asturias y en la Ciudad Sanitaria La Paz con su nuevo concepto de servicios hospitalarios especializados.

San Ricart cumplió los 70 años el día 3 de febrero de 1952 y le llegó el momento de la jubilación forzosa de sus puestos oficiales de trabajo, pero pudo seguir ejerciendo la medicina privada y mantener sus relaciones académicas aquí y allende las fronteras. Su vida como miembro de la SICOT fue intensa desde el IV Congreso de Amsterdam (septiembre de 1948) cuando fueron nombrados presidente Louis Ombredanne y vicepresidentes Ramón San Ricart y Harry Platt, y continuó su labor hasta el V Congreso de Estocolmo (mayo de 1951) bajo la presidencia de Harry Platt y las vicepresidencias de San Ricart y Étienne Sorrel. Durante este último congreso se tenía que trabajar con habilidad y con insistencia para conseguir la sede del congreso siguiente del año 1957 para Barcelona, para defender su candidatura. La posición de San Ricart dentro de la SICOT, el apoyo de sus amistades profesionales y la ayuda directa de Trueta y de Mac Farland hicieron posible que en las votaciones del Congreso de Berna (septiembre de 1954) presidido por Harry Platt y con la vicepresidencia de sus amigos Étienne Sorrel y el argentino José Valls descendiente de catalanes, eligiera por votación Barcelona como sede del siguiente Congreso de septiembre de 1957. Ya lo habíamos comentado al hablar de la SICOT, pero aquí nos interesa de nuevo para descubrir los esfuerzos de San Ricart en plena vida de jubilado. Fue un éxito de San Ricart a nivel internacional, pero su muerte acaecida ocho meses después le impidió que pudiera gozarlo.

El Congreso de Barcelona de 1957 se celebró siendo presidente de la SICOT el belga Jean Delchef y vicepresidentes José Valls y Josep Trueta y Presidente del Congreso también José Valls, seguramente para situar a un castellano parlante en una reunión de sede española. En la asamblea general celebrada en Barcelona fue elegido Presidente para el siguiente Congreso de Nueva York

el profesor Josep Trueta y se constituyó la nueva Junta de la SICOT para el trienio 1957-1960 con Jean Delchef como presidente y Josep Trueta como vicepresidente 1º. Los honores que recayeron en Trueta los obtuvo en su ciudad natal con plenos satisfacción y orgullo por parte de él. Hemos referido una serie de hechos societarios concatenados y relacionados en los que San Ricart jugó un importante papel inicial si tenemos en cuenta que el congreso barcelonés permitió la entrada con todos los méritos y pasaporte británico a Josep Trueta, exiliado en 1939, casi dos décadas antes.

Ramón San Ricart murió de enfermedad de rápida evolución en domingo 22 de mayo de 1955 en Barcelona, soltero y dejando como familia a su hermano Joaquín, médico, y a sus dos sobrinos Rosa y Ramón. Fue un acontecimiento muy comentado por la prensa que se refirió ampliamente a sus méritos científicos y académicos. El entierro salió del domicilio mortuario que era la casa y clínica donde vivió y ejerció y desde allí se dirigió a la iglesia parroquial de San José de la antigua villa de Gracia. Todas las corporaciones y entidades de las que fue miembro o cirujano enviaron sus representantes y también asistieron los obispos de Barcelona y de Vic, en reconocimiento a su vida como cristiano, y también su amigo el eminente músico padre Massana S.J. El paso del tiempo, voraz devorador de presencias, diluyó hasta el olvido su recuerdo y la vida de este ilustre cirujano ha sido necesario redescubrirla en la documentación archivada, donde los recuerdos no mueren sino que yacen hasta que alguien los desvela de la noche de las estanterías polvorientas. Estas personalidades tenemos que hacerlas llegar, tan vitales como nos sea posible, al alcance de las nuevas y futuras generaciones de cirujanos. En la Historia de la SECOT, de Eduardo Jordá, leemos que durante las Jornadas Nacionales de Oviedo de 1955 el Presidente doctor López Trigo comunicó y lamentó la muerte prematura del miembro fundador Ramón San Ricart y que el doctor Cabot Boix pidió a la asamblea que se estableciera para perpetuar su memoria algo así como una beca que llevara su nombre. La asamblea votó favorablemente la sugerencia y el presidente entrante, doctor Hernández-Ros, aseguró que se ocuparía de este asunto. Que yo sepa esta beca no existe.

JOAQUÍN RIBA DE SANZ.

La biografía de San Ricart ha aparecido en algunas ocasiones acompañada de la mano de Riba de Sanz, que fue director del Asilo-Hospital de San Juan Dios de Barcelona y existen momentos existenciales que han discurrido en paralelo, por cuyo motivo el recuerdo de este cirujano completa el de San Ricart. Riba de Sanz nació el día 11 de agosto de 1876 en la ciudad de Sabadell, importante



Joaquín Riba de Sanz (1876-1953).

centro de la industria textil cercano a Barcelona, siendo hijo del médico cirujano Manuel Riba y Basols y de Nieves Sanz y Anglada; de acuerdo con la fe familiar fue bautizado tres días después en la parroquia de San Félix de su ciudad natal, imponiéndole los nombres de Joaquín, Manuel y Juan, es decir, tres nombres como ha sido preceptivo.

Siguió la enseñanza primaria en Sabadell así como el bachillerato durante los años 1886-1890 y se examinó al final en el Instituto de Barcelona el día 7 de julio de 1891 obteniendo la calificación de sobresaliente. Se inscribió en la facultad de medicina de la universidad de Barcelona y cursó los estudios entre los años 1891-92 y 1899-1900; obtuvo el título de licenciado con fecha 4 de julio de 1904, si bien los exámenes de licenciatura se habían desarrollado en tres sesiones en junio de 1900. En el expediente consultado en el archivo histórico de la universidad aparece el plan de estudios de finales del siglo XIX y resulta algo parecido al de

1952, que yo estrené, donde el primer período remeda con el llamado "curso común" el que en aquella época era el "curso preparatorio". Lo presentamos así:

Período Preparatorio. 1er curso.- Ampliación de física, Química general, Mineralogía y botánica, Zoología, Lengua francesa, Lengua alemana. Este curso se celebraba en la Facultad de ciencias exactas, físicas y naturales, como podemos leer en la papeleta de examen de Riba y Sanz. Este período reapareció en los planes de estudio de medicina al instaurarse el "curso común" de 1952, que constaba de física, química, biología, geología y matemáticas y las aulas eran las del Edificio Central de la universidad situadas en el llamado "patio de ciencias" en convivencia con alumnos de física, de química, de farmacia, de biología, de geología; no recibíamos enseñanza de lenguas y los de medicina ya no tenían en su plan ni la geología (antes mineralogía) ni la botánica.

Período de Licenciatura.

Se desarrollaba en la facultad de medicina anexa al antiguo Hospital de la Santa Creu en el barrio del Raval, donde en la actualidad tiene su local la Real Academia.

2º curso. Anatomía descriptiva y embriología (primer curso), Histología e histoquímica normales, Técnica anatómica (primer curso).

3er curso. Anatomía descriptiva y embriología (segundo curso), Técnica anatómica (segundo curso), Fisiología humana, teórica y experimental, Higiene privada.

4º curso. Patología general, Terapéutica, Anatomía patológica.

5º curso. Patología quirúrgica, Patología médica, Obstetricia y ginecología, Curso de las enfermedades de la infancia con su clínica.

6º curso. Clínica quirúrgica (primer curso), Clínica médica (primer curso), Clínica de obstetricia y ginecología, Anatomía topográfica y medicina operatoria con su clínica.

7º curso. Clínica quirúrgica (segundo curso), Clínica médica (segundo curso), Higiene pública, Medicina legal y toxicología.

Con este plan estudió Riba y Sanz pero al empezar el siglo XX se modificó y se instauró el llamado Plan Moderno, como todos los que a lo largo del tiempo y con demasiada frecuencia han venido a substituir al que forzosamente se llamaría "plan viejo". En el expediente de éste cirujano encontré un ejemplar de este plan moderno en el que las denominaciones se acercan más a las de mitad del siglo XX que cursaron las promociones contemporáneas de la mía. Se conserva el período preparatorio pero con los nombres de física general y química general que han llegado a la actualidad. El 2º curso no cambia y en el 3º desaparece Higiene privada; 4º curso no cambia. En el 5º curso existen ya más modificaciones que han llegado a nuestros días:

- A partir de ahora aparecen la Patología quirúrgica con su clínica y la Patología médica con su clínica, ambas con el añadido de (primer curso), en 6º (segundo curso) y en 7º (tercer curso), y esta distribución se conservó a lo largo del siglo.
- Se crean la Oftalmología para 5º curso, la Oto-rino-laringología para 6º curso y la Dermatología y sifilografía para 7º curso, surgiendo así especialidades nuevas.
- La Obstetricia con su clínica corresponde a 5º curso y la Ginecología con su clínica a 6º curso y quedaron diferenciadas para años venideros.
- Anatomía topográfica y operaciones sigue presente, añadida a tres años de patología quirúrgica, y la cátedra de esta materia es la que ganó Joaquín Trias Pujol por traslado y así pudo venir a Barcelona, pero más tarde, al igual que su hermano Antonio, ocuparía la patología quirúrgica y la anatomía topográfica y operaciones desaparecería del plan de estudios.
- En 7º curso la higiene pública es substituida por la Higiene con prácticas de bacteriología. Más delante esta última adquiriría personalidad propia y sería incluida en el período llamado preclínico, constituido por los cursos 2º, 3º y 4º.

Estos comentarios históricos sobre el plan de estudios nos descubren que a inicios del siglo XX se vivía una época de actualización y renovación en la enseñanza de la medicina y que las modificaciones introducidas marcarían la pauta para las décadas siguientes. Permítaseme ahora una apostilla. En la documentación sobre este cirujano a lo largo de sus estudios se descubre una variación en la forma de escribir sus apellidos ya que, si bien nació y fue inscrito como Riba Sanz, en el expediente de bachillerato aparece como Joaquín Riba y Sanz. Ya en la facultad de medicina en las papeletas de las asignaturas su nombre es Joaquín de Riba y Sanz. Y casi al final de la carrera escribe Joaquín de Riba y de Sanz, y finalmente en las asignaturas de doctorado queda fijado en Joaquín Riba de Sanz. Ha sido un camino dubitativo hasta encontrar la fórmula más adecuada para añadir el de a sus apellidos.

Entre los años 1900 y 1906 trabajó con el gran maestro de cirujanos Salvador Cardenal, como médico interno en el hospital del Sagrado Corazón, y simultaneó esta dedicación con la de médico municipal por oposición ganada en 1906. Se colegió en Barcelona y ejerció con el número 250 hasta el final de la guerra civil. La formación quirúrgica adquirida le hizo merecedor en 1905 de una plaza de cirujano de huesos en el Asilo-Hospital de San Juan de Dios de Barcelona donde, tras quince años de labor acreditada y fiel, fue nombrado Director. La formación de Riba de Sanz se había completado en el extranjero y empezó de modo un tanto accidental ya que debido una afección de la garganta se trasladó a Suiza donde permaneció una temporada y allí descubrió en 1908 en el Instituto Ortopédico de Schulthess, de Zurich, su afición ortopédica, que se acrecentaría hasta ser una segura vocación. En 1910 inició un viaje de estudios acompañado de otro médico más del Hospital de San Juan de Dios, su amigo el doctor Ramón San Ricart y juntos visitaron los servicios de los profesores Kocher en Berna, Lange y Doderlein en Munich, Vulpius en Heidelberg, Sorrel y Calot en Berck (Pas de Calais-Francia); más tarde frecuentaron los clínicas de Roma, Bolonia, Viena y Burdeos. A San Ricart y a Ribó se deben los datos biográficos, publicados en su noticia necrológica en los Anales Sicot del congreso de Berna de 1954, que me han ayudado a recomponer en lo posible estas notas.

La dirección ortopédica en el Asilo-Hospital de San Juan de Dios la ostentó hasta su muerte y tuvo durante años como primer ayudante cirujano a Luí Ribó. Los citados comentaristas sobre su personalidad en los Anales Sicot nos dicen que vivió dedicado a los niños lisiados, que trabajó no solo como médico sino también como padre de todos ellos, no considerándoles como material de experimentación sino como hijos propios y aplicando siempre antes de emprender una intervención aquel noble principio del gran Cardenal: "que el cirujano no emprenda nunca una operación que no esté dispuesto a aceptar para sí o para sus hijos". El Asilo-Hospital era el lugar de intensas fatigas pero de indefinidas emociones y siempre tenía en sus labios una frase que por sí sola demuestra su gran responsabilidad moral y ética de la profesión: "hay que cumplir el deber hasta el final". El doctor Riba de Sanz era un médico profundamente cristiano y de este principio arranca el secreto de su ciencia, el acierto profesional y su intachable conducta. Cuenta su colaborador Luí Ribó que de la cirugía hizo una escuela de perfección moral alejada de todo lucro desmesurado y de todo innoble afán, tanto en el hospital como con la clientela privada, actitud meritoria y a veces difícil de practicar... había trabajado mucho, tenía una clientela muy distinguida, pero a los enfermos de escasos recursos económicos siempre les perdonaba la cuenta.

La helioterapia era el tratamiento médico mediante baños de sol que tenía gran predicamento a principios del siglo XX por lo que se construyeron centros cercanos al mar y en los países centroeuropeos en la alta montaña. En los congresos sobre tuberculosis se enfatizaba la extraordinaria acción beneficiosa del clima marítimo en el tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas, lo cual explica que hacia 1930 se podían contabilizar entre Inglaterra, Bélgica, Francia e Italia unos 300 sanatorios de este tipo. En la primera década del siglo se había creado en Barcelona el Sanatorio de San Josep con tales características, promovido por el doctor Josep Giró y Savall (1908) y situado frente a la

playa de la Barceloneta. Al fallecer su fundador le sucedió poco antes de la guerra civil el cirujano ortopeda **Mariano Soler Terol**, que había nacido el año 1900 en Moncada (Valencia), había estudiado el bachillerato en Zaragoza y cursado los estudios de medicina en Barcelona; su conocimiento de la lengua alemana le permitió completar su especialización con visitas a centros germánicos y austríacos en los que acompañó a Ribó Rius, compañero de promoción. Participó en la fundación de la Sociedad Catalana de COT y en su primera junta ocupó el cargo de vicesecretario. Después de la guerra fue depurado "sin causa" y siguió al mando del Sanatorio dedicado a "enfermedades osteoarticulares y ganglionares", como consta en el membrete del centro, cuya capacidad era de 50 camas que eran servidas por monjas terciarias franciscanas. Los pacientes hospitalizados eran preferentemente niños y varios de ellos debían permanecer recostados durante largo tiempo en los llamados "lechos de inclinación de yeso" cuya confección dominábamos los alumnos internos de cirugía de aquella época. Los pacientes a duras penas podían levantar la cabeza, que reposaba dentro de la parte proximal del molde de yeso del occipucio, y en una actuación benéfica en el Sanatorio Marítimo de San José de la Barceloneta, donde hacía de payaso pintarrajeado junto a un compañero de promoción también alumno de la cátedra de cirugía y después traumatólogo –Luís Sánchez Sonsona, establecido en Zaragoza–, los pacientes seguían nuestra actuación y las bromas con un espejo de mano que hacía las funciones de retrovisor. Esta obligada forma de visión solamente era posible si se disponían las literas en la sala de actos de forma que el cabezal y no los pies apuntaran hacia la tarima sobre la que actuábamos. El doctor Soler Terol falleció el 27 de noviembre de 1969 a los 69 años de edad. El hospital fue cerrado en los años sesenta, falto de utilidad y envejecido, y cayó bajo la piqueta demoledora al renovarse la fachada marítima de la ciudad. Su hijo, el cirujano ortopeda Mariano Soler Fisas, amigo de varios de nosotros, fue jefe de servicio de cirugía ortopédica y traumatología en la Residencia de la Seguridad Social "General Álvarez de Castro" de Gerona (al mando de las tropas en la defensa de la ciudad frente al ejército napoleónico) cuando ésta fue jerarquizada; más tarde recibió el nombre actual de Hospital Josep Trueta.

En 1922 Riba de Sanz planteó la cuestión de la helioterapia en una Memoria de la que transcribimos una parte de la misma, traduciendo al castellano el texto reproducido en el libro "125 años de historia del hospital de San Juan de Dios":

- "...la creación de tantos sanatorios marítimos como hay en el extranjero, donde los niños atacados de estas tuberculosis quirúrgicas encuentran las mejores condiciones climatológicas para curar sus males. Los excelentes resultados que se obtienen, el tanto por ciento tan elevado de curaciones, compensan de sobras los sacrificios de la fundación y el mantenimiento de estos institutos".
- "En España, por desgracia, casi todo está por hacer en este sentido. Podríamos citar tan solo algunos intentos muy dignos, pero de una importancia práctica insignificante".



El Sanatorio de la Barceloneta para niños escrupulosos.



Mariano Soler Terol (1900-1969).

– “La creación de un sanatorio marítimo en Cataluña es pues una necesidad ineludible y de una gran urgencia”.



Fachada principal del Hospital de San Juan de Dios de la Avenida Diagonal.



Helioterapia en las terrazas.

El doctor Riba de Sanz, a pesar de dominar las más modernas técnicas quirúrgicas, era un ferviente defensor de la helioterapia, y también lo eran, a tenor de los documentos de la época, los miembros de la comunidad religiosa. Mientras esta aspiración no se hacía realidad, en el gran centro de Les Corts el Asilo-Hospital se fue adaptando para que cada terraza se transformara en solarium.

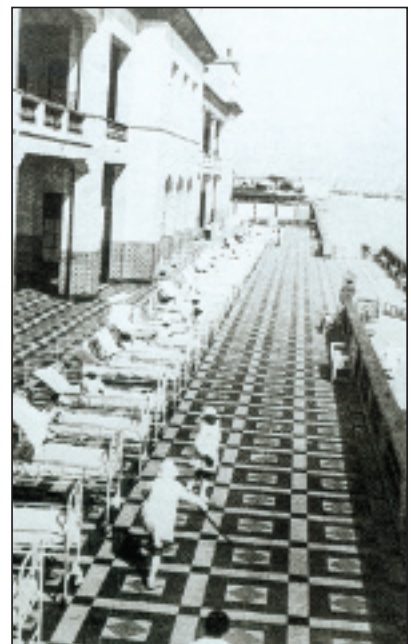
En 1921 ocurrió un hecho que propició la creación de un sanatorio marítimo. El ayuntamiento de Barcelona expropió con carácter forzoso una parte del terreno ocupado por el Asilo-Hospital para poder abrir la gran avenida Diagonal y se perdieron el paseo de tilos, los estanques y parte de la huerta. A la indemnización municipal se unieron una donación de la benefactora doña Josefa Sampera Rodés y las aportaciones recogidas durante doce años de campaña en favor del nuevo establecimiento, de manera que en junio de 1924 se pudo inaugurar el Sanatorio

Marítimo de Calafell con capacidad para acoger 50 niños, más 12 incapacitados para los que se había preparado un pabellón de madera situado en la playa. Prosiguió la adaptación a nuevas y crecientes necesidades y culminó en 1929 con la inauguración de un pabellón de nueva planta, y así las instalaciones permitieron acoger un centenar de pacientes. Los niños del Asilo-Hospital de

Barcelona hacían por turnos una estancia en Calafell. La selección y el control de los pacientes que se trasladaban al Sanatorio Marítimo corría a cargo del equipo del doctor Riba de Sanz y su primer ayudante Ribó Rius que periódicamente iban a Calafell a pasar visita y a practicar los tratamientos oportunos. En 1940 se incorporaron a este equipo los cirujanos ortopedas Joan Martínez y Lluís Terricabras y en 1950 Rafael Esteve de Miguel (procedente de Oxford donde estudió al lado de su maestro



Fachada del Sanatorio de Calafell.



Terraza del Sanatorio de Calafell.

Josep Trueta) que en este hospital llegó a jefe de servicio ayudado por Joan Minguella, quien a su vez fue su sucesor en la jefatura.

La repercusión social de la Orden hospitalaria en Cataluña y sobre todo en Barcelona era muy importante, muy apreciada y las familias trabajadoras depositaban en ella toda su confianza cuando tenían un niño enfermo que podía beneficiarse de sus atenciones. Los hermanos de San Juan de Dios, con su hábito talar negro, cada mes recorrían las calles de la ciudad para cobrar las aportaciones de muchos ciudadanos que se hacían en mano con entrega de recibo en el domicilio del benefactor. En casa lo recibíamos cada mes porque mi madre era benefactora y además el hijo de la portera fue ingresado por una escrófula e íbamos a visitarlo. Le recuerdo en su camita, como todos en la terraza y con exposición al sol controlada con una pantalla de tela blanca situada en la cabecera. Aquellas visitas despertaron en mí el deseo de dedicarme a curar enfermos con enfermedades de huesos y articulaciones, es decir, que desde joven recibí y atendí la llamada de la cirugía ortopédica gracias al asilo-hospital barcelonés de la Orden Hospitalaria. Al empezar los estudios de medicina ya tenía marcado el rumbo de mi futuro.

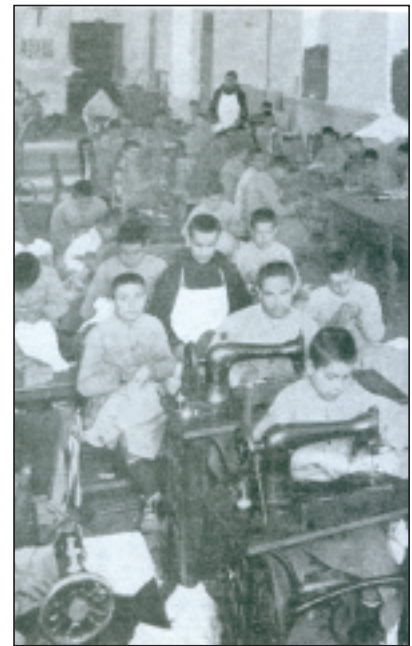
No acabó aquí el perfeccionamiento de los medios que la Orden Hospitalaria ponía al alcance de sus niños enfermos, ya que eran conscientes de los beneficios que aportaba el clima de altura. El Asilo-Hospital pudo disponer de un Sanatorio de Montaña en Manresa en junio de 1932 gracias al legado del patricio manresano Francesc March y Muntada, que hizo

posible la adquisición de la finca La Culla en los alrededores de esta capital de la comarca del Bages y con buenas vistas al macizo del Montserrat. La primera intervención la practicó el doctor Riba de Sanz ayudado por Ribó Rius el 26 de octubre del mismo año y este nuevo centro dependía de la casa madre de Barcelona, pero con el paso del tiempo tuvo vida propia. La cirugía ortopédica en este hospital pasó por tres etapas según narró en el libro del cincuentenario en 1983 su entonces jefe de servicio Antonio Viladot Pericé, que presidió la SECOT entre 1986 y 1988:

- Asilo para niños tuberculosos y deformes desde 1932 hasta 1950 con asistencia a cargo de médicos desplazados de Barcelona como Ribó y San Ricart.
- Hospital para niños paráliticos y deformaciones congénitas desde 1950 hasta 1965 con la colaboración de Antonio Viladot y otros anteriores.
- Servicio de patología del aparato locomotor desde 1965 hasta 1982 bajo la jefatura de Antonio Viladot.

En 1982 la administración se moderniza y se adapta a las nuevas directrices hospitalarias y el personal médico actúa de modo jerarquizado; la cirugía ortopédica será dirigida por Josep María Saló Orfila.

Con San Ricart y con Ribó Rius y otros el día 17 de marzo de 1931 fue presentado en el Negociado de Sociedades del Gobierno Civil de Barcelona el documento para la inscripción de la



Taller de confección para aprendizaje de oficio.



El Dr. Riba de Sanz operando ayudado por el Dr. Ribó Rius.

Sociedad Catalana de Cirugía Ortopédica, constando en él sus Estatutos con 22 artículos. Al cabo de pocos días llega la respuesta de 27 de marzo: "Examinados los Estatutos a que se refiere este escrito procede su aprobación por atemperarse al precepto legal". El día 27 de abril siguiente los fundadores redactan el Acta de Constitución de la nueva sociedad con la siguiente designación de cargos:

- Presidente: D. Joaquín Riba de Sanz; Vicepresidente: D. Ramón San y Ricart; Secretario: D. Luís Ribó y Rius; Vicesecretario: D. Mariano Soler y Terol; Tesorero: D. Federico Pell y Cuffí; Vocales: D. Herminio Castells y D. Emilio Rocosa. Esta sociedad es la más antigua de las españolas de cirugía ortopédica y la primicia de esta información la debemos a los escarceos que hizo nuestro compañero de la Secot Joan Valentí Ardanuy en los archivos del Gobierno Civil.

Riba de Sanz ascendió dentro del Cuerpo Médico municipal de Barcelona y en 1940 fue nombrado jefe de Dispensario para la Lucha contra la Tuberculosis emprendida por el gobierno español y después Jefe de Servicio de la Tuberculosis Ósea. Se distinguió por sus trabajos de experimentación clínica -según Ribó- que publicó en revistas españolas y extranjeras y se convirtió en incansable viajero por los santuarios de la especialidad ortopédica; fue uno de los primeros cirujanos españoles que practicó la operación de Albee para el mal de Pott y se distinguió además en sus trabajos científicos sobre las trasplantaciones tendinosas y musculares en la poliomielitis (1910), sobre las trasplantaciones óseas (1911), sobre la luxación congénita de la cadera (1912). En su trabajo profesional nos consta también desde 1920 que atendía a enfermos de la mutualidad obrera Quinta de Salud La Alianza.

Cuando empezó la guerra civil ya tenía 60 años y tuvo que esconderse y pasar desapercibido, de lo cual carecemos de datos ya que por su edad no fue militarizado. Al término de la misma pasó como todos el proceso de depuración con respecto a su conducta política y social en relación con el Glorioso Movimiento Nacional y en la comunicación del Colegio de Médicos del 2 de septiembre de 1940, con el encabezamiento ritual de "Saludo a Franco" iiArriba España!!, dice : "depurado sin sanción" y termina con "Dios que ha salvado a España, guarde a Vd. Muchos años" y firma el secretario general. Recibió el nuevo número de colegiado 478 para poder seguir ejerciendo. Sin embargo durante la postguerra su salud era precaria y su déficit de energías se compensó con la llegada de nuevos colaboradores, los anteriormente citados Martínez



Imposición de la Orden de Sanidad al Dr. Riba de Sanz después de su jubilación.

y Terricabras, que dieron nuevo impulso al prestigio de la cirugía ortopédica y mantuvieron su alto nivel de reputación. El gobierno español le otorgó la Encomienda y Placa de la Orden Sanitaria, alta condecoración civil por sus méritos profesionales y ciudadanos. Había sido también presidente de la hermandad de San Cosme y San Damián y miembro de la SICOT desde sus inicios. Falleció el 17 de junio de 1953 y de él dijeron sus amigos San Ricart y Ribó Rius:

"Señalemos aquella cualidad tan delicada que poseía como perfecto cristiano, que llevaba impresa en su corazón: el especial empeño de no criticar jamás ni molestar al compañero, disculpando sus errores, allanando amistosamente los criterios dispares, pero siempre sin perjudicar al enfermo. Por ello y por tantas otras cualidades y virtudes se granjeó el respeto y la admiración de sus compañeros y sus colaboradores".

LUÍS RIBÓ Y RIUS.

Este cirujano que dedicó toda su vida profesional a la cirugía ortopédica en los centros de la Orden hospitalaria de Barcelona, de Calafell y de Manresa, lo hemos ido conociendo al lado de Riba de Sanz como íntimo colaborador. Nació en Barcelona el día 29 de agosto de 1899 y era hijo de Luí Ribó y Asmarats, del comercio, y de Magdalena Rius y Matas, ambos naturales de Barcelona. Por línea paterna su abuelo D. José era de Esplugues de Llobregat (Barcelona) y su abuela Dña. María de Sant Just Desvern (Barcelona) y por línea materna su abuelo D. Bartolomé, de Barcelona, y Dña. Josefa, de Blanes (Gerona). En el bautizo se le impusieron los nombres de Luí, José y Pedro. Los datos han sido copiados del Registro civil, distrito de la Universidad, de Barcelona. Hizo sus estudios primarios en la escuela católica de los jesuitas de la calle de Casp de Barcelona, el "Colegio Sagrado Corazón de Jesús", acorde con la fe de sus padres. En 1910 ingresó en el Instituto General y Técnico de Barcelona y acabó el bachillerato en 1916 con seis sobresalientes y nueve notables. Obtuvo el diploma de Bachiller por el Instituto de Barcelona el día 20 de septiembre de 1916. Cursó los estudios de medicina en la facultad de Barcelona, donde fue alumno interno por oposición de clínicas de cirugía general, y se licenció en 1923. Esta promoción, conocida con el nombre de Cobama, celebró su XXV aniversario en 1948 y en el programa de festejos que conservan sus hijos constan los nombres de sus ochenta miembros entre los cuales varios me resultan conocidos por haber destacado en la medicina barcelonesa, como son mis profesores universitarios Gómez y Gómez (anatomía), Juliá Bonet (patología quirúrgica), Sarró Burbano (psiquiatría), Bayona Martí (urología) y otros jefes de servicio como los del Hospital de Sant Pau, Gabarró García (cirugía plástica), Pi Figueras (cirugía general) y Rocha Carlotta (medicina interna), a los que añadimos Xalabarder Puig organizador de los dispensarios municipales antituberculosos, Pere Babot, reorganizador de la Societat Catalana de Biología en la postguerra y Mariano Soler Terol, cirujano ortopeda como Ribó Rius.



Permiso de residencia en Viena del estudiante Luis Ribó Rius.

Su vida profesional se desarrolló en el Asilo-Hospital de San Juan de Dios de Barcelona al lado de su maestro el doctor Joaquín Riba de Sanz y allí conoció al doctor Ramón San Ricart; él era 23 años más joven que Riba de Sanz y 17 más joven que San Ricart, por lo cual sería como el aprendiz de cirujano recién salido de la facultad junto a estos preclaros profesionales. Se colegió en Barcelona con el número 1089 y siguiendo el ejemplo de sus preceptores se estableció oficialmente en Viena, con su correspondiente permiso de residencia para



El Orthopädisches Spital de Viena.



Sistema de tracción continua contra las contracturas de extremidades inferiores con elevación de los pies de las literas en la terraza del Spital.

una larga temporada, avalado por el consulado español; siguió dos cursos de especialización en el Allgemeiner Krankenhaus y en el Orthopädischer Spital, siendo discípulo de los profesores Lorenz y Spitzky y compañero de estudios de Soler Terol, médico de su misma promoción. De aquella época conservan los hijos un legajo de cuartillas grapadas en forma de cuadernillo donde él anotaba las observaciones durante su estancia en los citados hospitales y contabilizamos 36 notas clínicas.

Desde la capital austríaca inició su actividad periodística como colaborador de "La Veu de Catalunya", de cuya página médico-farmacéutica se responsabilizó hasta 1936 cuando la persecución anarquista le obligó a huir a Francia y pasar después a San Sebastián. Este periódico, fundado en 1899 fue el órgano del partido de derecha, catalanista y católico, Lliga Catalana que fue dirigida por Prat de la Riba y por Cambó y sufrió numerosas persecuciones, cierres, asaltos, cambios de nombre, tanto por parte de la derecha castellanista y centralista como por parte de la izquierda y también del ejército; fue cerrado definitivamente en 1937. Después de la guerra Ribó reanudó su labor periodística dirigiendo durante la década de los cincuenta la página médica que semanalmente aparecía en el diario "El Correo Catalán" con artículos de divulgación y de crítica sanitaria.

A su regreso del aprendizaje austríaco se reincorporó al Asilo-Hospital de San Juan de Dios y sus actividades ya han aparecido como ayudante de Riba de Sanz en este centro, en su sucursal de Calafell y en el de Manresa. En 1931 pasa a formar parte de la Junta de la Societat Catalana de COT como secretario y bajo la presidencia de Riba de Sanz y la vicepresidencia de San Ricart, siendo vicesecretario Mariano Soler Terol, todos ellos compañeros del mismo tipo de centros asistenciales ligados a la Orden de San Juan de Dios y al tratamiento de la tuberculosis. En febrero de 1932 es nombrado "médico efectivo" del equipo quirúrgico de la "Lucha contra la Mortalidad Infantil", organismo afiliado a la "Association Internationale pour la Protection de l'Enfance". En marzo de 1933 se le adjudica la plaza de cirujano ayudante de Riba de Sanz en el Asilo Hospital de San Juan de Dios de Barcelona y en junio del mismo año la dirección médica del Sanatorio de alta montaña de la misma orden en Manresa.



Nombramiento de Director de COT en el Sanatorio de San Juan de Dios en Manresa.

Como complemento de su trabajo quirúrgico se incorpora a la cirugía ortopédica y traumatología de la Quinta de Salud La Alianza en noviembre de 1933. Al año siguiente la Orden Hospitalaria le hace responsable de la cirugía ortopédica del asilo de Manresa y en esta situación llega al cabo de dos años el estallido de la guerra civil. Ya hemos referido al hablar de San Ricart el camino seguido hacia el extranjero para poder llegar al norte peninsular en zona nacional o franquista.



Cuerpo médico del Hospital Militar de San Sebastián durante la guerra. a) San Ricart, b) Ribó Rius.

El camino seguido hacia el extranjero para poder llegar al norte peninsular en zona nacional o franquista.

Durante la guerra civil lo encontramos en San Sebastián en el Hospital Militar junto a San Ricart organizando el tratamiento de los mutilados, como comentamos en la biografía de este último. El 25 de febrero de 1937 se encontraba destinado en Salamanca y allí le llegó con esta fecha una carta de A. Gallart de la Secretaría General del Jefe del Estado interesándose por la organización de clínicas de

recuperación de inválidos y de ortopedia en Madrid, para cuando el ejército nacional entrara en la capital, y anunciándole que el cirujano catalán Dr. Puig Sureda participaría en dicha organización, seguramente al modo de las que con San Ricart había creado en San Sebastián; le ruega que escriba a dicho doctor con dirección en el Hotel de La Perla de Pamplona. Tal fue el prestigio que consiguieron ambos cirujanos en la recuperación de inválidos en el hospital militar de San Sebastián.

Al término de la guerra regresa a Barcelona y es depurado "sin causa" y recibe un nuevo carnet de colegiado con el nº 280. Ganó una plaza de médico de la Beneficencia Municipal de Barcelona con la que completó sus economías. Su deseo de perfeccionamiento le llevó a visitar en dos ocasiones la cátedra parisina de cirugía ortopédica infantil del profesor Fèvre, en noviembre de 1949 y en junio de 1953 para asistir a cursos de actualización. En ambas ocasiones precisó de una carta del Colegio de Médicos apoyando su petición de permiso a la policía para salir de territorio español en estos términos: "teniendo en cuenta la valía y méritos del citado compañero, considera altamente interesante para la Ciencia Patria, la concesión del permiso de salida"; con idénticos trámites pudo asistir al Congreso Sicot 1951 en Estocolmo. Desde que estudió en Viena mantuvo una interesante correspondencia con profesores que había conocido en sus viajes y el archivo familiar conserva cartas que hemos podido leer y cuyos remitentes fueron Adolf Lorenz (Viena), Louis Ombredanne (París), Georges Rieunau (Toulouse), Carlo Marino Zuco (Roma), Jean Judet (París) , Lucien Michel (Lyon). En noviembre de 1946 había recibido el encargo por parte de la Orden Hospitalaria de elaborar una Memoria para que en el Asilo de alta montaña de Manresa se pudiera organizar un departamento de Cirugía Ortopédica completa y ya autónomo respecto del de Barcelona.

En 1950, al cabo de diez años de acabada la guerra civil, la corporación médica catalana empezó a poner en marcha las diversas sociedades de medicina, de cirugía y de especialidades que habían sido clausuradas con la victoria franquista y su nuevo orden. Con el esfuerzo de San Ricart como presidente y la ayuda de Ribó Rius como secretario reapareció nuestra sociedad con el nuevo nombre, entonces castellanizado, de Asociación de Cirugía Ortopédica y Traumatología de Barcelona. La amistad trabada con el profesor Fèvre explica que fuera elegido para presidir los actos de esta refundación. Durante cinco años fueron responsables de las actividades con la ayuda de Marcelo Castells Freixa y en 1955 reestructuraron la asociación y se eligió una nueva junta completa de seis miembros presidida por José María Vilardell Permanyer (presidente de la Secot 1951-53) para un bienio; estos ritmo y forma han llegado a nuestros días. A partir de entonces todos los catalanes que han sido presidentes de la Secot han sido antes presidentes de la Sociedad catalana de a COT.

El dominio de los idiomas alemán y francés hizo posible que tradujera algunos libros: Medicina de urgencias en los accidentes deportivos, de Félix Mandl de Viena (Editorial Marín, Barcelona 1926), La práctica ortopédica en el tratamiento de las fracturas, de Fritz Lange de Munich (Editorial Marín, Barcelona 1928), Crianza y educación de los niños (Editorial Juan Gili, Barcelona 1929). En su periódico La Veu de Catalunya había publicado artículos como Insistiendo sobre Sanatorios, Por una Semana Antituberculosa y Ensayo sobre Inspección Ortopédica Escolar, éste con motivo del Congreso Católico de Beneficencia de 1929. En la revista Española de Medicina y Cirugía aparecieron La prótesis para mutilados de extremidad inferior (1924), Prótesis de extremidad inferior (1924), Sobre trasplantaciones musculares (1925), Tratamiento precoz del pie varus-equino congénito (1927), Algunas consideraciones sobre los procedimientos de Robertson-Lavalle y de Albee (1928); en Ars Médica encontramos Diagnóstico röntgenológico diferencial entre osteomielitis y osteítis cística (1927) y El pie plano y su tratamiento ortopédico (1927). En el boletín del Sindicat de Metges de Catalunya informó sobre Organización de la Cirugía Ortopédica en los países centrales (1929) y en los Anales del Hospital de la Sta Cruz y San Pablo sobre Nueva técnica en el tratamiento del pie talus congénito (1930). En el año Vº de las Monografies Mèdiques se le ofreció el ejemplar nº 39 para

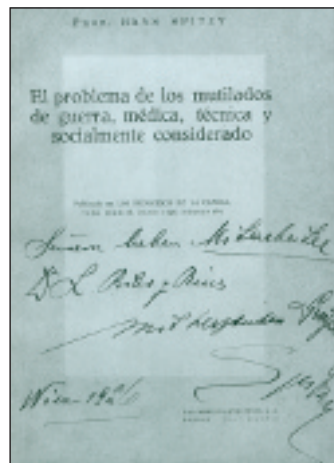
que explicara el “Tratamiento de las fracturas a los médicos en general”. Se trata de una colección publicada en catalán y en la justificación de su trabajo nos dice el autor que la finalidad es la de dar tan solo una idea del tratamiento conservador de las fracturas, el más adecuado en las circunstancias que envuelven al médico rural y con los medios de que puede disponer en su práctica. Se apoya en la aplicación de los principios ortopédicos que para el tratamiento de las fracturas actualmente rigen en servicios y clínicas especializadas y muy competentes, como son los que ha conocido de Lange, Spitzzy, Böhler, Ombredanne, Whitman; contribuye así a la difusión de aquellos métodos que aseguran, dentro de las posibilidades de cada caso, el mejor resultado funcional. Los capítulos que aparecen nos hablan de generalidades en el tratamiento, de fracturas de la extremidad inferior, de pelvis y columna, de cráneo y tórax, de extremidad superior y de fracturas patológicas y de patología del callo. El texto ocupa casi setenta páginas.

En 1934 publicó otra monografía en catalán dirigida esta vez a las madres con el título “Evitar las deformidades de los niños. Consejos a las madres” (Librería Catalonia, 1934). En el prólogo el profesor Corachán resalta el vacío que llena esta obra en la literatura médica de divulgación. Precisa el contenido de la Cirugía ortopédica que estudia la manera de conservar las funciones motrices del cuerpo humano y con ellas su forma, así como también la manera de curar las deformidades de nacimiento o aquellas que más tarde se presentan solas o como consecuencia de enfermedades. Este concepto resulta muy diferente del que la gente tiene de la Ortopedia, que evoca no una ciencia sino un conjunto de aparatos adosados al cuerpo humano para tratar ciertas enfermedades y deformidades, y a lo sumo, el hombre que los vende o el mecánico que los fabrica. Es necesaria –prosigue- la comprensión entre el enfermo y quienes le rodean, por un lado, y el médico ante un problema que tiene que resolver, por otro. La confianza es imprescindible para curar a un enfermo ya que proporciona ayuda psíquica, y si bien es el médico quien ordena un tratamiento, son el enfermo y su familia quienes lo tienen que cumplir. Esta situación resulta más importante aún en cirugía ortopédica porque sus afecciones piden, para curarse, tiempo y paciencia, y no debe seguirse nunca a quien promete una curación fácil y mucho menos a los intrusos que curan con procedimientos fantasiosos; hay que seguir un buen consejo, por difícil que sea el llevarlo a la práctica y jamás enamorarse de un consejo fácil de realizar.

Ribó Rius titula la introducción “Un ruego a las madres” y la empieza preguntando ¿Verdad que si os dijeran, como en los cuentos de hadas, donde podríais encontrar el mágico secreto para que el cuerpo de vuestros hijos creciera con perfección y armonía, limpio de todo defecto físico, caminaríais leguas y más leguas, sin quejaros del esfuerzo ni del sacrificio, para encontrar, ávidas, este deseado tesoro? Pues bien, no os hará falta el esfuerzo heroico que se exige a los personajes imaginarios de los cuentos para alcanzar este anhelado secreto. Bastará un poco de buena voluntad y de cultura médica para ofrecer a vuestros queridos retoños aquella normalidad física que, al lado de una buena formación moral, son para una madre las más preciadas joyas. Buena voluntad y algo de paciencia para leer esta obra médica... despojada de modismos técnicos, que se os presenta con lenguaje entendedor... al alcance de todo aquel que quiera documentarse medianamente sobre los problemas vivos y trascendentales de la higiene infantil. Las deformidades que pueden afear el cuerpo de los niños y trastornar su funcionamiento... se podrían curar si fuesen descubiertas en su tiempo oportuno... tarea muy principal de la madre.

En las generalidades explica el contenido y desarrollo de nuestra especialidad y en qué consiste la colaboración de la madre en la lucha contra las deformidades. Después en diversos capítulos habla de las alteraciones congénitas de la cadera, de los pies, del tortícolis, de las deformidades adquiridas, del raquitismo y sus formas y de la tuberculosis en general y osteoarticular en concreto. Concluye la monografía con un capítulo cuyo título es “Piedad para los niños tuberculosos”. Ensalza las compañías a favor de la lucha antituberculosa y la red de consultorios llamados “Dispensarios Blancos” dirigidos

por su compañero de promoción Xalabarder y cuyo nombre es acorde con la designación de peste blanca atribuida a la tuberculosis; recuerda sus artículos en La Veu de Catalunya sobre la cuestión sanatorial, tan ligada a la lucha antituberculosa, en los que escribió "Que consuelo para los niños de Castilla que ya tienen acogida en los sanatorios levantados en la falda del Guadarrama" y pone de manifiesto que es una vergüenza para los catalanes que aquí no existan centros parecidos con la ayuda de la solidaridad pública y de la beneficencia estatal. Solamente la ayuda de religiosos ha venido a paliar el déficit al crear los centros de Manresa y de Calafell y el de la Barceloneta. Pide que se acabe con esta indiferencia, que la gente se conciencie y que no sea mezquina, que termine la insensibilidad ante la realidad dolorosa. Se refiere a los sanatorios que la beneficencia y la sanidad del estado han creado en Górlitz (Bilbao), en Pedrosa (Santander), en Oza (La Coruña) y en La Malvarrosa (Valencia). Recuerda las palabras amargas que le dijo el doctor Roig y Raventós, entre nosotros conocido pediatra y novelista catalán, "Es triste, pero es preciso decirlo: los hombres ricos, con una pequeña excepción, desconocen la realidad de estas cosas; tendrían que vivir las miserias de los hospitales y los sufrimientos morales del tuberculoso pobre; solamente entonces serían generosos. Hay que aportar nuestro entusiasmo y adhesión –concluye- para que la lucha contra el terrible flagelo, tan extendido entre los pobres, tenga la máxima eficacia. Finis".



Prof. Hans Spitzg, maestro de Luis Ribó. Su libro que inspiró la unidad de mutilados de guerra en San Sebastián.



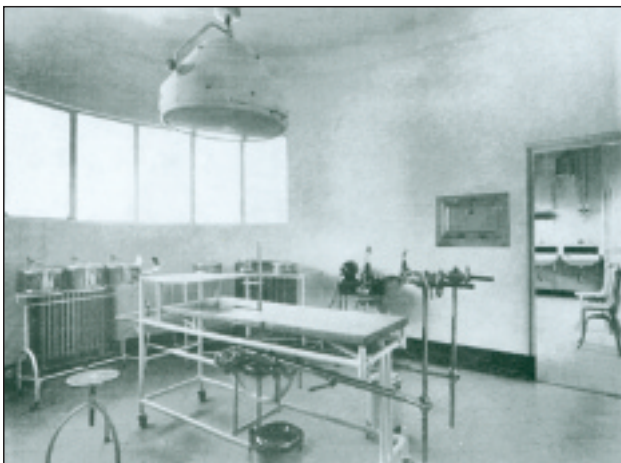
Helioterapia de alta montaña en la terraza del hospital con los picos del Montserrat al fondo.

Como miembro de la Academia de Ciencias Médicas por serlo de la Sociedad Catalana de COT participaba en los Annals de Medicina, su órgano o revista oficial; también ocurría lo mismo con el boletín del Sindicat de Metges de Catalunya, al que estaba afiliado; otro tanto con las Monografies Mèdiques, en las que publicó el nº 39. Pues bien, estas publicaciones se enviaban a los diversos colegios de médicos y otras entidades médicas españolas y a alguna biblioteca española y extranjera, para divulgación y conocimiento, y su recepción hacía pensar en general que existía una tolerancia hacia la publicación en catalán. Sin embargo en un artículo de los Annals se refieren las respuestas de algún que otro colegio –fueron cuatro- diciendo "devuélvase a su procedencia por no entender el dialecto en que está escrito", "respuesta escrita en caló del presidente del colegio de médicos de...", "escriba usted en castellano, mal español", "envíenos un profesor de esta lengua universal". El editorial ensalza la cantidad de suscripciones recibidas de tierras valencianas y el que la mayoría de entidades españolas "no contestaron con estas truculencias". Estábamos en 1930, pronto hará un siglo, y creo que la convivencia y la tolerancia entre las culturas españolas ha mejorado mucho.

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Cataluña le nombró Miembro correspondiente el 14 de diciembre de 1965 y su discurso preceptivo versó sobre "El tratamiento incruento de la luxación congénita de la cadera", un texto de 25 páginas en el que explica la epidemiología de este proceso, sigue su anatomía patológica tanto de las lesiones primitivas como de las secundarias y las lesiones

de la luxación permanente ya establecida; comenta el proceso diagnóstico y las indicaciones de la artrografía para tomar una decisión terapéutica y sigue las recomendaciones de Fèvre para no aplicarla en el lactante y sí entre los 15 meses y los 5 años y rechazarla a partir de esta edad . Expone el tratamiento profiláctico y define la clínica de la cadera luxante. Basándose en la imagen artrográfica del istmo explica la clasificación del estado evolutivo del proceso de la luxación. Para atajarlo opta por los procedimientos de su maestro Lorenz que reduce e inmoviliza con yeso pelvisúrico en las llamadas posición primera y posición segunda.

Solía dar conferencias en patronatos y escuelas dirigidas a madres y padres sobre temas de ortopedia infantil y sobre prevención de las deformidades. Se conserva el manuscrito de una de ellas sobre la postura humana siguiendo observaciones en esculturas, empezando por el análisis de un cuerpo de Praxiteles en el que explica las curvas del raquis, la forma de la ensilladura lumbar, la inclinación de la pelvis y la función de la musculatura abdominal, con anotaciones al margen del manuscrito para acordarse de la proyección de la correspondiente diapositiva. A partir de aquí traslada las explicaciones a las actitudes de los escolares con su cifosis dorsal y su lordosis lumbar condicionadas por el uso de carteras suspendidas entre los hombros o en forma de bandolera. Analiza los diversos tipos de vientres desde el plano con buena musculatura hasta el flácido y péndulo y la responsabilidad de la musculatura de los hombros y de los pectorales en el control del tórax. Al final expone los ejercicios gimnásticos recomendables para corregir las actitudes viciosas y reforzar la musculatura responsable de las posturas incorrectas.



Quirófano del Hospital de San Juan de Dios de Manresa en 1952.



El Doctor Ribó Rius en 1971.

El doctor Ribó se jubiló de su vida hospitalaria a los 75 años de edad pero añoraba el ejercicio de su profesión vocacional y el contacto con los enfermos, de modo que durante quince años visitaba en dispensarios benéficos de instituciones religiosas de forma gratuita. Sufrió en 1990 un cáncer de páncreas de evolución rápida en el que la intervención quirúrgica no pudo hacer nada para atajarlo y el día 15 de marzo de este año falleció.

POST SCRIPTUM.

Al terminar este primer capítulo de biografías ya hemos podido apreciar el papel que ha desempeñado en el nacimiento de la cirugía ortopédica española el establecimiento de asilos y hospitales para niños por parte de la Orden Hospitalaria y más adelante para niñas a cargo de las Hermanas Hospitalarias fundadas por el padre Benito Menni, quien a su vez fue el reintrodutor de los Hermanos Hospitalarios que habían sido expulsados por la "desamortización" de Mendizábal. En otras biografías de cirujanos irán apareciendo sus actuaciones en estos centros a lo largo y ancho de toda la geografía española y alguno de ellos con la misma intensidad que la comentada en la

vida de estos barceloneses San Ricart, Riba de Sanz, Ribó y Rius y Soler Terol y más recientemente Viladot, Esteve de Miguel y Minguella, sin omitir los muy dignos sucesores actuales en los cargos de responsabilidad de los diversos centros que han sido modernizados y que son pilares “concertados” de la sanidad pública española. La gentileza de la responsable de comunicación de la Curia de la Orden de San Juan de Dios, doña Noelia Sánchez Carrión, ha hecho posible que la Secot recibiera el listado de los hospitales españoles que han sido fundados por esta Orden Hospitalaria y que transcribimos:

- San Juan de Dios de Santurce en Bilbao.
- Hospital de San Rafael en Madrid.
- Hospital Santa Clotilde en Santander.
- Hospital San Juan de Dios en San Sebastián.
- Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu en Barcelona.
- Sanatorio Marítimo de Calafell en Barcelona, desaparecido.
- Hospital Sant Joan de Déu de Manresa.
- Hospital Sant Joan de Déu de Palma de Mallorca.
- Hospital de San Juan de Dios de Valencia.
- Hospital de San Juan de Dios de Murcia, desaparecido.
- Hospital de Granada.
- Hospital de Jerez.
- Hospital de Córdoba.
- Hospital de Sevilla.
- Hospital de Tenerife.

Con motivo del 125 aniversario de la fundación del hospital Sant Joan de Déu de Barcelona se publicó en 1995 la estadística de la Curia General (Roma, Isola Tiberina) sobre la presencia de los hermanos de San Juan de Dios en el mundo y de ella tomamos estos datos: religiosos 1.647, colaboradores 23.491, camas 30.243, centros hospitalarios 197, de los cuales mantienen relación directa o colateral con la cirugía ortopédica y traumatología los siguientes:

– hospitales generales..... 48	– cirugía general 6
– institutos de rehabilitación 20	– institutos ortopédicos..... 3
– ambulatorios..... 10	– sanatorios antituberculosos 1
– hospitales pediátricos 9	– institutos de terapia balnearia 1

La magnitud de esta presencia es muy importante y seguramente en todos los ámbitos donde se ha establecido ha jugado un papel análogo al que he narrado acerca de los cirujanos españoles. Su influencia en el desarrollo de la cirugía osteoarticular ha sido evidente entre nosotros y algunos miembros fundadores de la Secot llegaron a este 1935 gracias a la experiencia acumulada con su trabajo en centros de San Juan de Dios. Tengo el recuerdo de mi visita al Hôpital de Saint Jean de Dieu en Paris, donde el doctor Ducroquet había ideado la primera “cinta de marcha”, que él divulgó en su libro La Marche. Se trataba de un pasadizo o plataforma para andar sobre espejos que permitían observar las pisadas y el balanceo pélvico y debajo de otros espejos que permitían ver la oscilación de los hombros, con posibilidad de filmación mediante una cámara montada sobre railes que seguía el andar del paciente. Era el año 1965 y posteriormente fue copiada por otros cirujanos y entre nosotros por Viladot, también en uno de estos centros vinculados a la orden hospitalaria. Es justo que este remedo de historiador de su propio oficio, que yo intento representar, dé humildemente las gracias a Juan Ciudad por haber abierto al mundo como San Juan de Dios el “carisma de la hospitalidad” en sus instituciones donde “los sentimientos profundos de las personas, tanto de los enfermos y de sus familias como de los propios hermanos y de los profesionales, se encuentran a diario con el misterio del dolor del inocente” , en palabras de José Luís Fonseca, Hermano Provincial en 1995.

JOAQUÍN TRIAS PUJOL

(1887-1964)

INFANCIA Y JUVENTUD

El profesor Joaquín Trias Pujol, hijo de Ramón Trias Pérez y de Concepción Pujol Costa, nació en Badalona el 4 de diciembre de 1887 y su hermano Antonio cuatro años más tarde en el seno de una familia bien situada en su ciudad. El padre había sido oficial de la marina civil pero abandonó esta carrera para ocupar el cargo directivo de una importante industria de la población, lo cual le evitó las largas ausencias del oficio marinerero. Ambos se educaron en una misma escuela primaria badalonesa, después estudiaron el bachillerato en el Instituto de Badalona y finalmente ambos se matricularon en la Facultad de Medicina de Barcelona. Ya que ambas ciudades no son muy distantes –pero sin contar con los transportes públicos actuales- se trasladaban a la facultad diariamente.

La época en que nacieron fue seguida de las guerras coloniales en las que se liquidó lo poco que quedaba de un antiguo imperio y que acabaron en el llamado “desastre colonial”. Se desveló la falsedad de la situación histórica española y se produjo en la sociedad un gran impacto que dio nacimiento a la “generación del 98” en la España castellana, pero no así en Cataluña, que desarrolló la industrialización, ahondó en el catalanismo, se expresó la “renaixença” cultural y vio nacer el arte modernista. En este entorno político y cultural crecieron ambos hermanos.

En el mundo médico esta época corresponde a los grandes cambios y avances que introdujeron Pasteur, Claude Bernard, Lister, Semmelweis y que en la cirugía repercutieron abriendo el campo de la investigación fisiológica y el de la lucha antimicrobiana. En Barcelona dos cirujanos, Fargas y Cardenal, aplicaron los nuevos principios científicos y beneficiaron a los enfermos con una gran caída de la mortalidad que, según estadísticas de la época, bajó de un 80% a casi un 10%. Entonces empezó la nueva era quirúrgica –llamada “antiséptica” en sus inicios- que en nuestros días estamos viviendo.

Los hermanos Trias Pujol estuvieron siempre unidos por un gran amor fraterno que persistió a lo largo de sus vidas con caminos tan paralelos que se hace difícil explicar en lo científico la de uno sin contar con la del otro. Compartieron su formación, sus ideales y sus objetivos en la vida social y universitaria y finalmente el destino adverso en la postguerra. Aunque entre ambos había una diferencia de edad de casi cuatro años, que en la infancia y en la adolescencia se hacen notar, tenían fama de inseparables porque siempre iban juntos. Joaquín representaba para Antonio un auténtico mentor que durante el bachillerato le repasaba los deberes y las lecciones. En los días festivos juntos hacían excursiones por los alrededores de Badalona, solos o bien con algunos amigos, que se maravillaban de esta especie de fenómeno psicológico que llamaba la atención.

La Universidad que encontraron era provinciana, burocratizada e hija de las oposiciones memorísticas que tenían que celebrarse en Madrid. Se trata de una estructura docente de corte napoleónico que había dado frutos por lo que de innovadora fue cuando entró en vigor, pero que al cabo de un siglo empezaba a ser cuestionada en algunos sectores críticos. Tal estado de opinión se concretó en el debate académico del Primer Congreso Universitario Catalán celebrado en el Palacio de Bellas Artes de Barcelona en 1903. Se debatieron la causa de la incapacidad universitaria para adaptarse a su tiempo y se sentaron las bases de las reformas necesarias para actualizarla. Lo hicieron bajo el lema del obispo Torras y Bages: “El día en que la universidad sea catalana empezará verdaderamente el renacimiento de Cataluña”. Recordemos que en 1714 el nuevo rey borbón Felipe, nieto de Luis XIV rey Sol francés, clausuró las siete universidades catalanas y mando construir una nueva en Cervera, que resultó ser en lo intelectual una nulidad. Hubo que esperar siglo y medio para que se pudiera restaurar la universidad y solamente en Barcelona. La resurrección universitaria e intelectual fue lenta después de tan largo período de castigo y llegados al período de la “renaixença” se reclamaba

su calidad y su incorporación al país, es decir, su catalanidad porque era totalmente castellanizada. El debate entre la uniformidad centralista y la diversidad histórica subsiste en la España moderna hasta nuestros días. Joaquín Trias Pujol vivió este congreso al final de su bachillerato y participó en el entusiasmo general.

Vale la pena recordar las conclusiones a que llegaron los debates mantenidos entre profesores y estudiantes por lo innovadores y atrevidos que nos parecen al haberse formulado hace un siglo:

- Que la Universidad de Barcelona debía ser a Universidad Catalana.
- Que el Estado tenía el deber de ayudarla y mantenerla en bien del ciudadano.
- Que los profesores numerarios podrían ser elegidos directamente.
- Que los profesores ayudantes, de carácter temporal, lo serían por oposición.
- Que la Universidad tendría que extenderse a otros centros catalanes creando en estas ciudades alejadas de Barcelona delegaciones, cursos, conferencias, para elevar el nivel cultural y acercar la docencia a la población.

Poco podrían suponer estos hermanos que al cabo de tres décadas ellos serían paladines y grandes protagonistas de tales principios de reforma universitaria. Pero fue necesario aún un segundo congreso de los universitarios catalanes en 1917, entre cuyos profesores organizadores encontramos al ya profesor Trias Pujol junto al gran fisiólogo profesor Augusto Pi y Suñer. Este congreso enlazó doctrinalmente con el primero y se reglamentó el proyecto de la Universidad modélica de Cataluña.

Poco podrían suponer estos hermanos que al cabo de tres décadas ellos serían paladines y grandes protagonistas de tales principios de reforma universitaria. Pero fue necesario aún un segundo congreso de los universitarios catalanes en 1917, entre cuyos profesores organizadores encontramos al ya profesor Trias Pujol junto al gran fisiólogo profesor Augusto Pi y Suñer. Este congreso enlazó doctrinalmente con el primero y se reglamentó el proyecto de la Universidad modélica de Cataluña.

En la Facultad de Medicina no todo era desastre porque ya se habían creado escuelas innovadoras como el Instituto de Fisiología de Cataluña, dirigido por Augusto Pi y Suñer, catedrático de fisiología, y por el profesor Bellido de farmacología en el período preclínico; como las Clínicas de los profesores Miguel Fargas de ginecología y Bartomeu Robert de patología médica. En el Instituto de Fisiología se impartió una docencia práctica en el laboratorio, en las clínicas los segundos utilizaron el método inductivo con un paciente presente en las lecciones para ser examinado y para permitir posteriormente la discusión de su enfermedad, la emisión de un diagnóstico y la formulación de un tratamiento. Los hermanos Trias Pujol descubrieron con estos profesores el método clínico, fruto de la observación y del análisis de los datos que ofrece la naturaleza, y jamás lo abandonaron en su docencia; es más, lucharon para hacerlo extensivo a otros ámbitos de la enseñanza médica.

Joaquín Trias Pujol al final de sus estudios de Medicina vivió la revolución de 1909, llamada en Cataluña la "semana trágica", con su quema de conventos e iglesias, sus exclaustraciones y sus profanaciones de tumbas de clausura. Desde Badalona se divisaban las humaredas de los incendios provocados ante la pasividad del ejército que patrullaba y que estaba a las órdenes del Capitán General de la Región militar. El gobernador civil Sr. Osorio y Gallardo dependía del ministro de gobernación Sr. La Cierva en el gabinete del Presidente Sr. Antonio Maura y al solicitar órdenes ante las huelgas provocadas por el embarque de tropas hacia África fue relevado de sus responsabilidades y se declaraba el estado de excepción bajo el control del ejército. Según Osorio el jefe de la guardia civil había manifestado que con cincuenta hombres podía acabar con los desmanes y que no entendía aquellas órdenes absurdas e indignantes. Cambió la táctica al cabo de una semana y el ejército acabó rápidamente con la situación anárquica en la calle. Los profesores Fargas y Robert vivieron intensa y directamente los acontecimientos de lucha política por su implicación en las responsabilidades cívicas. Fargas fue uno de los fundadores de la Lliga Regionalista en 1900 y llegó a ser su vicepresidente, presidió el primer congreso de Médicos de Lengua Catalana (1913), presidió la sección de ciencias del Institut d'Estudis Catalans (1911-16) y fue senador por Barcelona (1914-16). Robert fue vicepresidente del Congreso Médico Internacional de Barcelona (1888), presidente de la Sociedad de Amigos del País (1898) y alcalde de Barcelona (1899). Estas vidas testimoniales influyeron en el espíritu de Joaquín Trias Pujol y su posterior biografía demostró que la actividad que desarrolló y

los cargos que desempeñó se encontraban en la misma línea vital de aquellos maestros; la simiente había caído en buena tierra.

El alumno Joaquín Trias Pujol se licenció en 1910 e inmediatamente se marchó a Madrid para estudiar las asignaturas de doctorado y al año siguiente se doctoró con una memoria sobre "Lipoides y su importancia en biología".

Hemos tenido acceso a su "curriculum vitae" universitario de Medicina y contabilizamos en él las notas siguientes: aprobados 3, notables 2, sobresalientes 22, matriculas de honor 10, grado de licenciatura con sobresaliente y premio extraordinario de Licenciatura (10 noviembre 1910). Terminó los estudios de Licenciatura en Farmacia (14 junio 1910) con la calificación de aprobado.

VIDA MILITAR

Ésta nos es conocida con detalle gracias a la copia de su Hoja de Servicios que la familia consiguió del Archivo Militar de Segovia. La primera página corresponde al Cuerpo de Sanidad Militar y Academia Médico-Militar en la que entró el 25 de febrero de 1911 y en el Certificado leemos:

"Don José Sánchez y Sánchez, Médico Mayor del Cuerpo de Sanidad Militar y Jefe del Detall de la Academia Médico Militar de la que es Director el Subinspector Médico de 1ª clase Sr. D. Jaime Sánchez Lapresa, Certifico: Que la antecedente hoja de servicios corresponde al Médico 2º D. Joaquín Trias Pujol abierta a su salida de esta Academia con el citado empleo en fin del presente mes.

Madrid 30 de junio de 1911".

Su primer destino fue la Brigada Sanitaria en Barcelona pero el 18 de octubre del mismo año pasa al Regimiento de Infantería de la Reina nº 2 en Málaga, donde tuvo como primera misión el traslado de un centenar de heridos procedentes de Marruecos hasta el Hospital Militar de Sevilla. Este destino continuó hasta últimos de año con la función de servicio médico de guarnición. El día 29 de diciembre recibe la orden de trasladarse en comisión a los Hospitales Militares de Sevilla y se pone al mando de una Ambulancia Montada, con lo que empieza su campaña de África que durará dos años. Pasó a prestar servicio en el 3º Grupo de Hospitales, haciéndose cargo del Servicio de Guardia y como Ayudante de las Clínicas de Heridos. Con la Ambulancia Montada acudió a las zonas de combate de Ihaduman, Bucherit, Laumar, Ishafen, Ullad-garnen y Legaugan, según consta en los informes. Atendía a los heridos, los recogía y los trasladaba a la retaguardia, dando muestras de

valor cuyo reconocimiento le valió ser condecorado. Así transcurrió el año 1912 con una dedicación casi exclusiva a la cirugía de guerra.

El 4 de enero de 1913 es nombrado Jefe de Sanidad de la Posición de Legaugan, pero a últimos de mes es requerido en Madrid donde se traslada en ambulancia y permanece allí hasta el 8 de mayo; se reincorpora a su destino africano que ahora será la Plaza de Ceuta con órdenes para "la organización que en dicha Soberana disposición se detalla". Y al día siguiente de su llegada en ambulancia, el 10 de junio, salió "con una columna mandada por el Excmo. Sr. Gral. de Brigada D. Miguel Primo de Rivera para tomar la posición de Laucien, regresando el mismo día a Tetuán con los heridos y muertos que hizo entrega al Director del Hospital de dicho puesto". En los días siguientes y en cinco nuevas ocasiones recogió los heridos en combate y en una de las misiones "se entabló combate antes de llegar a dicha posición, matándole el enemigo el caballo que montaba y después de curar a los heridos habidos en el encuentro continuó la marcha para Laucien, haciéndose cargo de la enfermería



El capitán médico Trias Pujol durante su época de guerra en el Rif.

de este puesto; el día 17 salió con convoy de heridos para Tetuán y el 18 volvió a regresar". El informe de su hoja de servicios prosigue: "El día 19 y a petición propia salió con la columna del Coronel Sr. García Moreno con dirección a Benzal asistiendo a los heridos que hubo durante el combate, regresando a Tetuán el día 21 de donde salió para Ceuta el día 24 con un convoy de heridos".

A primeros de 1914 solicita permiso por asuntos propios, le es concedido y se traslada a Madrid donde consta que tuvo la baja por enfermedad y fue apartado de servicios, aunque destinado al Batallón de Cazadores de Ibiza nº 19. A últimos de año se reincorporó al servicio activo y fue destinado al Regimiento de Infantería de Almansa en Tarragona hasta octubre de 1915 en que es trasladado a Barcelona, donde se le encarga la asistencia facultativa del 4º Regimiento de Zapadores Minadores y después del 9º Regimiento Montado de Artillería. El 9 de enero de 1916 sale para Tortosa con el fin de practicar el reconocimiento de reclutas de dicha localidad durante un período de tres semanas. El día 25 de enero de 1916 recibe la notificación de que el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes le había concedido una pensión de dos meses para estudiar la organización y funcionamiento de los Institutos Anatómicos en Suiza. Estuvo en Berna y a su regreso opositó a la cátedra de Técnica Anatómica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada; la ganó y fue nombrado Catedrático Numerario por Real Orden del 10 de abril 1916. El día 7 del mismo mes había recibido orden de reincorporación con destino en Ceuta pero solicitó la excedencia en el ejército y el día 16 de julio regresa a la península en situación de "supernumerario sin sueldo". Obtiene licencia para contraer matrimonio con Margarita Rubiés Monjonell por Real Orden de 16 de agosto, y por otra de 3 de octubre se le autoriza para trasladarse y residir durante 10 meses en Ginebra (Suiza) con el objeto de ampliar sus estudios profesionales. A su regreso siguió dedicado a la Universidad y en el ejército como "supernumerario sin sueldo". El 18 de febrero de 1918 el Excmo. Capitán General de la 2.ª Región le concede el traslado de residencia para Zaragoza por haber obtenido la misma Cátedra que desempeñaba en Granada ahora para la Universidad de Zaragoza por concurso de traslado. El 29 de junio del mismo año una nueva ley varía la denominación del empleo en la Sanidad Militar y pasa a ser Capitán Médico y apto para ascenso a Comandante. Por nuevo concurso de traslado pasa a ser Catedrático de la misma materia en la Facultad de Medicina de Barcelona y "por disposición del Excmo. Sr. Capitán General de la citada Región de fecha 8 de enero de 1919 se le concede traslado de residencia para Barcelona y en dicha situación finó el año". Consta en la 4.ª Región en idéntica situación durante todo el año 1920.

En 1921 continúa en esta misma situación hasta que por Real Orden de 6 de octubre "se dispuso que por necesidades del servicio pasase de supernumerario sin sueldo en la 4.ª Región a disponible en la misma y destinado en comisión al 21 Tercio de la Guardia Civil". Y a los pocos días por otra "Real Orden del 27 del propio octubre se le nombró Jefe del 20.º Equipo Quirúrgico para atender a la asistencia de enfermos y heridos del Ejército de África con destino en el Hospital de Madrid-Carabanchel del que se hizo cargo". El 21 de diciembre quedó disuelto el Equipo Quirúrgico y regresó a Barcelona destinado al Hospital Militar. Por Real Orden de 27 de junio de 1922 se le destinó a la Comandancia de Artillería de Gran Canaria donde no se incorporó porque con fecha 14 de julio se le restituyó su condición de supernumerario sin sueldo. Por Real Orden del 29 de septiembre del 1922 fue destinado al Batallón de Cazadores de Figueras n.º 6 al que no llegó a incorporarse por haberle sido concedida la separación del servicio activo y causó baja en el ejército el 31 de octubre de 1922. Su permanencia en el ejército consta así: Total de servicios efectivos hasta fin de octubre de 1922, 11 años, 8 meses y 6 días.

Su actuación como cirujano militar le valió varias condecoraciones: Cruz de 1.ª clase del Mérito Militar con distintivo rojo (1912), Medalla de Melilla (1913), Cruz de 1.ª clase del Mérito Militar con distintivo rojo pensionado (1913), Cruz de 1.ª clase de la Orden de María Cristina (1914), Cruz del Mérito Militar con distintivo rojo (1916) y Medalla Militar de Marruecos con pasador de Tetuán (1917).

El joven Joaquín Trias Pujol al ingresar en la Academia Médico Militar rompió con un entorno local y personal del que le convenía alejarse durante un tiempo y los azares de los destinos militares que tuvo después le crearon condiciones de vida que forzosamente modelaron su joven personalidad a los veinticuatro años. A quienes entran en contacto con la guerra, la dureza vital del día a día y la visión cercana de la muerte en las horribles horas del frente de batalla les marca el carácter de forma indeleble; a unos les acaba fortaleciendo, mientras que a otros les sume en la depresión y a los más débiles puede llevarles a la locura, como pude experimentar personalmente después de la guerra de Sidi Ifni. Su valentía queda demostrada en el reconocimiento de que llegó a ir voluntariamente a las cercanías de las acciones militares para recoger y atender a los heridos, a sus soldados y oficiales. El valor, la generosidad y la tenacidad son un eficaz bagaje para el resto de la vida y un hecho diferencial entre los hombres. Sería hartos difícil llegar a comprender el devenir de nuestro joven Profesor deslindándolo de sus íntimas experiencias de esta época.

Debemos referir dos acontecimientos de su vida en África, anecdótico el uno y perenne el otro. El primero corresponde a un herido con perforación del hígado en sedal que él trató y que sobrevivió y cuyo nombre era el de Francisco Franco Bahamonde; pero sí que fue de gran trascendencia dicha supervivencia.

Hemos podido conocer algunos pormenores de esta herida gracias a la documentación obrante en los archivos privados de la familia del general Gómez Seco. Se resume así:

“El primero de Mayo de 1916 el Grupo de Fuerzas Indígenas Regulares de Ceuta n.º 3 marcha a Tetuán y el 24 se traslada a Alucien para formar parte de columna de protección al Alto Comisario durante la entrevista con el Sherif Er Raisuni. Es durante el mes de junio cuando esta formación tiene su bautismo de sangre en el combate de Biutz el día 29, fiesta de San Pedro. Toman parte en estos combates todos los Tabores del Grupo, tanto de Caballería como de Infantería. El Tabor de Caballería recibe la orden de ocupar la Loma de las Trincheras tenazmente defendida por el enemigo.

Así mismo, los Tabores de Infantería reciben la orden de tomar la llamada “casa del impacto” y siguen la avanzadilla hasta las primeras casas de Biutz. En esta formación iba Franco como capitán”.

“La victoria se cobró muchas víctimas tanto de infantes como de caballeros, pagando un altísimo tributo tanto en muertos como en heridos. Murió el Comandante Jefe del Tabor de Caballería Don Enrique de Vega y varios mandos más y resultando heridos entre otros, el teniente de caballería Don Julián Gómez Seco (a quien debemos estas memorias) y el capitán de infantería Don Francisco Franco Bahamonde. Hay que tener en cuenta que al final de 1915 de los 42 jefes y oficiales, todos voluntarios de las Fuerzas Indígenas, sólo quedaban ilesos siete, entre ellos Franco. Durante la batalla del Biutz Franco fue herido de gravedad en el vientre, por ráfaga de ametralladora, y tal era la gravedad de sus heridas que no se le pudo trasladar, siendo atendido en la posición del Biutz. Hasta allí fueron sus padres avisados de una muerte segura de su hijo. Tenía entonces 22 años.”

En la biografía de Franco escrita por Joaquín Arrarás leemos:

“... al ocupar Biutz sostuvieron un combate durísimo... En las tropas de Ceuta iba Francisco Franco... Recuerda que en aquel momento recogió del suelo el fusil abandonado por un regular herido y que lo cargó para utilizarlo. Dio unos pasos y se desplomó con el vientre atravesado por un balazo. “Sentí –dirá años después- como si de pronto me hubieran aplicado un sinapismo ardiente que me abrasaba, cortándome la respiración.” Pero aún encontró alientos para seguir dirigiendo el ataque... La herida era muy grave y Franco quedó en la posición, pues los médicos le prohibieron que fuera evacuado a un hospital, temerosos de que muriera en el camino. Los padres llegan a Biutz con el presentimiento de no hallar vivo a su hijo. “Cuando se habla de ‘los médicos’ entendemos que uno fue Joaquín Trias Pujol y otro, según hemos podido saber, Fidel Pagés, que ideó una anestesia por vía sacra epidural, conocida con su nombre y con el de Dogliotti.

Una tercera fuente documental sería el libro "Historial del 3.er Grupo de Fuerzas Regulares Indígenas" en el que José Varela, teniente coronel en 1926, refiere meticulosamente el nombre de todos los jefes y oficiales muertos en combate, con lugar y fecha, y también el de los heridos entre 1912 y 1926. En total murieron 84 en la oficialidad y 879 entre la tropa y fueron heridos 170 entre los primeros y 3.105 entre la tropa; en total 4.238 bajas. Pero al referirse a la batalla de Biutz del 29 de junio de 1926, siendo entonces Jefe del Grupo el teniente coronel laureado José Sanjurjo, nos dice:

"El Tabor de Caballería, a cuyo frente va aquel joven caudillo del Arma, que fue el Comandante Don Enrique de Vega y Ramírez de Cartagena, recibe orden de ocupar la Loma de las Trincheras, tenazmente defendida por el enemigo... y siguen avanzando hasta ocupar las primeras casas de Biutz. La victoria coronó el esfuerzo de infantes y jinetes, pero unos y otros pagaron doloroso tributo de sangre, contándose entre las bajas, muertos, el Comandante Jefe del Tabor de Caballería, el Capitán del primer Escuadrón Don Eduardo Jiménez Peña y el Teniente Don Diego Pachero Barona, que conquista la gloriosa Cruz de San Fernando en este hecho de armas; heridos lo fueron los Tenientes Don Benigno Loma Arce y Don Julián Gómez Seco". Después de tan exacta descripción de los hechos Varela omitió a Franco entre los heridos. Varela ascendió a Coronel en 1929 por méritos de guerra, obtuvo dos Laureadas de San Fernando, fue ministro del ejército desde 1939 hasta 1942 en el primer gobierno de Franco y Comisario General en Marruecos en 1945.

El segundo acontecimiento es de gran calado para el futuro de su vida profesional y es la coincidencia de la campaña de África con otro cirujano militar que era Manuel Bastos Ansart, con quien creó una amistad hasta el final de sus días. Nuestra Sociedad es un importante hito de esta convivencia y los posteriores acontecimientos de guerra acabarían llevándoles a situaciones paralelas.



El Mariscal Pétain y el General Primo de Rivera prepararon el desembarco conjunto del 8 de septiembre de 1925 que permitió acabar con la guerra del Rif.

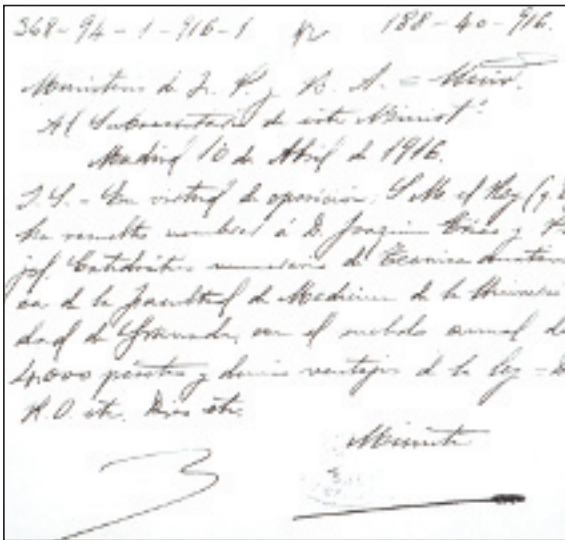
Sorprende que durante las campañas militares de la guerra fuera preparando su futuro con tal clarividencia que pudiera obtener becas para su objetivo real que era la vida docente en la universidad. Su enfermedad en Madrid durante 1914 fue providencial para gozar de la tranquilidad y estabilidad de ánimo suficientes para preparar las oposiciones que había firmado estando destinado en África. La segunda beca de estudios en Ginebra y su traslado a Zaragoza demuestran que con habilidad pero con corrección académica se iba acercando a su meta final que no era otra que la Universidad de Barcelona y a últimos de 1918 se incorporó como Catedrático a su Facultad de Medicina. En 1926 pasó a ocupar la Cátedra de Terapéutica Quirúrgica y en 1931 la de Patología Quirúrgica. No sabemos cuándo Trias Pujol programó y perfiló sus objetivos

pero es evidente que al entrar en la Academia Médico-Militar ya los tenía en su mente y que a lo largo de su trabajo en el Rif los puso en marcha. Su primer permiso para la pensión de estudios en Suiza es prueba fehaciente de su programación académica mientras era Médico primero en la guerra.

VIDA DOCENTE

Si bien ésta empezó en la Universidad de Granada y prosiguió en la de Zaragoza, fue tan sólo por un breve período y acabó en Barcelona, donde se inicia su labor estable.

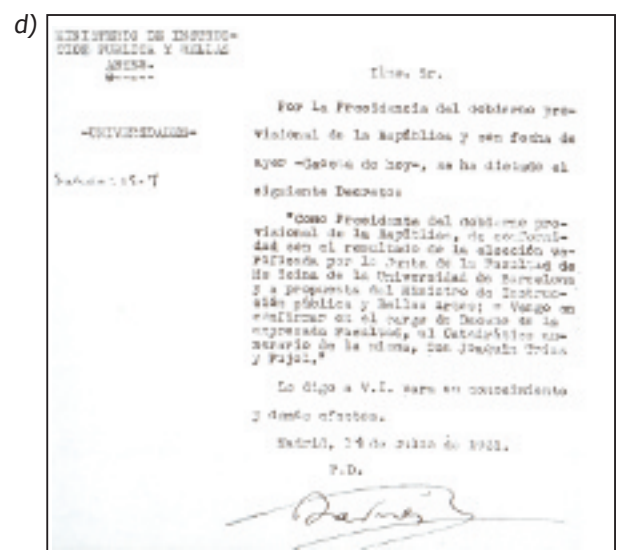
Las anteriores universidades eran meramente situaciones transitorias, como para muchos opositores que tenían su objetivo puesto en otras localidades. Sucedió que las que podríamos llamar



Nombramiento de catedrático de Técnica Anatómica en Granada (10 de Abril de 1916).

“universidades de paso” no conseguían crear un profesorado estable que se dedicara de modo ya fijo a consolidar un grupo intelectual al servicio de aquella comunidad considerada de segundo orden. Toda universidad debe ser, aparte de una organización de enseñanza de máximo nivel, un foco de irradiación cultural que eleve el nivel de la sociedad en que radica.

En Barcelona Joaquín Trias Pujol desempeñó la enseñanza de la Técnica Anatómica pero su mira estaba puesta en una cátedra quirúrgica y lo consiguió en 1926. Gracias a los escritos del doctor Moisés Broggi sobre los maestros Trias Pujol, que tuvo en su época de estudiante de medicina, conocemos el talante pedagógico que manifestaron. El profesor Fargas había sido a su vez maestro de los hermanos Trias Pujol y en ellos había calado el método pedagógico inductivo con que hacía las clases. Las lecciones no se daban sin presen-



- Nombramientos universitarios:
- a) Escalafón del Profesorado (2 de diciembre 1918).
 - b) Catedrático de Zaragoza (1 de Marzo de 1918).
 - c) Catedrático de Barcelona (7 de enero de 1919).
 - d) Decano de Facultad de Medicina (14 de julio 1931).

cia de un enfermo para que la enseñanza partiera de un hecho patológico concreto. El trazo epistemológico de la lección seguía un orden: examen meticuloso del enfermo, con participación del alumnado, discusión de la semiótica obtenida, establecimiento de un juicio diagnóstico y elaboración de una propuesta terapéutica. Los alumnos asumían este método y en otras materias clínicas practicaban el mismo discurso "motu proprio", de modo que de manera sigilosa pero forzada se fue aplicando en el ámbito de profesores no habituados a ella por ser profesionales de la lección magistral. Las salas de enfermos del Hospital Clínico fueron las competidoras del aula o paraninfo de las cátedras.

La personalidad de Joaquín Trias Pujol nos ha sido referida por su alumno Broggi así:

"Sus cualidades como maestro son realmente grandes y sus lecciones se caracterizan por su realismo y simplicidad. En ellas ha evitado siempre caer en los excesos dogmáticos y en las elucubraciones científicas de segunda mano, a que tan acostumbrados nos tienen en los centros docentes".

"Su característica más destacada es una particular habilidad en simplificar los problemas más arduos e intrincados y en dirigirse sin titubeos al centro de la cuestión, sin dejarse influir por detalles superficiales ni por especulaciones teóricas, todo ello para gran provecho para los discípulos y con gran beneficio para los pacientes".

"En sus lecciones se refería ante todo a lo práctico y a lo de comprobada eficacia, y preferentemente a lo aquilatado por su propia experiencia, con lo que en la mente del alumno quedaban sumamente afianzados los principios básicos y considerablemente aliviado el bagaje de conceptos inútiles. Esta ha sido en resumen su norma fundamental como maestro".

La Universidad de Barcelona en la que se formaron los hermanos Trias Pujol y a la que regresaron como catedráticos era, como el resto de universidades españolas, un ente anticuado y anquilosado que se regía por la ley Moyano de 1857 y que había acabado siendo una expendeduría de títulos y de diplomas. En Cataluña la crítica del sistema ya procedía del Primer Congreso Universitario Catalán celebrado el 1903, que no pudo tener continuidad en la segunda década del siglo por la interferencia política de la dictadura del general Primo de Rivera. La intelectualidad catalana era consciente de la necesidad de una reforma a partir del modelo existente, aun a sabiendas de que un sector del profesorado ya se encontraba bien con las cosas tal como iban; tal sector acabó siendo un núcleo de resistencia.

La enseñanza de patología quirúrgica duraba tres años y cada promoción los cursaba con uno de los tres catedráticos al ritmo de la rueda establecida. Según este modelo el catedrático tenía que dominar toda la patología y organizar en su clínica pequeños núcleos especializados que colaboraran en la enseñanza, con lo que se triplicaban los correspondientes dispensarios. Los profesores Trias Pujol se asociaron con el profesor Bartrina –los tres catedráticos de patología quirúrgica- para repartirse la enseñanza quirúrgica según aparatos o sistemas y así dedicar los esfuerzos de cada clínica del hospital a una determinada patología. Antonio Trias Pujol se centró en la patología visceral, Joaquín en el aparato locomotor y Bartrina en la urología. Nació con ellos la especialización quirúrgica y aparecen ya los nombres de cirujanos pioneros de algunas especialidades.

Antonio Trias Pujol llegó a Barcelona procedente de la Universidad de Salamanca por concurso de traslado. Los estudiantes salmantinos le debían una importante innovación cual es haber conseguido que las autopsias fueran permitidas por la dirección del hospital, que normalmente las había denegado. Su insistencia trascendió a la prensa que le acusó de "profanador de cadáveres" y el asunto



El Profesor Trias Pujol (Joaquín) catedrático de patología quirúrgica en Barcelona.

acabó en un arduo debate y con la renovación de la Junta del hospital que entonces sí permitió las necropsias. En dicho debate recibió el apoyo de Don Miguel de Unamuno, con quien acabó teniendo una gran amistad en la que solamente un punto les mantenía en desacuerdo y era “el hecho diferencial catalán”. Cuando dicha universidad nombró Doctor Honoris causa al dictador Primo de Rivera, Unamuno, junto con algunos profesores, abandonó la sala y Antonio Trias le secundó. Así había demostrado ya nuestro profesor su tesón y su carácter consecuente con las creencias cuando logró su plaza en la facultad barcelonesa. Una de sus primeras aportaciones al conjunto de la actividad quirúrgica del hospital fue la de perfeccionar las anestias, que eran realizadas por monjas, por enfermeras o por médicos no especializados. Nombró responsable a José Miguel Martínez, médico interno del servicio, que acabó siendo el primer médico anestesista de nuestra ciudad. Introdujo el primer aparato de Ombredanne, que permitía regular la administración del éter y el sistema inglés de éter y óxido nitroso en circuito cerrado. Él mismo perfeccionó el sistema diseñando un aparato denominado O.M.O. (Ombredanne-Miguel-Oxford) que fue muy utilizado por los anestesistas españoles durante varios años. Con la aportación de la modernizada anestesia fue mejorada la cirugía torácica, ya que permitía realizar operaciones a tórax abierto. Fue el doctor Antonio Caralps –padre del cirujano cardíaco que inició los trasplantes del corazón en Barcelona- quien se encargó de la cirugía torácica y formó un equipo con el fisiólogo doctor Luis Sayé, en un avance de colaboración médico-quirúrgica.

De Salamanca vino a Barcelona con el profesor Antonio Trias Pujol un alumno canario el doctor Adolfo Ley a quien responsabilizó de la neurocirugía. Amplió estudios en Boston con los especialistas Cushing y Bailey y con tan sólido bagaje desarrolló la neurocirugía de la que ha sido uno de los pioneros en la cirugía española. Finalmente con Rodríguez Arias puso los pilares de la cirugía vascular al encargarle el cultivo de esta especialidad incipiente.

Una gran innovación de su cátedra fue la puesta en marcha de un equipo de cirugía experimental a cargo de su colaborador Francisco Doménech Alsina y con la participación de la cátedra de fisiología del profesor Augusto Pi Suñer. Representaba la modernización de la cátedra al asumir la investigación y la posibilidad de llevar a cabo tesis doctorales innovadoras.

Joaquín Trias Pujol escogió el aparato locomotor como especialidad para su cátedra. Le preocupó sobremanera el defectuoso tratamiento que se seguía con los fracturados, que eran una molestia para la mayoría de servicios quirúrgicos, y a ellos dedicó muchas horas y grandes esfuerzos para mejorar los resultados. Era frecuente la muerte entre los accidentados con fractura de fémur cuya larga inmovilización con sistemas de tracción primitivos se complicaba con trombosis, con neumonías, con infecciones urinarias y con úlceras de decúbito. Las pseudartrosis, los callos viciosos y los acortamientos formaban un marco de secuelas lamentables, fácilmente visibles por las cojeras de los enfermos. Éste era el panorama sombrío cuando en 1928 recibió un pequeño ejemplar de 190 páginas escrito por Lorenz Böhler, traumatólogo vienés, director de una clínica de accidentes que pertenecía a una compañía de seguros y antiguo cirujano militar austríaco durante la primera guerra mundial. Acumuló una gran experiencia en su puesto de trabajo en una clínica de guerra situada en Bozen en el Tirol meridional, que después de la guerra pasó al Estado italiano como botín, con el consiguiente cambio de fronteras. En su obra Böhler proponía una sistematización de los vendajes de yeso sin almohadillar, mejoraba los sistemas de tracción continua, diseñaba nuevas férulas y perfeccionaba las camas y sus complementos para hacer más confortable la permanencia en cama y eliminar en parte sus secuelas. Tanto le impactó este libro que emprendió un viaje a Viena y estableció un contacto directo con Böhler en el centro llamado “Unfallkrankenhaus” y más tarde acordó enviarle un discípulo para que se formara en este método científico de tratar las fracturas y lo implementara en el Hospital Clínico. El elegido fue Francisco Jimeno Vidal, recién acabada la carrera, y su profesor le ayudó para conseguir una bolsa de estudios con la que pudo desplazarse a Viena. Lo que siguió quedará bien

reflejado en la biografía de Jimeno Vidal, pero avancemos que a su regreso tuvo un dispensario de traumatología y más tarde una plaza de profesor auxiliar en la cátedra. La divulgación del método böhleriano consolidó sus enseñanzas y la traducción de las nuevas ediciones y de las monografías de la escuela vienesa hicieron posible, gracias a la labor de Jimeno Vidal, que llegara a todos los cirujanos de habla castellana. La traumatología española moderna nace de esta decisión del profesor Joaquín Trias Pujol y en la labor de su alumno el profesor Jimeno Vidal, que acabaría siendo uno de los alumnos dilectos del profesor Lorenz Böhler.



El Profesor Lorenz Böhler (a) y la 1ª edición de su tratamiento de las fracturas (b).

Para tener prueba documental de la relación entre la obra de Böhler y su introducción en la cirugía española, nada mejor que referirnos a la obra del doctor José María Massons Esplugas "Historia de la Sanidad Militar Española", labor historiográfica de cuatro volúmenes que analiza minuciosamente la tarea de nuestros cirujanos durante la guerra civil. Al comentar el tratamiento de las heridas y de las fracturas abiertas nos explica:

"Lorenz Böhler era un cirujano austríaco que revolucionó la traumatología... Su primera publicación data del final de la primera guerra mundial. Era una exposición de sus métodos titulada "Wie schützen wir unsere Soldaten von Tod und Krüppeltum" (Cómo protegemos a nuestros soldados de la muerte y de la invalidez). Posteriormente fundó el Unfall-Krankenhaus in Viena, una clínica donde atendía a los accidentes de trabajo de varias entidades de seguros, y se fue enriqueciendo su experiencia. Formó escuela y publicó un libro cuya primera traducción española apareció en Argentina en 1930".

"En la década de los años treinta Viena era La Meca de los médicos jóvenes. Freud en Psiquiatría, Eppinger en Medicina Interna, Lorenz en Cirugía Ortopédica, y Böhler en Traumatología, materia que aún no había nacido como especialidad. Joaquín Trias Pujol, catedrático de Técnica Quirúrgica, era de una gran perspicacia en el arte de orientar a sus jóvenes colaboradores. Él también fue de los primeros cirujanos en España, que sacó la anestesia de las manos de una enfermera o del alumno últimamente llegado para encargarla a un médico. Y él fue quien envió a Francisco Jimeno Vidal a trabajar junto a Böhler".

"A la vuelta de Viena, Jimeno convenció a cuantos comenzaron a ver sus resultados y a establecer comparaciones. La anestesia del foco de fractura que permitía maniobras de reducción en las que ni podía soñarse antes, que un individuo pudiese caminar al día siguiente de producirse una fractura

bimaleolar, que los fracturados de columna vertebral hiciesen gimnasia, etc. El sistema Böhler ganó adeptos. Muchos de los cirujanos catalanes recorrieron los diversos frentes sin olvidarse del libro que esta vez había traducido al castellano Jimeno Vidal”.

La primera edición del libro de Böhler fue traducida por Lelio Zeno, cirujano argentino, y dicho-samente la hemos conseguido de la biblioteca del profesor Collado Herrero. En aquel año de 1930 el propio Böhler se expresaba así en el prólogo:

“En el presente libro expongo la experiencia adquirida, durante 19 años, en el tratamiento de 10.000 fracturas y la observación de 70.000 radiografías. Durante la guerra he practicado disecciones en unos 300 cadáveres que presentaban fracturas de huesos largos, y con estos elementos básicos he explicado cursos de fracturas a centenares de médicos.

Desarrollé mi actividad en los escenarios más diversos. He sido médico de marina, asistente de hospitales, médico de campaña y médico militar. Durante la guerra actué primero en el frente, para hacerme cargo después de un hospital de fracturados con 200 camas. Al terminar la guerra trabajé en varios hospitales civiles, familiarizándome con todos los aspectos que presenta el problema de las fracturas.

Frente a los resultados variables y poco satisfactorios que he tenido oportunidad de ver en el tratamiento de las fracturas, me propuse conocer a fondo las causas del fracaso. Éste se debe especialmente, por una parte, al desconocimiento anatómico, y por otra, a la falta de organización técnica de los servicios. La disección anatómica de cadáveres de fracturados y no fracturados; la observación clínica prolongada y conducida hasta sus resultados finales, documentada con numerosas radiografías seriadas, me proporcionó una clara visión de las condiciones anatómicas de las fracturas. Aquí, más que en ningún otro sector, los conocimientos teóricos no tienen valor sin la experiencia práctica. La escasez de material terapéutico y su mala preparación contribuyen al fracaso de nuestro propósito.

De ahí el empeño en particularizar para cada fractura todos los elementos indispensables para su tratamiento, la posición que debe adoptar el enfermo, el número de ayudantes necesarios y la técnica a seguir, así como la duración del tratamiento y sus resultados. También anotamos para cada fractura los errores que se cometen frecuentemente en su tratamiento.

Como los resultados no dependen sólo del tratamiento quirúrgico, ya que son influenciados por la organización de todo el servicio hospitalario, expongo someramente la manera de llevar a cabo dicha organización.

Atribuyendo mucho valor didáctico a las figuras, en este tema, ilustro la obra con numerosos grabados, la mayoría de los cuales han sido realizados por el doctor Mauritz.

Agradezco al doctor Hendrych, Director de la Compañía de Seguros para Obreros Accidentados de Viena, su interés por proporcionarme el material de que disponía.

Asimismo, deseo poner de manifiesto en este lugar mi agradecimiento al doctor Lelio O. Zeno, quien tradujo al español la primera edición de esta obra, dándola a conocer así a los médicos hispanoamericanos.”

En 1934 apareció la edición notablemente aumentada de 789 páginas y enriquecida con mucha iconografía. La Editorial Labor quedó ligada a las obras böhlerianas hasta la última edición de cuatro volúmenes y 2.645 páginas. La edición de 1934 fue prologada por el profesor Joaquín Trias Pujol y gracias a haberla encontrado en la biblioteca del doctor Broggi podemos reproducir dicho prólogo.

“Después de la Guerra, en todos los países se ha despertado un vivo interés para mejorar los resultados obtenidos en el tratamiento de las fracturas. Durante la misma se pudo comprobar que dichos resultados muchas veces no estaban en relación con el progreso actual de la Cirugía. Lo mismo acontece en la práctica civil, pero dada la dispersión de los casos, las consecuencias deficientes son menos ostensibles.

El creciente desarrollo industrial, los accidentes de circulación cada día más numerosos, principalmente en las grandes ciudades, y las leyes sociales que muy justamente obligan a responder civilmente a las empresas y patronos de los daños ocasionados, han atraído la atención de todos para perfeccionar en lo posible el tratamiento de los accidentes en general y de un modo especial el de las fracturas, persiguiendo una finalidad doblemente beneficiosa desde el punto de vista humanitario y en el terreno económico.

Todavía en la mayor parte de los hospitales de casi todos los países, los fracturados ingresan en los servicios generales de Cirugía considerados como un apéndice, a veces como un estorbo, siendo confiados a los médicos más jóvenes y de menor experiencia, sin que consiga atraer más que de un modo excepcional el interés del jefe de servicio, abstraído por grandes y aparatosas intervenciones. Esto explica ciertos resultados obtenidos con frecuencia defectuosos y en ocasiones trágicos.

Por otro lado, si bien es cierto que se han producido grandes progresos en el utillaje y en los métodos y se han publicado también gran número de libros dedicados al tratamiento de las fracturas durante estos últimos años, el número excesivo de procedimientos, el empirismo que rige muchas veces en la elección de los mismos, el descuido en los detalles para su realización y la carencia de principios generales bien establecidos siembran, las más de las veces, la confusión en el espíritu del médico práctico.

Atraídos por las publicaciones y las estadísticas de los resultados obtenidos, con un estado espiritual mezcla de curiosidad y escepticismo, nos trasladamos al "Unfallkrankenhaus" de Viena, donde pudimos comprobar que efectivamente lo que allí se hacía representaba un verdadero progreso en el tratamiento de las fracturas, opinión que ha arraigado cada vez más en nosotros después de comprobar sus resultados en nuestro servicio hospitalario y en nuestra clínica privada.

El presente libro es la expresión fiel de la labor que allí se realiza. Hay en este libro una parte teórica expresada en varios principios generales que representa una unidad doctrinal, pero el mérito principal de la obra estriba en la descripción del modo de realizar el objetivo terapéutico en cada caso concreto de un modo simple y eficaz. De aquí el peculiar empeño del autor en describir ciertos pequeños detalles que, pareciendo insignificantes, son indispensables para la eficiencia del tratamiento. Esta prolijidad ha sido criticada por algunos, alegando que el libro pierde carácter científico al repetir en cada caso lo que no debe hacerse y lo que se debe hacer, pero debemos advertir que éste es un libro de técnica para tratar enfermos y no un libro teórico para expresar conceptos. Por esto la utilidad del mismo sólo puede apreciarla y estimarla quien haya sufrido momentos de vacilación y horas de inquietud ante la elección de un procedimiento y en la presencia de repetidos accidentes unas veces molestos, otras graves, y siempre enojosos.

A nuestro modo de ver, sólo existe un defecto en este libro, que estriba en la sensación de aparente facilidad en los tratamientos expuestos.

Cuando visitamos el servicio de Böhler, pronto nos dimos cuenta de que aquellos excelentes resultados, evidentemente superiores a lo que se acostumbra a ver de ordinario, respondían no sólo a un método o a una fórmula, sino más bien a una conducta en la actuación en cada momento. El secreto del éxito depende en gran parte de la atención y la asidua vigilancia que debe poner de su parte el jefe de servicio; sólo la vigilancia constante del enfermo evita la aparición de numerosos accidentes y complicaciones que pueden aparecer en el trascurso del tratamiento mejor dirigido.

El material debe sistematizarse de tal modo que jamás tengamos que improvisar el menor detalle; las manipulaciones de todo el personal que interviene en la reducción o colocación de un aparato, deben asimismo ser previstas de tal modo que se llegue a conseguir una perfecta estandarización del instrumental y una taylorización de todas las maniobras. El control radiográfico frecuente y repetido

de un modo sistemático permitirá conocer toda desviación secundaria durante el período fugaz que permite su rectificación.

El cirujano habituado a ciertas intervenciones en las que una cualidad es la rapidez, debe darse cuenta de que aquí han de predominar la precisión y el cuidado del pequeño detalle.

Creemos, por fin, que desempeña un gran papel en estos enfermos el saberlos rodear de un ambiente espiritual favorable.

Evitando sufrimientos, reeducando la voluntad y elevando la moral del accidentado obtenemos su colaboración activa, indispensable para recobrar la capacidad funcional, que constituye nuestro objetivo final.

Siguiendo los consejos del autor, procurando no suprimir detalles al parecer superfluos que desfigurarían los métodos y aportando al trabajo el tiempo y la atención debidos, es indudable que puedan obtenerse los mismos resultados en cualquier servicio por modesto que sea.

Sin embargo, así como se mandan a una clínica quirúrgica todos los enfermos que deben ser operados de hernia o apendicitis, con más razón debieran mandarse los fracturados, pues casi todos ellos requieren mayor vigilancia, más variedad de instrumental y mayor experiencia por parte del cirujano, que la mayoría de intervenciones cruentas más aparatosas.

La presente edición del libro de Böhler es mucho más amplia que las anteriores, si bien el espíritu continúa siendo el mismo. El interés que la edición anterior despertó en el ambiente médico de habla español, se verá seguramente superado con esta nueva edición, no sólo por la considerable ampliación de la obra, sino porque los métodos preconizados por el autor han comenzado a dar sus pruebas de eficiencia en nuestro país.

Creemos que la Editorial Labor presta un gran servicio al público médico de habla española, al publicar una obra que representa una etapa trascendental en la terapéutica de las fracturas. Basada en una experiencia de muchos años, fruto de un trabajo metódicamente conducido, escrito con razonamientos intensamente meditados, no pueden hoy día ser desconocidos por ningún cirujano de carrera, ni sus opiniones, ni sus métodos, ni sus consejos.

La traducción, efectuada por el Dr. Jimeno Vidal, que a instancias nuestras ha convivido y colaborado durante unos años con el autor del libro, tiene la doble garantía del profundo conocimiento de los métodos y el cariño del discípulo entusiasta y fervoroso para el maestro y su obra.

La presentación material responde, como podrá apreciar el lector, a la importancia del libro y al esmero y pulcritud que tiene por norma la Editorial Labor."

José Bartrina centró la patología de su cátedra en la urología de modo preferente y le dio un importante empuje de manera que a su lado se formaron varios especialistas. Pero en la Facultad de Medicina de Barcelona la segunda Cátedra de Anatomía era desempeñada por el profesor Santiago Gil Vernet, que a la vez se dedicaba a la urología y cuyo tratado sobre la próstata era mundialmente conocido. Este profesor había obtenido por ascendente personal un servicio de urología en el Hospital Clínico, con lo que acabó existiendo una duplicidad con la clínica del profesor Bartrina. Cuando la Universidad Autónoma pudo organizar las enseñanzas del doctorado se le reconoció a Gil Vernet un curso de doctorado, pero no las enseñanzas de patología quirúrgica. El decano era el profesor Joaquín Trias Pujol y las relaciones con él no fueron fáciles como lo demostró más tarde su participación en la inculación de nuestro profesor ante el Tribunal de Responsabilidades Políticas en la postguerra.

Una necesidad de la moderna cirugía era la sustitución de las pérdidas sanguíneas durante las operaciones, y para darle una solución se encargó a los doctores Armengol y Martínez Ribera la organización de una lista de donantes previamente clasificados por grupos sanguíneos, que dispusieran de medios de localización (muchos no tenían teléfono en aquellos años) para ser reclamados cuando fuere necesario. La transfusión era directa de brazo a brazo y hasta un máximo de 500 cc y

al no conocerse los subgrupos las reacciones adversas eran frecuentes y a veces mortales, por lo que solamente se practicaban en casos imprescindible.

A principios de los años treinta visitó la Facultad de Medicina de Barcelona el doctor Sergei Judine, gran cirujano que dirigía un centro quirúrgico de urgencias en Moscú. Dio conferencias, hizo demostraciones quirúrgicas y habló de las posibilidades de aprovechar la sangre de cadáver, que se podría obtener en cantidad ilimitada. Armengol y Martínez Rivera se interesaron mucho por el método, pero cuando intentaron aplicarlo fracasaron porque la sangre se hemolizaba y no podía transfundirse. En aquel momento se interesó por la transfusión el doctor Durán Jordá, médico de la cátedra de Antonio Trias Pujol, y de sus estudios nacería pocos años después la idea del banco de sangre, que comentaremos al hablar de la cirugía de guerra.

Los hermanos Trias Pujol ejercían la cirugía de manera privada fuera del Hospital Clínico y centraban su trabajo en la Clínica Fargas, situada en un edificio modernista del Ensanche barcelonés de cuatro pisos de altura. Entre su clientela se encontraba la flor y nata de la intelectualidad catalana, del mundo universitario y hombres destacados de la política. Aunque resulte anecdótico, fue tratado de fractura de tibia un famoso aviador, Ramón Franco Bahamonde, hermano de quien más tarde se alzaría en armas en Marruecos. Joaquín Trias Pujol ya había tenido ocasión de tratar a Francisco en la guerra del Rif de herida de bala abdominal. Entre los enfermos que acudían a esta clínica destacaremos a un colectivo famoso, el "Sindicato de Ciegos", al que ayudaba un pediatra de manera desinteresada, el doctor Constantino Llambias, quien a veces costeaba de su pecunio personal los medicamentos. Cuando advino la República el doctor Llambias obtuvo del Ayuntamiento de Barcelona el permiso para organizar un sorteo, la "rifa de los ciegos", mediante cupones, para mejorar los fondos del sindicato; contó con el permanente soporte de Don Roc Boronat, regidor municipal por Esquerra Republicana.

Los cupones de ciegos se transformaron en un sorteo popular en todas las grandes ciudades catalanas y quienes los compraban tenían el sentimiento de participar a la vez en una obra social y en la prueba de azar. En la posguerra el sindicato trasladó su sede a Madrid y fue rebautizado con el nombre de ONCE, sin que quede recuerdo de sus primeros benefactores. En la Clínica Fragas los cirujanos Trias Pujol les habían atendido con amistad y con el mismo espíritu del doctor Llambias.

No podemos concluir este capítulo sobre la enseñanza de la patología quirúrgica en la Facultad de Medicina de Barcelona y en el Hospital Clínico sin referirnos al pionero en la introducción de la cirugía ortopédica como especialidad digna de tener un dispensario propio en el hospital. Éste fue el profesor malagueño Don Antonio Morales Pérez, que fue catedrático entre nosotros durante los años 1907 y 1918. Empezó en el antiguo Hospital de la Santa Creu y fue uno de los inauguradores del Hospital Clínico. Se interesó por la patología del aparato locomotor y desarrolló los tratamientos modernos porque contaba con la colaboración radiológica del Dr. Comas, auténtico introductor de esta especialidad a principios del siglo XX. En los archivos de nuestra biblioteca existe un álbum de radiografías fechado en el año 1916 que contiene un caso de fractura de tibia tratado con un fijador externo de Lambotte, lo cual nos da una idea de la actualización técnica en aquellos años. Al profesor Morales Pérez debemos un "Tratado de Operatoria Quirúrgica" y un tratado sobre el "Tratamiento mecanoterápico de los Accidentes de Trabajo" que es una auténtica joya de precocidad sobre esta cuestión, en la que aúna la patología traumática laboral y la recuperación funcional. Posiblemente no existía en la literatura española una obra tan pionera como ésta en la patología que trata. El dispensario de huesos y articulaciones lo continuó, cuando se jubiló, su hijo el profesor Antonio Morales Llorens, que se encargó de la cátedra hasta el año 1926 en que el profesor Joaquín Trias Pujol pasó a desempeñarla. En el dispensario se trataron muchas escoliosis y fruto de esta experiencia fue su libro "Escoliosis"; también publicó una interesante biografía de Ambroise Paré, el gran Cirujano

mayor de Enrique IV de Francia. El relevo y la continuidad asistencial de la cirugía ortopédica lo tomó el doctor Herminio Castells Fábrega, que se había formado con el profesor Gocht en Berlín, con el profesor Joachimstal en Viena, con el profesor Vittorio Putti en el Instituto Rizzoli de Bolonia, con el profesor Ombredanne en París y con el profesor Calot en Berk Plage (centro heliomarino dedicado a la tuberculosis osteoarticular). Se trata quizás del primer currículum de auténtica formación en nuestra especialidad con los mejores profesores de la época. Su conocimiento de la lengua alemana era poco frecuente, ya que la tendencia dominante era más bien francófona en Barcelona; así pudo traducir obras que para la mayoría no eran accesibles. Se jubiló a los setenta años en 1955 y se clausuró este dispensario al cabo de unos 40 años de existencia.

En aquella época, la cátedra del profesor Piulachs puso en marcha su dispensario de la especialidad a cargo del profesor adjunto Joaquín Cabot Boix.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

Durante los días 2, 3 y 4 de enero de 1921 se celebraron en Barcelona las elecciones para la nueva Junta Directiva del Colegio de Médicos. Para el bienio 1921 – 1923 salió elegido presidente el doctor Antonio Bartomeus Casanovas y entre los vocales de su Junta el que más votos obtuvo fue Joaquín Trias Pujol con 209 votos, el cual pasaba a ser uno de los jóvenes de dicha Junta con 33 años de edad. Tomaron cargo de sus puestos el día 29 de enero en el curso de una sesión pública inaugural presidida de modo honorífico por el gobernador civil Sr. Severiano Martínez Anido y estuvo presente como representante del obispo el canónigo Dr. Carles Cardó. El primero era un militar con una hoja de servicios brillante en Filipinas y en la guerra de Marruecos, que fue nombrado gobernador militar en Barcelona en 1918 y luego gobernador civil en 1919; llevó a cabo una intensa lucha contra el terrorismo y en 1923 pasó al mando de la Comandancia de Melilla. Durante el Directorio de Primo de Rivera fue ministro de Gobernación y fundó la Sanidad Civil con la que emprendió la primera lucha programada desde el gobierno contra la mortalidad. Al caer la Dictadura pasó a la reserva y se exilió en Francia; regresó para unirse al Movimiento del general Franco, que le nombró ministro de Policía hasta su fallecimiento en 1938. Cardó era un teólogo catalán doctorado en Roma a cuyo regreso fue nombrado canónigo de la catedral barcelonesa y se mostró seguidor intelectual de Torras y Bages, el obispo de Vic (1899-1916) que había entrado en el seminario después de cursar filosofía y derecho en Barcelona, que formaba parte de la intelectualidad catalana de la *Reinaxença* (renacimiento), que estableció el diálogo entre laicos y eclesiásticos, que fue gran periodista y escritor, autor de "El clero en la vida social moderna" y de la "La Tradició Catalana", verdadera historia del pensamiento catalán; aconsejó a los obispos de la provincia eclesiástica tarraconense el uso del idioma catalán en todos los actos que no debían celebrarse obligatoriamente en latín. Cardó fundó la revista "La paraula cristiana", plataforma de la intelectualidad catalana católica, colaboró como periodista en los diarios "El matí" y "La veu de Catalunya", formó parte de la Fundació Bíblica Catalana, tradujo al catalán todas las obras de Séneca y fue padre espiritual de la democracia cristiana catalana. Durante la Guerra Civil fue salvado por la Generalitat y se mantuvo fiel a la actitud no beligerante del cardenal de Tarragona Vidal y Barraquer, lo cual le llevó al exilio en Suiza donde permaneció hasta 1954 y regresó a Barcelona; en Suiza estuvo junto al cardenal. Fue gran escritor y poeta y a él se deben dos obras que fueron fuente espiritual de la catalanidad cristiana de su tiempo como son "La nit transparent" (La noche transparente) y "Diàleg interior" (Diálogo interior). Escribió en el exilio "La vie spirituelle des Espagnes" (La vida espiritual de las Españas), que fue recibido con polémica y cierto escándalo por parte de algunos sectores, y a su regreso "La moral de la derrota", obra póstuma de 1959 al año de su muerte, que marcó el punto de partida de parte del pensamiento cristiano catalán de la posguerra.

No hemos divagado sobre ambas biografías por casualidad sino porque representan a hombres que en el pasado inmediato jugarían un importante papel en los sucesos de su sociedad, uno como militar y persona “de orden” y el otro como “padre espiritual” en el cristianismo catalán. El azar los unió en la ceremonia inaugural del Colegio de Médicos y en 1936 estarían en puntos opuestos. Joaquín Trias Pujol, médico, militar y profesor universitario, mantenía algunas afinidades con cada uno de ellos, como cirujano en la guerra de África con Martínez Anido coetáneo de la contienda marroquí, y como intelectual catalán con Cardó. Casi dos décadas después la situación sería diversa para cada uno. Acabando con los comentarios de la ceremonia inaugural, el discurso de ritual fue pronunciado por el Dr. José M^a Roca Heras y versó sobre “Supersticiones médicas de un príncipe medieval catalán” el que sería Juan I y entusiasta del papado de Aviñón.

De las diversas reuniones de la Junta del colegio a las que asistió Joaquín Trias Pujol comentaremos aquéllas en las que se debatieron temas de interés general que revelan los problemas colegiales de la época:

> 5 de febrero de 1921. Carta recibida del Sindicat de Metges de Catalunya para que el Colegio influya sobre las dotaciones presupuestarias municipales para los “médicos titulares”,... “En la defensa de las injustas cargas contributivas que, con vigencia del impuesto de utilidades, gravan considerablemente la situación de la sufrida clase médica”.

A petición de la Asamblea del Colegio de Médicos se han modificado los estatutos en puntos de los Artículos 2 al 20 sobre la lucha contra el intrusismo y la conducta deontológica (dado en Madrid a 22-2-21, S.M. El Rey).

> 15 de junio de 1921. Lectura de las conclusiones aprobadas por los representantes de los Colegios de Médicos españoles en Madrid.

- La clase médica y en su nombre los Colegios de Médicos estiman injusto el impuesto de utilidades a ella aplicado, como asimismo creen un inconveniente que rijan dos impuestos (Patentes y Utilidades), declarando de una manera precisa que ambos deben ser unificados.
- La clase médica declara de una manera rotunda que no llevará libro de ingresos profesionales, por lo que esta forma de procedimiento tiene de atentatoria a la dignidad profesional.
- Los médicos se abstendrán de presentar declaraciones juradas a la Hacienda hasta en tanto no se publique el reglamento que este Ministerio está confeccionando...
- Aunque la clase médica cree elevada la cuantía del impuesto sobre utilidades, reconoce sin embargo que los Médicos, como españoles conscientes de sus deberes para con la Patria, no pueden negarse sistemáticamente a contribuir a los gastos del Estado.
- En el caso de que el Directorio juzgue beneficiosamente la anterior reforma, lo transmitirá a los Presidentes de los Colegios, explicándoles los fundamentos de la fórmula económica.

> 5 de julio de 1921. Se debate el problema de la salubridad y de la potabilidad de las aguas de Barcelona y de los índices de presencia en la ciudad de la fiebre tifoidea. Se citan las cifras de Berlín y otras importantes capitales europeas que sitúan entre 3 y 28 muertes por cada 100.000 habitantes, en tanto que en Madrid es de 50 y en Barcelona de 90. Se pone en marcha un plan de inspección y de tratamiento de las aguas.

> 8 de octubre de 1921. Se discuten los términos de la fraternidad hispanolusitana en lo que concierne a las equivalencias de títulos académicos. La ley de 9 de septiembre de 1857 convalida los estudios aprobados en establecimientos públicos de Portugal y valida las habilitaciones temporales para el ejercicio de la profesión. Se emiten opiniones sobre esta Ley que seguía vigente y se propone su actualización. Se comenta la nueva actualización sobre médicos extranjeros en España en general y en especial sobre reciprocidades con países hispanoamericanos

que aparece en la Ley de 23 de septiembre de 1921 de reciente publicación, cuyo texto acaba con "Dado en palacio.-Alfonso- El Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes César Silio".

- > 3 de febrero de 1922. Emisión de un informe sobre un juicio declarativo de mayor cuantía en el Juzgado de la Lonja cuyo motivo es la reclamación de una familia acerca de los honorarios fijados por un médico. La Junta delibera... "interviniendo en el debate todos los señores asistentes, expresando cada uno su criterio y coincidiendo todos en el fondo y en la forma que debían emitir dicho informe que es el siguiente:
 - La fijación de honorarios no puede hacerse en términos absolutos, toda vez que depende de la reputación de los facultativos, especialidad de sus conocimientos en determinadas ramas de la ciencia médica y otras muchas circunstancias de difícil determinación. Debemos manifestar nuestra conformidad en este tema.
 - (los médicos)... presentan las minutas de manera que el paciente pueda hacerse cargo de los trabajos profesionales, siéndoles posible además dar cuantas explicaciones sean convenientes para demostrar que en la reclamación no existe abuso alguno.
 - Opinamos que la cuenta de los honorarios debe redactarse con el mayor detalle, a menos que el paciente autorice otra cosa.
 - Entendemos que las cantidades ... de la demanda no se ajustan a los honorarios corrientes en esta Ciudad.
- > 3 de marzo de 1922. El doctor Antonio Cortés envía una carta al Colegio en la que le pide "se dirija al Excmo. Sr. Ministro de Hacienda rogándole que se establezca la diferencia entre los automóviles de lujo y los que sirven de instrumento para el trabajo".
- > 12 de mayo de 1922. Presentación del nuevo Reglamento del Colegio de Médicos de la Provincia de Barcelona que consta de 57 artículos. Es aprobado por unanimidad en la Asamblea del 10 de junio siguiente.
- > 25 de marzo de 1923. La Junta presidida por el doctor Bertomeus ha agotado su período y se realizan nuevas elecciones en las que sale elegido como nuevo Presidente el doctor Felipe Proubasta. El profesor Joaquín Trias Pujol cesa como vocal de la Junta saliente.
- > 2 de enero de 1924. Joaquín Trias Pujol asiste a la reunión de la Junta bajo la presidencia del doctor Proubasta para tratar de unos asuntos especiales. Se le citó a pesar de pertenecer a la anterior Junta. El tema que se debatía era el sumario incoado contra este Colegio por supuesta imposición de multas ilegales contra ciertos médicos y "se acuerda por unanimidad ponerse en absoluto a la disposición de las Autoridades facilitando todas cuantas diligencias, datos e informaciones sean precisos para el esclarecimiento del hecho objeto de la denuncia presentada contra la corporación y que ha dado lugar a la apertura del aludido sumario". Se había dado en Madrid un mitin sanitario a cargo del doctor N.F. que contó como oradores "señores descalificados repetidas veces por su actuación profesional en desacuerdo con las más elementales reglas de deontología", integrantes de la Federación Sanitaria de Cataluña, que estaba formada "en su gran mayoría por médicos a quienes el Colegio ha tenido que hacer objeto de sanciones por faltas contra la moral profesional y por intrusos a quienes ha denunciado por ejercicio ilegal de la medicina, elementos todos con quienes ninguna de las corporaciones profesionales de esta capital admite la convivencia. El doctor N.F. a pesar de haber de haber sido informado de todo lo que antecede, ofreciéndole el testimonio de la Real Academia de Medicina, de la Academia de Ciencias Médicas, del Instituto Médico-Farmacéutico y de todas cuantas entidades profesionales existen en esta Ciudad y los comprobantes que obran en esta Secretaría, continuó omitiendo la cooperación ... No es de extrañar pues nuestra actitud y así la hacemos presente a los dignísimos compañeros de ese Colegio ... en la

refutación de torcidas interpretaciones que acaso pudo darse a nuestra conducta por quienes tienen interés en ello, sobre todo en las actuales circunstancias”.

Las circunstancias a las que se refieren son la instauración del Directorio de Primo de Rivera. Podemos comprobar las múltiples faltas de asistencia del profesor Joaquín Trias Pujol a las reuniones de Junta, pero el repaso de su hoja de servicios en la Sanidad Militar revela que coinciden con su reincorporación al Hospital Militar de Carabanchel con motivo de la reanudación de la campaña de África y con el desembarco en Alucemas, que proporcionó la victoria final y el término de la guerra del Rif con Abdelkrim derrotado.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA

Una de las obras en las que el profesor Joaquín Trias Pujol puso más empeño y dedicación fue la creación de una entidad científica que agrupara los cirujanos catalanes, que desde principios del siglo XX disponían de tres academias para desarrollar su actividad en tal sentido: la Real Academia de Medicina, la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas y el Instituto Médico Farmacéutico. El profesor Trias Pujol era un asiduo asistente a las sesiones de estas entidades científicas y propuso una reunión con el doctor Joaquín Salarich Torrents, que había finalizado su periodo de secretario del Instituto, y con el doctor Enrique Ribas y Ribas, decano de los cirujanos del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, con la finalidad de comentar la posibilidad de organizar una “academia de cirugía” a semejanza de las centroeuropeas que él había conocido en sus viajes de estudios. Nuestro profesor era un gran conversador, muy aficionado a las tertulias y solía acudir con frecuencia a las de artistas y escritores en el Ateneo Barcelonés, por cuyo motivo allí tuvo lugar esta reunión en febrero de 1927. Decidieron crear la sociedad de cirujanos que “tendrá por objeto reunir y coordinar en una sociedad las actividades quirúrgicas, fomentando el estudio y progreso de la cirugía” y en la que “quedan en absoluto excluidas las discusiones de asuntos ajenos a los fines y objetos de la Sociedad”, ideas que fueron recogidas en los artículos primero y segundo de los estatutos fundacionales. Convocaron en una asamblea preliminar a todos los cirujanos, la idea fue recibida con entusiasmo y fue nombrada una ponencia, encargada de llevar a término la constitución de la Sociedad, que formaron los eminentes quirurgos del momento: Ribas y Ribas, J. Trias Pujol, Corachán, Conill Montobbio, Mas Oliver, Salarich, Cardenal, García Tornel, Girona y Sixto Pérez.

La ponencia redactó el proyecto de fundación con 55 artículos. Quedaba pendiente de decisión el nombre de la Sociedad, que sufrió variaciones a tenor del cariz político de cada momento, por cuyo motivo he encabezado este capítulo de modo intencionado con una denominación incompleta. El momento histórico correspondía a la dictadura del general Primo de Rivera y las formulaciones que incorporan el nombre de Cataluña o su adjetivación tenían escasas posibilidades de prosperar. La idea inicial fue que la nueva sociedad se llamara Sociedad Catalana de Cirugía, nombre que el Gobernador Civil de Barcelona, Señor J. Milans del Bosch, no aprobó, por lo que tuvieron que optar por el Sociedad de Cirugía de Barcelona. Con este nombre el citado gobernador aprobó la creación de la sociedad y sus estatutos según la Ley de Asociaciones de 11 de junio de 1887, como obra en la documentación conservada.

En una segunda asamblea se admitieron como socios fundadores todos los solicitantes que cumplieran los requisitos reglamentarios, entre ellos ser cirujano con un mínimo de cinco años de ejercicio. Eligieron la primera junta que quedó presidida por el doctor Ribas y Ribas y en la que el profesor J. Trias Pujol actuaba de bibliotecario. La primera sesión tuvo lugar el 26 de septiembre del mismo año con asistencia de la Junta y de 32 socios numerarios. El Presidente en su discurso lamentó el fallecimiento del doctor Cardenal, uno de los padres de la moderna cirugía catalana “que por derecho propio hubiese ocupado hoy el sillón presidencial” y rogó al profesor Rodolf Matas,

cirujano norteamericano pionero de la cirugía vascular e hijo de catalanes de Sant Feliu de Guíxols invitado a aquel acontecimiento, que ocupara la presidencia como socio de mérito y como hombre que "ha sabido conservar y cultivar el habla catalana". Las sesiones se fueron celebrando con el ritmo establecido de primero y tercer martes de cada mes. Se celebraron las sesiones en el local primitivo del Colegio de Médicos, en la calle de Santa Ana n.º 28, durante el primer año y al año siguiente se trasladaron a los antiguos locales de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares, sitios en la calle de Lauria n.º 7, que a su vez fijó el domicilio social en el nuevo y gran edificio del Casal del Metge de Vía Layetana n.º 31 en 1933, donde hasta 1969 estuvieron centralizadas las instituciones médicas (Colegio, Academia, Cooperativa, Caja, Sociedades).

El 7 de febrero de 1933, en época republicana, se solicitó el cambio de nombre por el de Societat de Cirurgia de Catalunya, que esta vez fue oficialmente aceptado, siendo presidente el doctor Puig Sureda. En la nueva etapa le sucedió como presidente el profesor J. Trias Pujol, que con el paso de los años acabó siendo su consuegro.

En 1934 la Societat organizó el homenaje a Gimbernat con motivo del segundo centenario de su nacimiento y al presidente le fue necesaria la ayuda de un comité que formaron el doctor Puig Sureda (presidente saliente), su hermano el profesor Antonio Trias Pujol y el doctor Gabarró, que fue uno de los iniciadores de la cirugía plástica y que ejerció su mayor influencia al regreso de un largo exilio en Oxford después de de la Guerra Civil. Convocaron un concurso histórico-quirúrgico sobre los cirujanos de las tierras de influencia cultural catalana: Cataluña, Valencia, Mallorca, Rosellón, Lenguadoc, Provenza y Alguer (isla de Cerdeña) con un premio de 2.000 ptas. y cinco de 1.500 ptas. Además reeditaron la Oración Inaugural que don Antonio Gimbernat pronunció el 5 de octubre de 1773 para la apertura de los estudios del Real Colegio de Cirugía de Barcelona y que versó sobre la cirugía y los cirujanos. En la portada se recogieron sus títulos: Ayudante Mayor del Ejército de su Majestad, Cirujano Mayor del Hospital Real General y Profesor de dicho Colegio. Bajo la presidencia de Joaquín Trias Pujol debió readaptarse el escudo de la sociedad a la nueva denominación, de manera que el escudo central de la ciudad de Barcelona se cambió por las cuatro barras rojas de la Casa de Barcelona (nombre medieval de la familia real) presentando en su centro una mano izquierda abierta con un ojo en su palma. Este símbolo de la mano del cirujano guiada por la vista de ha mantenido hasta nuestros días.

J. Trias Pujol liquidó la pérdida económica que había sufrido en 1929 la Sociedad por fuga del cobrador con 6.000 ptas., de las que pudieron recuperarse 3.000 ptas. El reequilibrio presupuestario permitió mantener las reuniones habituales ahora en los hospitales y organizar otras con sociedades afines e invitar a profesores extranjeros. Una de las más importantes fue la colaboración en la organización del VIII Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana celebrado en Barcelona en junio de 1934. Igualmente colaboró en el siguiente congreso de 1936 que se celebró en Perpiñán. Durante la Guerra Civil la Societat no tuvo actividad oficial porque sus miembros quedaron absorbidos o militarizados por las consecuencias de la contienda. Durante los años de 1936 a 1938 la presidencia recayó en el profesor Antonio Trias Pujol, que tuvo que llevar el timón durante el período más duro y cruento de la Societat de Cirurgia de Catalunya. Un año más tarde acababa la guerra y con el triunfo del ejército nacional feneció y fue liquidada la Societat tal y como ocurrió con buena parte de las entidades culturales y científicas que tenían por denominación Catalunya o catalana, de modo semejante al período de la dictadura del general Primo de Rivera. La postguerra abrió una época de difícil reorganización o de resurrección cultural.

En 1941, ante la imposibilidad de volver a fundar una sociedad análoga se optó por construir en el seno de la Academia de Ciencias Médicas una Asociación de Cirugía, a la que se adhirieron automáticamente todos los miembros de la Societat excepto los reprimidos y los exiliados. Así hasta

1956 esta entidad promovió una labor meritoria de la que son exponente más de 200 comunicaciones en las sesiones celebradas en el Casal del Médico (el nombre había sido castellanizado a medias). Ya de regreso de su exilio, el profesor J. Trias Pujol se reincorporó a las actividades de la Asociación y en acto de solidaridad y homenaje fue otra vez elegido presidente en 1951, sucediendo al doctor Puig Sureda. Habían transcurrido ya más de diez años desde el final de la Guerra Civil y en el ánimo de los socios renació la idea de recuperar al menos el nombre castellano de Sociedad de Cirugía, para lo cual el siguiente presidente, el profesor Pedro Piulachs, formó una comisión encargada y presentaron la solicitud y los estatutos al Gobierno Civil. El 15 de octubre de 1956 se recibió la aprobación de la sociedad, con personalidad jurídica propia y sin romper sus nexos con la Academia, pero con la única denominación permitida que fue la Asociación de Cirugía de Barcelona. Su sesión inaugural tuvo lugar el 24 de noviembre de 1956 con la presidencia del profesor Piulachs y con la conferencia del profesor Jean Gosset de París sobre la oclusión intestinal. Las sesiones normales pasaron a celebrarse el tercer sábado de cada mes a mediodía en los diferentes hospitales de Barcelona. El período presidencial del profesor Piulachs se extendió desde 1956 hasta 1961 y al terminarlo se contaba ya con 100 socios.

En 1961 el presidente doctor Soler Roig pidió con apoyo por unanimidad que les fuera concedida la recuperación de antiguo nombre de Real Colegio de Cirujanos de Barcelona para entroncar con la obra de Virgili y de Gimbernat, pero la Dirección General de Política Interna del Ministerio de Gobernación no accedió porque, según informe de Colegio de Médicos, era continuadora de tal entidad la Real Academia de Medicina. Se perdió la oportunidad de tener una institución de abolengo análoga a la de otros países y en concreto de la Gran Bretaña. En 1973 el profesor Ramón Arandes vuelve a insistir en la recuperación del antiguo nombre arropado por su secretario el doctor Ramón Balius Juli y finalmente la Sociedad Catalana de Cirugía reaparece como tal. En 1976 el nombre y el escudo con su mano y su ojo tienen el redactado en catalán. En 1970 se incorporó por vez primera a una junta directiva una mujer cirujana, mi compañera de promoción Montserrat Lerma Gonce.

Desde que la Sociedad desarrolló sus actividades en la Academia de Ciencias Médicas siempre ha mantenido con ella estrechos vínculos, que sirvieron para sobrevivir en la postguerra bajo su cobijo. En 1927 los inicios de la andadura común tuvieron la condición de que "se conserve la independencia económica, científica y espiritual", evitando siempre la fusión. En 1933 surgió una propuesta de colaboración sin fusión bajo el término de adhesión que conllevaba la participación en la biblioteca, de manera que los libros se depositarían en ésta pero marcados con el sello de la sociedad quirúrgica; el interlocutor fue el bibliotecario de los cirujanos doctor Trueta Raspall. En la junta de la Societat de Cirugía nombrada en 1934 el presidente, profesor J. Trias Pujol, mantuvo al bibliotecario en su puesto y juntos llevaron a cabo el articulado de adhesión, que la Junta de ambas sociedades firmaron el día 2 de abril de 1935. Se decidió que un miembro de la Societat que no fuera el presidente formaría parte de la Junta de la Academia. En los estatutos de postguerra del 1956 la refundada Asociación de Cirugía de Barcelona recoge en su artículo 3.º que sus locales son los de la Academia de Ciencias Médicas y en los de la nueva Sociedad Catalana de Cirugía de 1972 se mantuvo el mismo artículo. La íntima colaboración entre ambas instituciones queda demostrada con los nombres de quienes llegaron a ser presidentes de ambas en distintos períodos: Bartrina Thomas (1913-15), Joaquín Trias Pujol (1928-30), Corachán (1932-34), Antonio Trias Pujol (1936-38), Soler Juliá (1938-39) y Pi Figueras (1966-70) en la ACM.

La Sociedad estableció dos premios honoríficos para cirujanos de relevancia, el Pedro Virgili para españoles y el Antonio de Gimbernat para extranjeros. Citemos entre los que se han relacionado con la cirugía ortopédica y traumatología a Joaquín Trias Pujol (1962), Manuel Bastos Ansart (1968), José Trueta Raspall (1969), Pedro Piulachs Oliva (1972) y entre los cirujanos generales a

Cortés Lledó, García Barón, Antonio Trias Pujol, Pera Jiménez, González Duarte, Pi Figueras, Soler Roig; añadamos los urólogos Gil Vernet y Puigvert y el oftalmólogo Arruga. La lista sería prolija y nos detenemos en 1977.

Desde su fundación, la Sociedad de Cirugía tuvo como objetivo primordial la publicación de los trabajos presentados en las sesiones científicas, de manera que a los dos meses de su creación aparece el Boletín de la Sociedad de Cirugía de Barcelona. En diciembre de 1931 los doctores Pi Figueras, Vilardell, Trueta, entre otros, proponen publicar las actas científicas en la Revista de Cirugía de Barcelona, de la que era director el profesor Joaquín Trias Pujol. Se forma una ponencia para su estudio encabezada por el doctor Trueta y fruto de ella fue la aparición del Butlletí de la Societat de Cirurgia de Catalunya, de manera que coexistieron la Revista en castellano y el Butlletí en catalán. Desaparecen ambas revistas en 1939 y desde 1941 a 1956 la Sociedad subsistió como una sección de la Academia de Ciencias Médicas y los trabajos aparecieron en su órgano, los Anales de Medicina. En 1957 la Asamblea General acepta como órgano de la Asociación de Cirugía de Barcelona la revista Barcelona Quirúrgica, hasta que en 1980 aparece el último órgano de la Sociedad con el nombre de Acta Quirúrgica Cataloniae, cuya vida duró 15 años bajo el impulso del profesor Sitges Creus. Durante la presidencia de éste en 1977 la Sociedad sobrepasó los 300 miembros.

Los cirujanos catalanes que impulsaron la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología pertenecían o más tarde pertenecieron a la Sociedad Catalana de Cirugía -valgan sus diversas denominaciones según la circunstancia política- y Palazzi Duarte y Collado Herrero formaron parte de juntas directivas. En el período inicial de 1927-36 encontramos a Vilardell, a San Ricart, a Jimeno Vidal y a Cots. En los listados de 1976 encontramos a Bastos Ansart, Bastos Mora, Arqué Cuixart, Cabot Boix, Cañadell Carafí, Esteve de Miguel, Palazzi Coll, Poal Manresa, Marín Navarro -siguiendo orden numérico de socios- y quien esto escribe.

Entre los socios de la Sociedad de Cirugía tenemos a los que decidieron crear dentro de la Academia una Asociación de Cirugía Ortopédica y Traumatología en 1950 y, según el documento que conservamos, la primera sesión sería la del día 10 de noviembre, siendo presidente el doctor San Ricart -fundador de la SICOT y de la SECOT- y secretario el doctor Ribó Rius; corrió a cargo del profesor Fèvre de París que pronunció una conferencia el día 10 y dos más el día 11 sobre temas de ortopedia infantil.

En 1955 falleció el doctor San Ricart y bajo la presidencia del profesor Vilardell la Asociación le dedicó un acto necrológico. Un raro recibo impagado, conservado en la carpeta correspondiente de la Academia, nos marca la cuota de socio de aquel momento, de 40 ptas. al año.

En 1970 el presidente profesor Rafael Esteve de Miguel solicitó el cambio de nombre de la Asociación por el de Sociedad Catalana de Cirugía Ortopédica y Traumatología, "manteniendo desde luego sus relaciones actuales con la Academia de Ciencias Médicas", y el cambio de emblema. En 1971 se inició la singladura de la nueva Sociedad Catalana de C.O.T. con el emblema actual del árbol de Andry sobre el escudo de Cataluña. El nombre redactado en catalán aparece el año 1976.

El repaso de sus Juntas Directivas nos revela que muchos presidentes han llegado a la Presidencia de la SECOT. Por orden cronológico de presidencia de la SOCCOT aparecen: Vilardell (1960-61), Palazzi Duarte (1961-62), Jimeno Vidal (1963-65), Cañadell Carafí (1965-67), Collado Herrero (1967-69), Esteve de Miguel (1969-71), Cabot Boix (1977-79), Viladot Pericé (1979-81), Fernández Sabaté (1981-83) y Navarro Quilis (1987-89). Resulta notorio que ningún miembro de la SOCCOT ha llegado a presidente de la SECOT sin haber ostentando la presidencia de aquélla, lo cual es lógico con criterios académicos.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS

En junio de 1931 se fundó la Sociedad de Cirugía de Madrid debido al interés de algunos cirujanos en agruparse como sucedía desde hacía un siglo en algunos países europeos. El núcleo fundacional con su directiva lo construyeron Goyanes Capdevila, Gómez Ulla, Sánchez Covisa, Díaz Gómez, Die Mas, Cardenal Pujals, Olivares Sexmillo y Blanc Fortacín. Esta sociedad ofreció en octubre de 1932, 14 plazas de "socio de número" a cubrir por cirujanos españoles y a decidir en votación secreta y con la condición de obtener la mitad de votos más uno, como en algunas academias europeas y españolas. Este método de entrada hizo que fuese considerada aristocrática y clasista y según Bastos narra en sus memorias dio lugar a un clamoreo de protestas ante este aire minoritario y selecto. Así se convino en dar cabida en la nueva sociedad a varios cirujanos de ciudades castellanas que se sumaron a los iniciales madrileños.

En marzo de 1932 se celebró en Madrid el IX Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía y en él se encontraron ilustres maestros de cirugía española como Goyanes, Corachán, Gómez Ulla, Bastos, los hermanos Trias Pujol, García Tornel, Die y Mas; de este congreso nació un mayor conocimiento y amistad entre los cirujanos españoles, que hasta entonces no habían coincidido en una reunión común. El Dr. Carreras Panchón nos pormenoriza cómo en julio de 1935 se presentaron oficialmente en la Dirección General de Seguridad el Reglamento y Estatutos de la nueva "Asociación Española de Cirujanos". Ésta se constituía "para estrechar los lazos de confraternidad personal entre los mismos, velar por el auge de sus intereses morales y materiales, propugnar el avance científico y prestigio social de la profesión quirúrgica y celebrar reuniones anuales de Cirugía, contribuyendo a la labor mundial en pro de esta rama de la Medicina". Se constituía en Madrid un Comité Organizador, presidido por Goyanes y ayudado por Rementería Aberastur como secretario. En aquel mismo año se habían creado sociedades de cirujanos en Valencia, impulsada por Francisco Martín Lagos, y en Sevilla, con la iniciativa de Antonio Cortés Lledó; en Barcelona existía una Sociedad de Cirugía desde el año 1927.

Los miembros de estas tres sociedades pasaban a ser socios numerarios de la Asociación. Los demás candidatos tenían que acreditar cinco años de ejercicio profesional, tres de los cuales en un centro acreditado, y la publicación de un trabajo sobre patología quirúrgica. La Asociación se proponía organizar una reunión anual durante el mes de abril. En marzo de 1936 tenía lugar en Madrid una reunión de cirujanos de toda España y por ello parece legítimo considerar este año como el fundacional de la Asociación. El primer Comité Permanente, presidido por Goyanes y con la secretaría desempeñada por Rementería, incluyó a los representantes de las sociedades de Madrid, de Cataluña, de Valencia y de Sevilla, que fueron, respectivamente, Olivares, Corachán, Martín Lagos y Cortés Lledó. Decidieron celebrar el Primer Congreso Nacional de Cirugía en Valencia en octubre del mismo año. El desencadenamiento de la guerra lo impidió.

Carreras Pachón nos explica lo que significó la guerra civil para la Asociación, que suspendió bruscamente tanto expectativas como actividades. Las depuraciones con separación de servicio afectaron a los hermanos Joaquín y Antonio Trias Pujol, a Bastos Ansart, a Corachán García, a Trueta Raspall, a González Aguilar y a D'Harcourt Got, todos ellos maestros de la cirugía de guerra. Nos dice que "concluido el enfrentamiento los vencedores impusieron a los vencidos sus condiciones del mismo modo que quienes les habían acompañado en el triunfo pudieron también beneficiarse de los laureles obtenidos". La penuria de la postguerra impidió los contactos y la organización de reuniones científicas. Para el nonato Congreso de Valencia se había contado con ocho ponentes, de los cuales tres habían fallecido (Corachán en 1942, Olivares en 1944, Gómez Ulla en 1945) y otro se encontraba exiliado (Joaquín Trias Pujol); a este último se le había asignado la ponencia sobre "Organización en España de la asistencia a los traumatizados". Transcurrieron 14 años hasta que se convocó una

primera reunión de postguerra en Madrid para mayo de 1949, firmada por Goyanes como presidente; al miembro fundador Joaquín Trias Pujol ya no le fue posible acudir.

REVISTA DE CIRUGÍA DE BARCELONA

Esta revista nació del acuerdo entre cuatro servicios de cirugía: los de los profesores Trias Pujol en el Hospital Clínico y los de los doctores Ribas Ribas y Corachán del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. La preparación se inició en 1930 y en enero de 1931 aparecía el primer volumen bajo la dirección de los cuatro fundadores y con domicilio social y redacción en el Casal del Metge en Vía Layetana, 30. En cada volumen aparecían artículos originales, resúmenes de las sesiones de la Sociedad Catalana de Cirugía, de la Sociedad de Cirugía de Madrid, de la Academia Médico-Quirúrgica Española y de la Academia Nacional de Cirugía, y análisis bibliográficos de las 145 revistas que recibían, con resumen de los artículos más interesantes; acababa con la crítica de libros.

Esta revista fue desde el primer día un foro de expansión quirúrgica abierto a todos los cirujanos españoles y a veces hispanoamericanos y ayudó a crear nexos de unión científicos y a reforzar amistades. Resulta interesante encontrar trabajos de cirujanos no catalanes como Medinaveitia, Salaverri, Goyanes, González Aguilar, García Díaz, García Orcoyen, Gómez Durán, Bastos Ansart, Gascó Pascual, Sierra Cano, Argüelles, Aquillué, Hernández Ros Codorníu, Vara López, Fernández Iruegas, Blanco, d'Harcourt, Riosalido, Nogueras y Lafuente. Éstos son los más conocidos que hemos seleccionado en la revisión de los volúmenes aparecidos hasta 1936. Después la guerra ocupó a nuestros cirujanos en otros menesteres y la unidad estatal se había roto con la formación de dos zonas separadas, con lo que la revista se dejó de publicar.

La colaboración extranjera se centraba en autores argentinos como Zeno, Valls, Ottolenghi. La Sociedad publicó una conferencia de Marañón ante los cirujanos catalanes sobre "El factor endocrino en la génesis del pie plano".

La cirugía del aparato locomotor estaba muy bien representada y destacamos algunos trabajos de nuestros maestros y fundadores más conocidos:

- > **Aquillué.** "Tratamiento de las fracturas de clavícula con desplazamiento con vendaje enyesado posterior cruzado con abducción del brazo".
- > **Argüelles.** "Sinostosis vertebral congénita".
- > **Bastos Ansart.** "Notas para una introducción al estudio de la cirugía" (Es el artículo que abre el n.º 1 de la Revista en su fundación). "Contribución al estudio de la lipogranulomatosis o enfermedad de Makai" (con D'Harcourt). "Cirugía y reeducación en el tratamiento de las parálisis espásticas". "Osteomielitis de guerra" (con D'Harcourt).
- > **Blanco.** "Diafisectomías por osteomielitis".
- > **D'Harcourt, J.** "Contribución al estudio de las heridas de los nervios".
- > **D'Harcourt, J. y D'Harcourt, M.** "Contribución al estudio de algunas causas de fracaso de osteosíntesis y ensayo de nuevos métodos".
- > **Fernández Iruegas.** "Artrodesis de cadera en la coxalgia".
- > **García Díaz.** "Tratamiento de las fracturas recientes del cuello del fémur por osteosíntesis", "Fracturas por arma de fuego tratadas con ocasión del movimiento revolucionario de Asturias".
- > **Gascó Pascual y Sierra Cano.** "Un caso de contractura isquémica de Volkmann en hemo-fílico".
- > **Gómez Durán.** "Retracción isquémica de Volkmann tratada por resección de muñeca y alargamiento tendinoso".
- > **Gómez Ulla.** "Tratamiento de las fracturas diafisarias de fémur".
- > **González Aguilar.** "Efectos fisiológicos de las gangliectomías simpatico-lumbares".

- > **Hernández Ros.** "Tratamiento de las fracturas de tibia y peroné con método de fijación directa y extrafocal de los fragmentos óseos" (es una forma pionera de fijación externa).
- > **Jimeno.** "El método de Böhler en las fracturas de antebrazo de difícil reducción e inmovilización". "Un ensayo sobre evolución histórica y estado actual del tratamiento de las fracturas". "Tratamiento de las fracturas abiertas de pierna en los pueblos germanos". "¿Psicoterapia o tratamiento activo en las fracturas de la columna vertebral?". "La anestesia local en las fracturas de la columna vertebral". "Un caso de fractura del axis".
- > **López Trigo.** "Tratamiento de las osteoartritis tuberculosas".
- > **Nogueras.** "Artropatías hemofílicas".
- > **Riosalido.** "Del método de Orr en el tratamiento de las osteomielitis crónicas".
- > **San Ricart.** "Artrorraxis".
- > **Trias Pujol, J.** "El dolor en las fracturas".
- > **Trueta.** "Tratamiento quirúrgico de la sacrocoxalgi". "Lesiones traumáticas de los fibrocartílagos de la rodilla". "Las fracturas del calcáneo por arrancamiento". "Afección de Pellegrini". "Complicaciones pulmonares postoperatorias en la cirugía abdominal alta".
- > **Vilardell.** "Tratamiento de las fracturas diafisarias del antebrazo".

Este listado de trabajos podría parecer prolijo pero le he dado finalidades diversas como el ser un muestrario de los temas de la época, la aparición de unos autores destacados en nuestra especialidad, el servicio de la revista en el mutuo conocimiento de los cirujanos dedicados al aparato locomotor y el descubrimiento que hacemos al constatar que los autores reunidos por la amistad y la influencia del profesor J. Trias Pujol son los que acabarán fundando la SECOT por concreción de esfuerzos y por convergencia de biografías. No olvidemos la vida militar de Bastos, D'Harcourt, Gómez Durán, Gómez Ulla y Trias Pujol en la guerra del Rif donde coincidieron en sus funciones y donde están las raíces del futuro "método español" para el tratamiento de las fracturas abiertas y las heridas de guerra que todos ellos trataron. Me permito interpretar como un acto de compañerismo fraguado en África la publicación del artículo con que se estrenó la revista a cargo de Bastos Ansart.

Comento finalmente y aparte el artículo de Bastos Ansart y d'Harcourt titulado "Contribución al estudio de la condromatosis articular", publicado en el volumen II de 1931 porque según Bastos su descripción apareció muy poco antes del trabajo de Henderson con ocasión de un congreso alemán celebrado dos años antes. Contaba nuestro cirujano que hizo estas precisiones al propio Henderson y que éste le rogó que le disculpara por el error de omisión involuntario.

La Sociedad de Cirugía de Cataluña tenía su Boletín propio y en él se publicaban las comunicaciones correspondientes a las sesiones preceptivas del 1º y 3º martes de cada mes. La sesión inaugural tuvo lugar el 26 de septiembre de 1927 bajo la Presidencia de Honor del profesor Rodolf Matas de Nueva Orleans e hijo de padres de Sant Feliu de Guíxols, que habló sobre "Observaciones que rigen el tratamiento quirúrgico de los aneurismas". En la misma sesión se presentaron cuatro comunicaciones más, entre ellas la del doctor Vilardell sobre "Seis casos de operación de Robertson-Lavalle por osteoartritis tuberculosa" y la del profesor J. Trias Pujol sobre "Quistes hidatídicos en los huesos largos".

En Barcelona se celebró el día 27 de mayo de 1928 una sesión especial para recibir a los compañeros de Madrid en viaje de devolución de visita después del que habían hecho los barceloneses en Madrid. Los conferenciantes invitados fueron los doctores Torre Blanco, García Guereta y Campuzano (ginecólogos), González Aguilar (cirujano ortopeda), que presentó el tema "Sarcoma de mieloplaxias del ligamento rotuliano", González Duarte (cirugía general), Perera (cirugía torácica) y Jiménez Quesada (otorrino). Se publicaron los textos de las conferencias y las discusiones, donde destacan las intervenciones de los hermanos Trias Pujol.

En este importante encuentro entre cirujanos de las dos capitales el discurso de recepción corrió a cargo del presidente de la sociedad catalana, doctor Ribas Ribas, de cuyas palabras destacamos algunos párrafos:

“La feliz idea de intercambio científico nacida de Archivos de Medicina y Cirugía de Madrid y Revista Médica de Barcelona, ha de ser de felices y fecundos resultados para todos, y especialmente para nosotros, los catalanes”.

“Enhorabuena por este acercamiento. Hora es ya, de que con sentido movimiento de expansión espiritual estrechemos nuestro contacto científico. Así nosotros penetraremos en vuestros cenáculos científicos y conoceremos vuestra organización y los perfeccionamientos de vuestras técnicas.”
“En aras de cordial correspondencia, os agradeceremos que vosotros hagáis lo mismo, que visitéis nuestros centros quirúrgicos. Así se forjará entre nosotros una verdadera compenetración y proporcionaremos esplendor a la cirugía española.”

Fueron dos reuniones pioneras, en Madrid y en Barcelona, que rompieron el aislamiento entre ambas culturas españolas. El camino de mutuo conocimiento había sido abierto pero no alcanzó a durar más de una década por causa de la interrupción bélica.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE BARCELONA

Esta entidad científica fue creada en el año 1770 con el nombre de Academia Médico-Práctica y recibió en 1785, después de varias solicitudes, el título de Real por parte de Carlos III. Su nombre varió en algunas épocas, pero el más persistente fue el de Real Academia de Medicina de Barcelona y desde el Pleno de 10 de diciembre de 1991 pasó a ser la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Se compone de 60 académicos numerarios, 15 académicos de honor, 120 académicos nacionales y académicos correspondientes extranjeros sin limitación de número. Desde 1974 acoge a profesionales sanitarios de ciencias afines.

Sus principales funciones son: órgano consultivo de las administraciones sanitarias y de justicia; impulsora de estudios sobre historia de la medicina catalana; organizadora de congresos sobre dicha historia e impulsora de debates sobre cuestiones sanitarias de actualidad. Su publicación fue en 1798 Memorias de la Real Academia Médico-Práctica de Barcelona y desde 1986 es substituida por Revista de la Real Academia de Medicina. Los académicos se estructuran en seis secciones: ciencias fundamentales; medicina; cirugía; higiene y medicina social; farmacología y terapéutica; medicina legal, psiquiatría e historia de la medicina. Desde su fundación ha tenido más de 350 miembros numerarios y entre ellos la práctica totalidad de las grandes personalidades de la medicina catalana.

La Real Academia ocupa el edificio que fue la sede del Real Colegio de Cirugía de Barcelona desde 1760 hasta 1843. Éste fue fundado como escuela quirúrgica militar por Antonio de Gimbernat a partir de la propuesta de su maestro Pedro Virgili, que fundó el Real Colegio de Cirugía de Cádiz. Más tarde Gimbernat fundó por encargo real el Colegio de San Carlos de Madrid. El Real Colegio de Cirugía tenía sus locales de bella arquitectura neoclásica anexos al Hospital de la Santa Creu, imponente estructura gótica del siglo XV, con capacidad para hasta 500 enfermos. En el siglo XVII se le añadió la Casa de Convalecencia, que permitía disponer de unas camas para el período de recuperación antes de dar al enfermo de alta definitiva.

Este complejo médico y quirúrgico fue de extraordinaria utilidad cuando en 1714 y con el Decreto de Nueva Planta el rey vencedor de la Guerra de Sucesión, Felipe V, castigó a quienes no le habían apoyado y creó el estado centralista borbónico que se nos ha transmitido a lo largo de los siglos. Este tipo de organización política (obra de Richelieu, Mazarino, Luis XIV, Condé y Fouché) vino a sustituir al de la corona hispana de los Austrias, de corte federal al modo centroeuropeo, que había estructurado la convivencia de los pueblos peninsulares bajo una misma corona al final de la

reconquista. El castigo de Felipe V fue para la vida universitaria de Cataluña el mayor desastre intelectual de su historia: cierre de todas las universidades, que eran las de Lérida, Barcelona, Gerona, Tarragona, Tortosa, Vic y Solsona; la de Perpiñán se perdió después del Tratado de los Pirineos, que confirmó la amputación del norte de España con la pérdida de parte del País Vasco y del Rosellón. El cardenal Richelieu ordenó el cierre de la Universidad de Perpiñán para así facilitar el afrancesamiento de la hoy llamada Cataluña Norte.

El vacío docente lo intentó sustituir Felipe V creando en el centro de Cataluña en la ciudad agrícola de Cervera una nueva universidad, lejos de las grandes ciudades con capacidad intelectual entre sus habitantes universitarios desde hacía unos siglos. A partir de este momento y después de unos años de estupor de postguerra, empezaron a nacer en Barcelona varias reales Academias que acabaron suplantando en sus respectivos ámbitos la falta de enseñanzas universitarias. Y en medicina el Hospital de la Santa Creu y el Real Colegio de Cirugía llevaron a término esta función sustitutoria. El Real Colegio admitía a alumnos no militares y entre ambas instituciones fue naciendo una auténtica escuela de medicina y cirugía con formación práctica pero sin facultad, mientras que en Cervera quedaba la formación de sabedores de latines con Facultad y sin formación práctica. Cuando a mediados del siglo XIX la Corona restituyó a Barcelona su derecho universitario -pero no a la demás antiguas universidades- esta escuela pasó a ser oficialmente Facultad de Ciencias Médicas, hasta que unos años más tarde se separaron Medicina y Farmacia. A principios del siglo XX las obsoletas instalaciones forzaron la construcción de otras nuevas y la Facultad de medicina se instaló en el nuevo edificio rodeado por el Hospital Clínico y el Hospital de la Santa Creu pasó al nuevo Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

El viejo hospital alberga hoy en día en sus maravillosas naves de estilo gótico civil la Biblioteca de Cataluña, que recuperó su nombre con el advenimiento de la democracia, ya que durante la Dictadura se llamó escuetamente Biblioteca Central. El edificio del Colegio de Cirugía fue donado por el Estado a la Real Academia de Medicina y sus locales restaurados fueron inaugurados por Alfonso XIII. Entre 1887 y 1892 Don Santiago Ramón y Cajal, catedrático en Barcelona, llevó a cabo sus estudios neurológicos en estos locales. El anfiteatro del Colegio lo preside la mesa de mármol de disección de Gimbernat y del techo pende la gran lámpara regalada por el rey. Aquí celebra sus sesiones académicas la Real Academia y sus nuevos miembros numerarios, elegidos por votación, pronuncian con toda solemnidad su Discurso de Recepción, que será seguido de un Discurso de Contestación a cargo de un Académico Numerario y finalmente pasará a ocupar el "sillón vacante". El resumen histórico del Hospital de la Santa Creu, de la Real Academia, de la escuela nacida entre ambas y de la final restitución universitaria ha sido necesario para comprender hasta qué punto en la Real Academia se concentran las vicisitudes históricas de la enseñanza de la medicina en Cataluña y cómo en sus miembros convergen los itinerarios de una ciencia que tuvo su origen en la Universidad de Lérida en el año 1300 en que fue fundada siguiendo el modelo de los estudios de Montpellier.

En 1925 quedó vacante un sillón de la sección de "Anatomía y fisiología normales y patológicas". Por votación nutrida y favorable fue elegido don Joaquín Trias Pujol, catedrático de operaciones de la Facultad de Medicina de Barcelona. Su recepción académica se celebró el día 29 de marzo de 1925 y en la presentación que hizo el académico doctor Emilio Sacanella Vidal dijo:

"Se trata, señores académicos, de una personalidad a la que, además de su valía científica, sus sinceros procedimientos y su moral médica la hacen acreedora a la estimación general. Para ser digno miembro de una Real Academia, no basta poseer, en mayor o menor grado, ciertos conocimientos científicos; es necesario que el nuevo compañero haya demostrado para sus colegas esas consideraciones sociales de respeto y tolerancia, indispensables en toda vida corporativa, sin las cuales no es

posible la convivencia Académica. El Dr. Trias considerado y calificado como excelente compañero, ha probado poseerlas”.

“Los Académicos aquí presentes, unos como maestros y otros como compañeros de estudios del nuevo académico, recordamos la brillantez de sus estudios; los años que desempeñó en el Departamento Anatómico de nuestra Facultad, el cargo de alumno preparador anatómico, cargo que entonces se obtenía casi siempre en reñidas oposiciones. Recordamos también todos sus amigos su ingreso (1911) en el cuerpo de Sanidad Militar en el cual han figurado en todas épocas personalidades ilustres... y pocos años después (1916) obtenía por oposición una cátedra de Anatomía, merecida recompensa a los largos estudios y trabajos prácticos que llevaba realizados. Ser solamente anatómico es poca cosa para un hombre poseído de nobles aspiraciones y por este motivo evolucionó en el sentido de la cirugía y, ya en este campo de aplicación de sus primitivos estudios, consiguió obtener la Cátedra de Anatomía Topográfica y Operaciones de Barcelona con su clínica anexa, que por jubilación reglamentaria había dejado vacante nuestro dignísimo y querido maestro, miembro también de esta Real Academia, el doctor Don Antonio Morales Pérez. En este nuevo cargo pudo prontamente desplegar sus aptitudes quirúrgicas. Su nombre se suma al de los buenos cirujanos, que en Barcelona afortunadamente no escasean. Yo le he visto operar en el Clínico, serenamente, consciente de su labor, sin precipitaciones ni ofuscaciones, que a veces imponen imprevistas contrariedades, y con sujeción absoluta, en fin, a las reglas de la más rigurosa técnica”.

“Finalmente podemos decir de él que es un cirujano que posee el completo conocimiento de la región en que opera. En medio de todo, ser cirujano anatómico no es ningún título especial, que solamente la inoportuna adulación puede adjudicar. En la denominación de cirujano-operador va íntimamente fusionada la de anatómico y todo aquél que no sepa anatomía está moralmente incapacitado para empuñar el bisturí.”

La valoración que de su persona hace el académico presentador nos revela la alta estima científica en que se le tenía en la docta casa que le recibía como académico electo a los 37 años de edad, lo que le hacía ser un miembro joven entre los jóvenes de una corporación de celebridades que han alcanzado el zénit de su madurez científica. En su discurso de recepción que versó sobre “Variaciones en la presión del líquido céfalo-raquídeo. Aplicaciones quirúrgicas” reconoce los condicionantes de su juventud en el bagaje científico hasta entonces aprehendido:

“El hecho de presentarme ante vosotros por primera vez constituye para mí un motivo de angustia. Los azares de la profesión me llevaron prendido a esta casa con excesiva prontitud. Nunca me ha convencido la precocidad científica, pues contados han sido los casos en que esta circunstancia ha producido valiosos frutos en disciplinas científicas”.

“Por otro lado yo aquí entre vosotros estaré mucho tiempo desprovisto de compañeros, pues a todos os conozco como maestros y algunos habéis influido intensamente en mi formación escolar. Aunque vuestra máxima benevolencia para conmigo me alienta en mis trabajos, siempre os veré con el respeto obligado a quien espera un consejo y una enseñanza.”

“Al elegir el tema me ha asaltado una preocupación profunda. Todos los que nos dedicamos a una disciplina científica tan extensa y mudable como la nuestra, creo que pasamos por dos períodos distintos: uno formativo, de trabajo analítico en el que el espíritu, recogiendo datos constantemente, ve acrecentados sus conocimientos progresivamente como si se efectuase un trabajo de nutrición individual. Este momento muy interesante para el individuo en sí, creo que tiene muy poca importancia para el interés común.”

“En un segundo período, llegada ya la madurez del conocimiento, viene el período de producción, las ideas se desprenden espontáneamente con un sello individual y original y el producto intelectual tiene una tendencia a la síntesis, como si se produjese un fenómeno de reproducción

intelectual para los demás: éste es el momento de publicar y cuando nadie tiene derecho a guardar lo que puede ser útil para la comunidad.”

“Desde luego comprenderéis que yo me encuentro en el primer período, o sea el de la nutrición científica, y los frutos enjutos de mis observaciones e investigaciones poco pueden por el momento interesaros.”

La exposición científica del tema de su discurso corresponde a un tema de anatomía médico-quirúrgica, que “por sus muchas aplicaciones, es un manantial inagotable de enseñanzas”. En resumen, lo desarrolla en estos capítulos: Fisiopatología del líquido céfalo-raquídeo; Intervenciones quirúrgicas que lo modifican; La hidrocefalia y los trastornos de circulación del LCR; Alteraciones de la presión del LCR en los casos de traumatismos de cráneo; La punción lumbar y trastornos que produce en la tensión del LCR; La epilepsia y los trastornos mecánicos del LCR. Transcurridos 77 años desde aquella fecha este tema se nos aparece como pionero y como fruto de una preparación en fisiopatología quirúrgica poco habitual en aquella época. El profesor Joaquín Trias Pujol participó durante once años en las actividades habituales de la Real Academia, que se interrumpieron a causa de la Guerra Civil y que para él cesaron definitivamente en 1939 al tomar el camino del exilio.

Pudo regresar al cabo de doce años y la Real Academia le acogió de nuevo, gracias a lo cual recuperó su sillón. Para honrarle y a modo de homenaje se le reservó el discurso inaugural del año 1952, que pronunció el día 27 de enero con el título de “Orientaciones sobre el riesgo operatorio en la cirugía actual”. En el prólogo de la conferencia nos justifica el ánimo que le llevó a escoger este tema:

“Los temas de mi incumbencia no acostumbra a pecar de amenos y mis dotes literarias son limitadas. Por esto me reduciré a comunicaros algunas inquietudes íntimas, nacidas al contemplar los progresos considerables que la Cirugía ha alcanzado en estos últimos años. He de confesaros que, a pesar del entusiasmo y admiración que en mí despiertan ciertas operaciones audaces y atrevidas, cada día me siento más abrumado por la responsabilidad que pesa sobre quien las realiza y por la cantidad de riesgos para el operado”.

“Los cirujanos formados a principio de este siglo pasamos unos años llenos de optimismo, pues apoyados en el trípode de la anestesia, la hemostasia y la asepsia que nos legaron nuestros antecesores del siglo XIX, nos sentíamos seguros y bien armados, lo que nos permitía atravesar la mayor parte de regiones del cuerpo, con cierta despreocupación y aún recorrer el abdomen con cierta impunidad.”

“Ha transcurrido medio siglo, la anestesia se ha perfeccionado en términos insospechados, la transfusión y otros medios de reanimación ya no son métodos de excepción, sino de uso corriente; han aparecido los antibióticos que se aplican con gran profusión, todo lo cual nos permite posibilidades antes ni imaginadas: el cirujano actual ya no se apoya en un trípode más o menos inestable, sino que actúa sobre una sólida plataforma que asienta en numerosas y robustas columnas.”

“Sin embargo no podemos dejar de preguntarnos íntimamente ¿es que realmente ha disminuido el riesgo operatorio en la Cirugía actual? Es indudable que mediante estos progresos han mejorado algunas estadísticas y el riesgo operatorio ha disminuido sensiblemente en ciertas operaciones de pequeña y mediana gravedad.”

“No obstante, como los progresos actuales permiten nuevas posibilidades, el cirujano actual penetra en el tórax y no detiene sus iniciativas en ningún órgano en él contenido: practica anastomosis y resecciones de grandes vasos arteriales y venosos, extirpa el pulmón y llega a penetrar en las cavidades del corazón para modificar el estado de sus válvulas alteradas; pero naturalmente, a posibilidades más atrevidas mayores riesgos. A raíz de estas innovaciones desaparece nuestra tranquilidad porque, una de dos: o renunciamos a estos progresos tan legítimamente adquiridos o debemos afrontar los grandes riesgos que estas operaciones implican.”

“En la Cirugía clásica bastaba el viejo bagaje de la anatomía y seguir los principios de la asepsia. Todo era simplicidad. La Cirugía actual exige mucha mayor complicación. No basta la competencia personal del cirujano, sino que es indispensable disponer de un equipo profesional especializado y disponer de material y utensilios para hacer frente a las numerosas contingencias que puedan presentarse. El operado debe ser examinado minuciosamente durante el curso de la operación, como si estuviésemos efectuando un trabajo científico de laboratorio en previsión de cuantos accidentes puedan sobrevivir. Es indispensable profundizar en el estudio del mecanismo fisiológico de dichos accidentes que pueden conducirnos a un fracaso y tener siempre presente aquel viejo aforismo que dice: En Cirugía todo está permitido salvo matar al enfermo.”

Su lectura ha sido como una ventana abierta al estado de ánimo de nuestros cirujanos hace medio siglo, aquel que media entre una Cirugía clásica apoyada en su trípode citado y la actual Cirugía que aquellos maestros intuyeron pero que quizá no llegaron a imaginar en sus grandes avances de hoy en día. En su análisis Joaquín Trias Pujol desarrolló los puntos siguientes: “Consideraciones sobre la muerte operatoria o “exitus in tabula”; “Importancia de la anoxia”; “Reanimación, resucitación o resurrección”; “Historia de la resucitación”; “La resucitación en la actualidad”; “La transfusión intra-carotídea”; “Estabilización del sistema neurovegetativo”.

ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS

Joaquín Trias Pujol fue nombrado presidente de esta sociedad científica para el período bianual 1928-29 y 1929-30, siendo el vigesimotercero desde su fundación. Para comprender el valor de este cargo haremos un sucinto resumen de la vida de esta sociedad científica ya centenaria. Nació de la fusión de dos entidades: El Laboratorio y la Academia de Ciencias Médicas.

El Laboratorio fue fundado el 15 de enero de 1872 y se ubicó en la calle Riera Baixa n.º 12, cerca del Hospital de la Santa Creu y de su Facultad de Medicina. Fue la obra de cinco estudiantes de medicina que deseaban practicar la fisiología experimental y la vivisección siguiendo las enseñanzas de Claude Bernard, que en la facultad eran solamente citadas sin penetrar en la innovación. Los promotores limitaron a veinte el número de miembros y entre los primeros se encontraban Cardenal, que sería gran cirujano e introductor de la cirugía antiséptica, y José Antonio Barraquer Roviralta, que crearía la escuela de oftalmología en la facultad y hermano de Luis que puso los pilares de moderna neurología entre nosotros. Lo extraordinario del Laboratorio fue que unos pocos estudiantes asumieran por su cuenta la modernización de la enseñanza oficial dominada por la oratoria y la vacuidad. Pero tres profesores se dieron cuenta del calado de esta actitud y se sumaron a ellos para ayudarles: Giné y Partagás, catedrático de disección, José de Letamendi, catedrático de anatomía, y Bartomeu Robert, catedrático de patología.

La Academia de Ciencias Médicas inauguró sus actividades el 25 de marzo de 1877 en unas dependencias de la Escuela de Náutica ofrecidas por la Diputación de Barcelona y empezó con 71 socios fundadores. Al cabo de un año El Laboratorio y la Academia se fusionaron y tomaron el nombre de Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña. La sesión inaugural se celebró el 30 de noviembre de 1878 en la casa n.º 10 de la calle del Paradís (sede del Centro Excursionista de Cataluña) que es el punto más alto de la Barcelona romana asentada sobre el Mons Taber. El Profesor Pedro-Pons dijo de esta sesión que era “el acto fundacional de nuestra escuela médica catalana”. Por estrechez del primer local se trasladó a la calle de la Porta Ferrisa n.º 6, cercana al hospital y a la facultad, para dar cabida a sus 149 socios numerarios y a sus 72 asociados (=estudiantes). La biblioteca contaba con seis a siete mil volúmenes y no cerraba hasta media noche para dar facilidades a los estudiosos. En 1901 se aprobó la utilización del catalán como lengua vehicular de los actos y de las publicaciones de la Academia; perduró hasta el advenimiento de la dictadura del general Primo

de Rivera. El crecimiento de la sociedad obligó a un nuevo traslado a un local más amplio en la calle Roger de Llúria n.º 7; los socios eran 631.

La Academia se amplió al crearse el concepto de Sociedad Adherida consistente en la integración en su seno de sociedades especializadas con conservación de su identidad, de su junta propia y de una economía compartida pero con una cantidad de fondos propios. En 1926 se adhirió la Sociedad Catalana de Pediatría y después la Sociedad de Radiología y Electrología de Cataluña. La Sociedad de Cirugía de Barcelona se puso a discutir los pros y contras de su unión con la Academia en 1927, siendo presidente el doctor Ribas y Ribas y bibliotecario el profesor Joaquín Trias Pujol, y se nombró una ponencia para estudiarlo presidida por el profesor Antonio Trias Pujol. En noviembre de 1928 se aceptó por unanimidad el traslado a los locales de la Academia y se abandonó el del Colegio de Médicos sito en la calle de Santa Ana n.º 28, en la ciudad vieja cerca de la zona alta de las Ramblas. El doctor Soler Roig, miembro de la ponencia de traslado, fijó como condiciones "que se conserve la independencia económica, científica y espiritual". En este momento la Academia pasaba a ser presidida por el profesor Joaquín Trias Pujol que sucedía al doctor Francisco Gallart Monés, padre de la gastroenterología catalana.

Ésta era la evolución histórica de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña cuando nuestro biografiado asume la presidencia. El órgano de expresión de la Academia eran los Anales y su Director era el Presidente de la entidad y la voluntad era que fuera "la síntesis del trabajo de la Academia". En el año 1928 se celebraban los cincuenta años de fundación de la Academia y en la Salutación de 1928, publicada en los Annals de Medicina (nombre recuperado después de su castellanización durante la Dictadura), nos recuerda J. Trias Pujol intencionadamente la salutación del número de enero de 1907: "En el momento actual las ideas científicas se esparcen y generalizan ampliamente y corren de un extremo al otro de la tierra. Los frutos del trabajo de un pueblo ya no permanecen reclusos entre los muros separadores de la propia nacionalidad, siendo llevados a los otros por la fuerza gentilmente difusiva que es el carácter esencial y altruista de la Ciencia moderna. Y esta afluencia de universalización de los estudios biológicos constituye un estímulo de acción investigadora, la cual llama a los hombres y a los pueblos a vigorizar su coeficiente de potencialidad científica y los impulsa fervientemente hacia una lucha tentadora para el esclarecimiento de los misterios de la vida".

Joaquín Trias Pujol era un profesor universitario que realmente se ocupaba de su función docente y que procuraba proyectarla tanto como fuera posible. En la Academia y durante su presidencia nació una agrupación de estudiantes con la finalidad de obtener una ampliación de conocimientos y de desarrollar actividades paramédicas de interés para todos: L'Agrupament Escolar (la agrupación escolar). Disponían de unas páginas en los Anales y a partir de 1929 publicaron su propio Boletín, que perduró hasta que se desencadenó la guerra civil. Una agrupación parecida fue refundada en 1952 con el nombre de Asociación de Juventud Médica en el seno de la Academia. En su Discurso Presidencial de 1930 decía: "Otro motivo de satisfacción es observar el incremento que cada día va tomando nuestro Agrupament Escolar, institución filial de nuestra Academia, en la cual se reúnen los elementos más entusiastas y distinguidos de nuestra juventud estudiantil, los cuales consideran la Academia como su hogar espiritual... como una prolongación de su escuela oficial, la Facultad de Medicina, o de los otros centros hospitalarios a los que están adscritos... una institución parauniversitaria en la que amplían sus conocimientos y desarrollan una labor científica, de investigación y de estudio que contribuye poderosamente a su formación profesional. Ciertamente en muy poco sitios de España podría encontrarse una institución como el Agrupament Escolar". En 1929 se organizó un curso de Cirugía de Urgencias con 25 temas distribuidos entre cirugía general y traumatología. En el mismo año, Joaquín Trias Pujol pronunció para los estudiantes del Agrupament la conferencia "La investigación y la clínica".

También en 1929, organizó una encuesta sobre “Tipos de examen y opinión sobre el suspenso” con varios docentes y estudiantes. La opinión de Joaquín Trias Pujol fue publicada en estos términos: “Los exámenes son actos nada meticulosos, precipitados y exponen la mayoría de las veces sus resultados a la casualidad. Tendrían que celebrarse con la intervención de elementos no docentes pero sí competentes. Además soy partidario de los exámenes por grupos y de procurar que no dependan del estado emocional del alumno e incluso del criterio particularista del profesor, haciéndolos durar varias sesiones o días, basándose no sólo en el ejercicio oral sino en el práctico, distintos para cada asignatura y profesión”. “El suspenso no tiene ningún objetivo. Sería preferible no incluirlo en la lista de calificaciones. Con esto conseguiríamos los mismo resultados y se evitaría el estigma que implica en un expediente”.

En el mismo año puso en marcha otra encuesta a nivel de Cataluña y después de España sobre “Cómo ven la juventud española”. Se publicaron primero las opiniones de intelectuales y de profesores catalanes y después aparecieron las de Ramón Menéndez Pidal, Azorín, Blas Cabrera (científico), Eugenio d’Ors, Andrenio (Real Academia Española), García Morente (filósofo), Pedro Carrasco (físico, Univ. Madrid), Gregorio Marañón, Manuel de Falla, Nicolás María de Argoiti y Antonio Machado. Esta encuesta tiene valor doble: por el interés del propio tema y por la conexión de Joaquín Trias Pujol con la intelectualidad de su época, reforzada con los encuentros entre madrileños y barceloneses en recíproco intercambio.

1929 fue un año de sensibilización universitaria y docente en la Academia y coincidió con un esbozo de reforma universitaria española al que la Academia aludió en un comentario aparecido en los Annals de Medicina. La Dirección de la revista (=presidencia de la Academia) decía “Teníamos la reforma universitaria como cosa futura... y actualmente la reforma es un hecho. Aquí queremos comentar... si del nuevo plan saldrán buenos médicos y si saldrán mejores médicos que antes. ¿Cómo ha quedado la carrera después de la reforma? No queremos ser pesimistas... en nuestra Facultad las asignaturas que por sí mismas constituyen la carrera vista al minimum son bastante buenas... y nos queda el recurso a los cursos complementarios. Los alumnos que deseen una formación médica completa tendrán que esperar a que les sean impartidos; pero ¿por quién? ¿Cuál es el profesorado que los tiene que instruir? Tenemos... catedráticos... auxiliares... pero estamos obligados a preguntarnos: ¿tenemos derecho a exigir a un hombre que desinteresadamente se sacrifique por los demás? No haremos distinciones entre catedráticos y auxiliares; todos disfruten de pagas bastante menguadas... oiréis decir a todos y cada uno de los auxiliares: ¿queréis que me pase en la cátedra más de una hora diaria por cobrar 30 duros al mes? Todo el profesorado está mal pagado y en ello reconocemos de momento una causa que posiblemente nos llevará a que no pueda extenderse como a nosotros nos gustaría esta reforma recién empezada. Sin embargo, podríamos decir que la buena voluntad sólo es gratuita durante la juventud”. Pocos lo comentaron negro sobre blanco manifestando las causas de descontento del profesorado. Hace pocos años se implantó un sistema de docencia con tutores pero hasta ahora no hemos podido contratarlos por falta de presupuesto; los alumnos hacen prácticas hospitalarias gracias a la buena voluntad de nuestros médicos no remunerados por ello.

Con el testimonio de estos documentos hallados en las páginas de los Annals de Medicina descubrimos la prolongación de la docencia de un catedrático hasta el Agrupament Escolar de cuya Junta era el presidente natural por serlo de la Academia. Durante los dos años fue ayudado en esta función prolongadora de la universitaria por el doctor Manuel Corachán, jefe de servicio de Cirugía en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau... Más adelante, Trias Pujol, decano de Medicina, le confiaría una plaza de Profesor Libre en la Universidad Autónoma.

En los Annals se publicaban los textos de las conferencias y de las sesiones celebradas en el seno de la Academia. La participación de Joaquín Trias Pujol fue muy importante, actuó a modo de motor

para impulsar la presencia de la cirugía, como lo demuestran estos títulos:

“Modificaciones de forma y arquitectura producidas por una aneurisma en el hueso de un individuo joven” (1918).

“Sobre un caso de paraplejia espasmódica” (1919).

“Tratamiento de la biloculación gástrica” (1921).

“Hemorragias subdurales y subaracnoideas” (1921).

“Sección del nervio radial, sutura y curación” (1921).

“Anatomía de la estasis intestinal” (1923).

“Fístulas gastrocutáneas” (1925).

“Tratamiento de los abscesos fríos” (1927).

“Operaciones del sistema nervioso en la úlcera gástrica” (1927).

“Tratamiento de las fracturas abiertas de Dupuytren -discusión-” (1927).

“Úlcera gastroduodenal y estasis esplénica” (1929).

“Espondilitis melitocócica” (por A. Pedro Pons) -discusión- (1929).

“Septicemias crónicas -discusión-” (1930).

“Formas quirúrgicas de la tuberculosis de los ganglios” (1931).

“Enfermedad del Brodie” (1931).

“Atelectasia pulmonar postoperatoria” (1936).

“Trastornos humorales en los operados” (1938).

Su participación en las discusiones era interesante porque los textos de sus aportaciones llegan a alcanzar hasta tres páginas. También impulsó a sus colaboradores a presentar comunicaciones en la Academia y para nosotros son de interés las que aparecen con el nombre de Jimeno Vidal:

“Un caso de fractura de columna vertebral tratado por el método de Böhler”.

“Tratamiento cruento de las fracturas del cuello de fémur por el clavo de Smith Petersen”.

“Calcinosis circunscrita de origen infeccioso”.

“Un caso de fractura de axis”.

“Fracturas abiertas de los metatarsianos”.

En aquella época se publicaron estas cuatro comunicaciones de Trueta:

“Tratamiento de las Pseudoartrosis por el método de Böeck”.

“Paratiroidectomía en un caso de espondiloartrosis anquilosante con curación”.

“Tratamiento de la parálisis radial definitiva por trasplante”.

“Consideraciones sobre la ciática de origen vertebral”.

Y encontramos estas tres de Vilardell:

“Indicación especial de “butée” osteoplástica de la cadera”.

“La enfermedad exostósica” (con F.X. Prats Pardas).

“Estado actual del tratamiento de la coxalgia”.

Resulta evidente que estos cirujanos, todos ellos fundadores de la SECOT, encontraron en la Academia de Ciencias Médicas un foro de expresión para sus trabajos, para su difusión escrita y para ejercitarse en la discusión científica. El bienio presidencial de Joaquín Trias Pujol fue rico en vida científica y facilitó para nuestra especialidad la maduración de quienes cinco años más tarde participarían como barceloneses en la fundación de nuestra sociedad.

Joaquín Trias Pujol pronunció su discurso de Presidente al final del período bianual en 1930 y en él destacan dos temas, el final de la Dictadura y el nuevo cambio de sede. Su antecesor Gallart Monés había comentado las dificultades de la vida social de la Academia durante la Dictadura y se había expresado en términos pesimistas, ante lo cual en aquel momento Joaquín Trias Pujol ya le había contestado que cuando se normalizara la situación política resurgirían la actividad y el entusiasmo

en la Academia. En el discurso afirmó: "Pero muy probablemente las cosas han sucedido como yo he creído... en aquel tiempo de depresión social no era solamente el número de socios lo que disminuía, sino también la actividad de todos ellos... porque se luchaba con dificultades para el desarrollo de nuestra vida corporativa... nosotros no podíamos escaparnos de las circunstancias generales del ambiente, que estaban por encima de nosotros y gravitaban con fuerza sobre nosotros, y repercutiendo en muchas esferas, repercutían también en nuestra vida académica". Y dicho esto presentó a su sucesor el doctor Freixas, que volvería a una presidencia sin dictadura en el gobierno español.

El segundo punto que comentó en el discurso fue el del nuevo traslado por necesidades de espacio y que quedaba resuelto con el gran edificio de nueva construcción, el Casal del Metge, en la Via Laietana y casi adosado a la Catedral. En este edificio, propiedad del Sindicat de Metges, se alojarían la mayoría de entidades médicas: Sindicato, Colegio, Academia, Cooperativa, beneficiándose de una mayor compenetración social. Al profesor Joaquín Trias Pujol y a su junta directiva de la Academia les correspondió la labor de discutir, de acordar y de organizar el traslado. En este traslado desaparecieron los laboratorios de la Academia porque fueron considerados innecesarios a tenor del número de laboratorios hospitalarios existentes con buena dotación y correcto mantenimiento. En el Casal del Metge se alojó la Academia hasta el año 1969.

Al profesor Joaquín Trias Pujol le sucedió en la presidencia el doctor Joan Freixas y Freixas (1930-32), después del doctor Manuel Corachán (1932-34), siguió el doctor Baldiri Guilera (1934-36) y finalmente durante la guerra su hermano Antonio Trias Pujol. Al término de ésta empezó "la profunda perturbación de nuestra vida civil, universitaria y profesional... con la grave y problemática ulterior restauración de las actividades académicas", según dijo el profesor Joan Gibert Queraltó, presidente entre 1956 y 1966. Al acabar la guerra civil la presidencia tuvo que ser consensuada con las autoridades triunfantes y fue nombrado el profesor Agustín Pedro-Pons, hombre providencial en la reaparición de la Academia y cuya etapa presidencial duró hasta el año 1956.

Gibert Queraltó como vicepresidente en este largo período comprobó las enormes dificultades que tuvieron que ser vencidas para resucitar la Academia. Fue posible gracias a la tenacidad, inteligencia, simpatía personal y capacidad de trabajo del profesor Pedro-Pons, que supo sortear las dificultades políticas para que una entidad con antecedentes de catalanidad culta fuera aceptada por el nuevo régimen. Tendríamos que esperar la llegada de la democracia para normalizar el espíritu académico y recuperar la total personalidad. Actualmente, y desde 1976, los presidentes vuelven a tener elección bianual.

En 1952, unos estudiantes de medicina solicitan permiso a la Junta de la Academia para fundar una Asociación de Juventud Médica, que sería el símil del Agrupament Escolar, desaparecido en 1939. La nueva Asociación obtiene su registro oficial y al cabo de 25 años de su aparición alcanza los 1.700 estudiantes en 1976 y un cuarto de siglo más tarde estamos en un millar de socios.

La idea de extender las actividades de la Academia fuera de Barcelona nace en los años cincuenta bajo la presidencia de Pedro-Pons y prosiguió más tarde, adquiriendo especial empuje en los años setenta. Así nacieron las Sociedades Filiales de Lérida, de Gerona, de Reus, de Mallorca, del Vallès Occidental (Sabadell), de la Seu d'Urgell, de Vic, del Maresme (Mataró), del Vallès Oriental (Granollers), de Tortosa y de Tarragona; se llega a su total implantación en las grandes ciudades de Cataluña. En el año 2002 las Sociedades y Asociaciones de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y de Baleares son 73 y el total de sus miembros suman unos 18.500 socios, lo que la constituye en una de las mayores sociedades científicas de Europa.

Nuestra Sociedad Catalana de Cirugía Ortopédica y Traumatología está también integrada en la Academia y en este año sus socios son 510. En 1976 se recuperó el permiso para que la lengua catalana fuera de libre y normal utilización en las actividades de la Academia.

CONGRESOS DE MÉDICOS DE LENGUA CATALANA

El primer Congreso se celebró en la Facultad de Medicina de Barcelona en 1913 como colofón de un camino emprendido diez años antes, cuando se reunió el Primer Congrès Universitari Català (31 de enero a 2 de febrero de 1903) para debatir entre más de 1.200 congresistas, entre profesores, estudiantes e intelectuales, el futuro de la universidad oficial anquilosada. El doctor Martí Juliá desarrolló la ponencia sobre Organización de la Universidad Catalana y de la labor global del Congrès nacieron los Estudis Universitaris Catalans, que años más tarde servirían de modelo para estructurar la Universitat Autònoma del 1934. Desde la Diputación de Barcelona su presidente Prat de la Riba (elegido en 1907) promovía el resurgimiento cultural de Cataluña y su obra alcanzó mayor proyección a partir del momento en que fue elegido Presidente de la Mancomunidad de Cataluña en 1914, el primero desde que en 1714 fue suprimida la Generalidad de Cataluña con el Decreto de Nueva Planta de Felipe V. El 27 de junio de 1906 se inauguró el Primer Congrès d'Higiene de Catalunya con una importante contribución del doctor Martí Juliá y lo podemos situar como punto de referencia de la reaparición de la lengua catalana como medio de expresión científica en su ámbito propio. Los libros de tema médico más antiguos en la lengua catalana eran el Receptari de Manresa, obra de Bernat Despujol (1347) y el "Regiment de preservació a epidèmia o pestilència e mortaldats", obra de Mestre Jacme d'Agramont (1348), que pertenecía al claustro profesoral de la escuela de medicina del Estudi General de Lleida, nombre de la universidad creada en 1300 por el rey Jaime II. La lengua catalana desaparece del mundo cultural por orden real en 1714 y no reaparece hasta 1898 con la revista Gynecologia Catalana dirigida por Jaume Queraltó. En 1906, del 13 al 18 de octubre, el doctor Antonio María Alcover, canónigo de la Seo de Mallorca, presidió el Primer Congrès Internacional de la Lengua Catalana, que agrupó a 3.000 congresistas, y en éste el doctor Bartumeus presentó en nombre de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas la comunicación sobre "Necesidad de reconstruir el lenguaje médico-biológico catalán". El órgano de expresión de la Academia, los Annals de Medicina, a partir de 1907 se publica en catalán. En 1907, bajo el impulso del presidente Prat de la Riba se funda el Institut d'Estudis Catalans con varias filiales científicas, entre las cuales encontramos la Societat Catalana de Biologia, fundada con el impulso del profesor Augusto Pi y Sunyer en 1912.

El camino de diez años que hemos resumido abocó a la convocatoria del Primer Congrès de Metges de Llengua Catalana, fruto de la idea de los doctores Ribas y Ribas (fue nombrado profesor de patología quirúrgica de la Universtitat Autònoma siendo Decano el profesor Joaquín Trias Pujol), Salvat Espasa y Martí Juliá. Bajo la presidencia del profesor Fargas (años más tarde sería suegro del profesor Antonio Trias Pujol y abuelo del político Trias Fargas) tuvo lugar el Congrès durante los días 22 a 25 junio de 1913, con una ponencia única sobre "Valor semiológico del examen de sangre". A este congreso le siguieron el segundo en Barcelona en 1917 (no se celebró el de 1915 por la epidemia que asoló la ciudad); el tercero en Tarragona en 1919, al final del cual apareció la iniciativa de fundar un Sindicato de Médicos de Cataluña con sus finalidades específicas de orden laboral que deberían ser complementarias y no competitivas del Colegio de Médicos. El día 27 de marzo de 1920 se constituyó oficialmente, en 1927 se extendió a Baleares y en 1932 tenía 2.928 asociados, equivalente al 88% de médicos en ejercicio en el ámbito catalán y balear de la época.

El Cuarto Congreso tuvo como sede la ciudad de Gerona en junio de 1921 y fue presidido por el doctor Pascual y Prat, decano de los médicos de la ciudad y Fundador y Presidente del Colegio de Médicos. La Presidencia del Congreso correspondía siempre a médicos de gran prestigio por su dedicación excepcional a la profesión y la vicepresidencia a hombres dinámicos, motores de la organización. Aquí aparece ya el profesor Joaquín Trias Pujol como vicepresidente y actuó de secretario el doctor Corachán. La estructura del Congreso fue novedosa porque de forma bien programada se desarrolló un temario científico, se realizaron demostraciones quirúrgicas en el Hospital de Santa

Caterina, se crearon premios para entidades colaboradoras, se prepararon actos sociales, se organizó una exposición científica y se dio relevancia académica a los actos inaugural y de clausura. El binomio Joaquín Trias Pujol y Manuel Corachán aparecerá en acción de modo repetido hasta el final de la Guerra Civil. El temario científico constó de dos ponencias: "Estudio de la estasis intestinal crónica" y "Estado actual diagnóstico y terapéutico de la parasífilis"; una tercera sesión científica se dedicó a las comunicaciones distribuidas en nueve secciones y una cuarta a proyección de películas científicas. Destacaremos un debate pionero sobre fisioterapia y la aportación del doctor Corachán sobre la adaptación de manos mecánicas en los amputados. El profesor Joaquín Trias Pujol participó en la primera ponencia encabezando los aspectos quirúrgicos del tema (el más joven del grupo de cirujanos) junto con el profesor Bartrina y el doctor Pujol y Brull. Los grandes parlamentos recibieron la prestancia debida en el salón de actos del Ayuntamiento de la capital. Los actos sociales constaron de excursiones a las ruinas de Ampurias, al balneario de aguas sulfurosas de Banyoles y al centro termal de Santa Coloma de Farners, y de una sesión teatral en sesión de gala. Antes de la clausura se entregaron premios a los laboratorios y a las casas comerciales que participaron con sus puestos de expositores: Premio Distinción, Medalla de Oro, Diploma de Oro, Premio de Mérito y Premio de Cooperación. Este sería el congreso de la madurez, que se obtuvo gracias a la experiencia del comité organizador que trasladó a nuestros medios los modos de hacer centroeuropeos, aprendidos en viajes de estudios. El Diario de Gerona destacaba en su crónica "la florida utilidad de una lengua que ha sabido producir una literatura, una legislación admirable y ahora se nos presenta utilizada en la ciencia médica". Los esquemas de trabajo de los congresos actuales de nuestro ámbito poco han variado respecto al que fue establecido por nuestros antiguos maestros hace ochenta años.

El Quinto Congreso se celebró de Lérida entre los días 24 y 26 de junio de 1923 y contó con la colaboración de 63 expositores. Se organizó el temario en cuatro mesas: medicina-obstetricia, ginecología, pediatría; fisioterapia (aparece por vez primera con mesa); cirugía; especialidades. Una sesión de cirugía fue dedicada a "Fracturas complicadas" y su moderador el profesor José María Vilardell (fue presidente de la SECOT) la desarrolló así: "Tratamiento, radiología, fracturas complicadas de las diáfisis, fracturas articulares, fractura supracondílea de húmero y secuelas de las fracturas complicadas". Al final del Congreso se rindió tributo a la primera Facultad de Medicina de Cataluña del Estudio General de Lérida, fundado en 1300 y clausurado en 1714. Sería restaurado por Orden Ministerial de 31 de diciembre de 1968 y sus estudios de medicina se reemprenderían bajo la tutela barcelonesa en 1977 y se independizarían en 1993.

El 13 de septiembre de 1923 el general Miguel Primo de Rivera implantó la Dictadura con el beneplácito de la Corona. La prensa definía así los objetivos al cabo de un año: "Suspendidos los derechos políticos de los ciudadanos, lógico es que asimismo queden suspendidos los derechos de las sociedades cuya principal finalidad es la de dificultar el desarrollo político del Directorio valiéndose de sus propagandas antipatrióticas... es muy natural que las entidades nacionalistas se vean fiscalizadas hasta en sus más tenues movimientos, como medio de hacer eficaz la acción que se propone el gobierno". La Mancomunidad de Catalunya fue liquidada al igual que las entidades y organizaciones culturales por ella creadas o soportadas. En tres años fueron cerradas 200 entidades y fiscalizadas muchas otras con obligación de cambiar el nombre de registro catalán por uno castellano y de no utilizar más la lengua catalana en sus documentos o actividades oficiales. Los Congresos de Médicos de Lengua Catalana enmudecieron y sus organizadores y promotores fueron vigilados de cerca. Hubo intentos para obtener permiso para un Sexto Congreso en 1926 y en 1928 y fue denegado. La Dictadura cayó el 28 de enero de 1930.

El Sexto Congreso reemprendió las actividades después de una pausa de siete años el 21 de junio de 1930. El acto inaugural tuvo lugar en el Salón de Ciento del Ayuntamiento de Barcelona lleno

a rebosar, bajo la presidencia honorífica del Conde de Güell. El secretario del congreso, profesor José María Vilardell, leyó su Memoria y resumió las dificultades de los últimos años y los esfuerzos de su Junta directiva para reemprender los Congresos. Agradeció que las actividades científicas se celebraran en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, al que se había empezado a trasladar los enfermos desde el antiguo edificio gótico del Hospital de la Santa Creu hacía unos tres años. Afirmó que "su éxito señalará un hito en la historia de la medicina catalana y contribuirá a afirmar en nuestra conciencia y en nuestra conducta, aquel ideal de amor al prójimo y aquel otro amor, más abstracto y puro por el avance de la ciencia -vía infinita- a la cual el esfuerzo de cada uno pone nuevos objetivos cada año que pasa para disminuir los dolores humanos, en aquello que a los hombres nos está permitido conseguir". En el temario nuestra especialidad no tuvo esta vez mesa de debate. Al final del Congreso de decidió elaborar un Diccionario de Medicina al que dedicaremos algunos comentarios más adelante en función de la participación de nuestros conocidos. El total de comunicaciones ascendió a 120.

El Séptimo Congreso tuvo lugar entre los días 27 de junio y 3 de julio de 1932 en Mallorca. Por enfermedad de su Presidente, el profesor Ribas y Ribas, lo presidió el Vicepresidente, profesor Joaquín Trias Pujol. Se desarrollaron cuatro mesas: climatología, hipertensión arterial, tisiología y cirugía de la tuberculosis. En esta última aparecen nombres ya conocidos y algunos con posterior proyección en la fundación de la SECOT: "Colapsoterapia quirúrgica", A. Trias Pujol; "Complicaciones de la toracoplastia", M. Corachán; "Anestesia en cirugía de la tuberculosis pulmonar", J.M. Bartrina; "Tratamiento quirúrgico del absceso frío", J. Trias Pujol; "Tratamiento quirúrgico del Mal de Pott, J.M. Vilardell"; "Tratamiento quirúrgico del tumor blanco", A. Morales; "Tratamiento conservador de la osteoartritis tuberculosa y cura sanatorial", J. Riba de Sanz.

El Octavo Congreso, celebrado en Barcelona del 26 de junio al 1 de julio de 1934, no tuvo relevancia científica para nuestra especialidad. Se rindió homenaje al gran cirujano Gimbernat, discípulo de Virgili y fundador del Real Congreso de Cirugía de Barcelona y del San Carlos de Madrid. En una ponencia sobre "Estados de choc" dirigida por el profesor Augusto Pi y Sunyer, catedrático de fisiología, participó el profesor Francisco Doménech Alsina, que había organizado la experimentación quirúrgica en la Facultad de Medicina en colaboración con el primero.

El Noveno Congreso tuvo como sede la ciudad de Perpiñán y fue presidido por el profesor Puig Sureda, catedrático de Técnica Quirúrgica en la Facultad de Medicina de Barcelona, íntimo colaborador universitario de los hermanos Trias Pujol y al paso de los años consuegro de Joaquín. En el segundo tema, que fue "La hidatidosis", los aspectos óseos de la enfermedad fueron tratados por el profesor José Trueta, los intratorácicos por Antonio Trias Pujol y los abdominales por Juan Puig Sureda. El Congreso tuvo la presidencia simbólica de la estatua del catalán Francesc Aragó (François para los franceses) nacido en el Rosellón en el pueblecito de Estagel y cuya fama se debe a haber sido nombrado por la Asamblea Nacional francesa a principios del siglo XIX para efectuar las mediciones del meridiano junto con Mechain, con el objetivo de crear la medida universal "el metro". Fueron perseguidos por la Inquisición que restauró Fernando VII; Mechain murió en Castellón y Aragó se camufló entre la población gracias a ser catalán, aunque del lado francés (con el Tratado de los Pirineos la corona francesa se había quedado con el Rosellón). Pudo acabar su misión, que le dio merecido reconocimiento mundial. En Barcelona la avenida Meridiana lleva este nombre porque sigue la dirección del meridiano utilizado para la medición del metro.

Los Congresos sufrieron las consecuencias de la Guerra Civil y de la larga represión franquista contra las manifestaciones culturales catalanas. Los siete años de privación con Primo de Rivera no fueron nada comparados con los cuarenta de Franco. En Perpiñán se había elegido como sede del Décimo Congreso la ciudad de Valencia y la presidencia recayó en el profesor Manuel Corachán, que era valenciano afincado en Barcelona; la guerra no lo permitió. Hubo que esperar hasta el 1976

para reemprender los Congresos y fue de nuevo en la ciudad de Perpiñán como símbolo del pasado inmediato, al modo de Fray Luis de León al empezar después del castigo con “como decíamos ayer”. Ninguno de nuestros antiguos maestros de la especialidad o de la cirugía en general podía participar porque el exilio y la muerte se los había llevado; solamente Trueta sobrevivió. Empezó el 23 de septiembre de 1976 en el Palacio de Congresos siendo presidente el doctor José Alsina Bofill, antiguo profesor de la Universitat Autònoma en patología médica y posteriormente sin cargo de hospital ni de universidad debido a la “depuración”. El Congreso tuvo dos ponencias, “Dinámica de la infección” y “Función social de la Medicina”. En la segunda ponencia y en su quinta mesa me tocó a mí hablar de “Análisis del concepto de salud desde el punto de vista del médico”. El profesor Trueta, cuya presencia honorífica habría sido muy celebrada, ya no pudo asistir a causa de la avanzada evolución de la enfermedad que le llevó a la muerte, y su discurso fue leído por su alumno el profesor Antonio Trias Rubiés, hijo del profesor Joaquín Trias Pujol; el tema era “Reflexión sobre los grandes procesos involutivos del hombre de hoy”.

El XI Congreso tuvo lugar en Reus del 25 al 28 de septiembre de 1980 bajo la presidencia del profesor José Laporte Salas, catedrático de farmacología y Conseller de Sanidad de la Generalitat de Catalunya, y presidente del Institut d’Estudis Catalans y del Real Colegio.

El XII Congreso consiguió llegar al País Valenciano y se celebró en Castellón de la Plana del 1 al 3 de noviembre de 1989 presidido por el doctor Emili Balaguer Perigüell. En el acto de apertura estaban presentes en la presidencia los consellers de sanidad de Valencia, de Catalunya, del Consell Interinsular Balear y del Consell General de les Valls d’Andorra. Fue la consolidación definitiva en época democrática.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA

El primer Congreso Universitario Catalán se celebró en 1903, cuando Joaquín Trias Pujol acababa el bachillerato y el segundo Congreso en 1918 cuando ya era catedrático en Zaragoza y esperaba el traslado a la Facultad de Medicina de Barcelona; entre ambos habían transcurrido quince años. En el segundo ya se redactó, discutió y aprobó un estatuto de autonomía universitaria detallando con total precisión datos como:

- Desarrollo de la enseñanza práctica y organización de seminarios, laboratorios, clínicas y talleres.
- Nombramiento de profesores agregados por elección y de ayudantes por concurso-oposición.
- Pruebas conjuntas en vez de exámenes por asignaturas.
 - Limitación del número de alumnos mediante exámenes de ingreso.
 - Organización de las bibliotecas.
 - Derechos y deberes de los estudiantes.
 - Sistema de becas.

El catalán sería la lengua oficial de esta universidad, respetando la competencia del profesor para usar el castellano.

El proyecto no pudo avanzar a causa del establecimiento en la corona española de un régimen dictatorial con rey y bajo el mando del general Primo de Rivera. La universidad pagó las consecuencias de hechos políticos que no tenían que ver con ella.

Cuando se recuperó la autonomía con el Estatuto de 1931 el gobierno de la Generalitat relanzó el proyecto. Lo primero fue nombrar un Patronato con una composición aceptada por el ministerio y quedó formado según sigue: Presidente, Pompeu Fabra; Secretario Joaquim Balcells; Vocales, D. Barnés, C. Bolívar, Américo Castro, A. García Banús, G. Marañón, A. Pi y Sunyer, A. Trias, J. Xirau y el Rector. No fue tarea fácil porque en Madrid algunos intelectuales disentían y personas como Ortega

y Gasset habían propuesto dos universidades, una la estatal clásica mantenida tal cual y otra nueva pagada con recursos de la Generalitat, lo cual no resultaba viable ya que habrían coexistido dos entes docentes disonantes, competitivos y enfrentados y además pagados por los mismos fondos del estado, directa o indirectamente vía transferencia a la autonomía. El "dinero de Madrid" que pagaría esta universidad no era otro que el recaudado de los ciudadanos entre los cuales estaban los contribuyentes catalanes. El Patronato quedó establecido en 1933 y redactó un Estatuto con 79 artículos.

El Rector, Sr. Pere Bosch Gimpera, organizó una Junta Universitaria que él presidía ayudado por un secretario y cuatro miembros del profesorado de las facultades de Filosofía y Letras y Pedagogía, de Ciencias, de Derecho y Ciencias Económicas y Sociales, y de Medicina y Farmacia.

Cada facultad aportaba un representante del alumnado y recordemos el de Filosofía y Letras, Salvador Espriu, eximio poeta, y el de Medicina, Josep María Massons, a quien la Sanidad Militar debe su ópera magna sobre la historia de este cuerpo. Establecieron detalladamente el reglamento de las pruebas de ingreso, unas comunes y otras especiales según la rama escogida; los índices de las pruebas, según fueran literarias o científicas, y entre éstas para matemáticas, física, química y ciencias naturales; los cursos de ingreso, que para las carreras de ciencias se componían de matemáticas, física, química y ciencias naturales. Este curso fue reimplantado en 1952 y llamado "curso común", con las ciencias naturales denominadas como biología; me tocó reestrenarlo aquel año de mi acceso a la universidad.

La aplicación, el desarrollo y el control del plan de estudios era competencia del Órgano de Gobierno de cada facultad. En la de Medicina lo componían el Decano, profesor Joaquín Trias Pujol, con su secretario y cuatro miembros profesores como Comisión Ejecutiva. Aquí reencontramos a nuestro biografiado y comprobamos que ambos hermanos asumen responsabilidades muy directas en la implantación de la reforma universitaria, Antonio en el Patronato y Joaquín en el Decanato. Para los licenciados con vocación docente o investigadora se abría la novedad del Doctorado sin ir a Madrid, siguiendo las enseñanzas preceptivas en su propia universidad bajo el control de un profesor Director de Tesis, y su defensa ante Tribunal de cinco profesores en Barcelona. Añadamos otra interesante novedad cual es el establecimiento de los estudios y Certificados de Especialidades.

A Joaquín Trias Pujol le incumbió buena parte de la organización de la enseñanza de la patología quirúrgica junto a su hermano Antonio y al profesor Bartrina. En vez de responsabilizarse durante tres años de una promoción establecieron la división de la materia entre los tres y en primer año Antonio Trias Pujol explicaría generalidades, cráneo, raquis y tórax, en segundo año Joaquín Trias Pujol cirugía de cara, cuello, miembros y pelvis y en tercer año Bartrina aparato génito-urinario y abdomen. Los alumnos dispondrían de algunas asignaturas de libre elección: urología, fisiología, terapéutica física, neurología, enfermedades de la nutrición y terapéutica y técnica quirúrgicas a cargo del profesor Puig Sureda. Al final de la Licenciatura se organizó el Curso de Ampliación con un cartel de doce cursos a elegir, al cual podían también inscribirse médicos previo acuerdo con el profesor a modo de postgrado.

La Facultad completaba sus enseñanzas con cursos superiores y monográficos en número de 51 que se impartían en la propia facultad, en el Hospital Clínico y en otros hospitales a los cuales se les había hecho extensiva la docencia: sobre todos destaca el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, que había pasado a ser el segundo hospital universitario de Cataluña. Algunos de tales cursos merecen ser recordados por haber sido pioneros en su materia:

"Técnica quirúrgica aplicada a la cirugía experimental y a la fisiología", por el profesor F. Doménech Alsina, de la clínica quirúrgica del profesor A. Trias, e impartido en el Instituto de Fisiología del profesor A. Pi y Sunyer.

“Factores químico-físicos que condicionan las infecciones locales”, por el profesor F. Duran Reynolds, del Instituto Rockefeller de Nueva York.

“Reumatismos en general”, por el profesor J. Cuatrecasas, que contaba con la colaboración de M. Bastos, de Joaquín Trias Pujol, de G. Marañón, de C. Jiménez Díaz, del tisiólogo L. Sayé, del cardiólogo L. Trias de Bes y del analista P. Domingo (hermano del ministro Marcelino Domingo). En este curso se echaron las raíces de la escuela catalana de Reumatología.

“Exploración del tubo digestivo y orientación diagnóstica”, curso médico-quirúrgico a cargo del profesor Antonio Trias Pujol y del doctor Màrius Cortés, digestólogo del dispensario.

“Terapéutica de las enfermedades del aparato digestivo”, dirigido por el profesor Antonio Trias Pujol y en el que colaboraba el doctor M. Cortés Lledó.

“Cirugía de urgencia”, por el profesor A. Trias Pujol y el doctor F. Doménech Alsina.

“Tratamiento de las fracturas”, por el profesor Joaquín Trias Pujol y su profesor auxiliar F. Jimeno Vidal.

“Ulcus gastroduodenal”, por el profesor M. Corachán y entre sus colaboradores descubrimos a un joven Josep Trueta aún no completamente especializado en la cirugía osteoarticular, a tenor de la colaboración.

“Interpretación de la fórmula leucocitaria en clínica”, por el profesor A. Pedro Pons y sus colaboradores A. Amell y F. Roqueta. Así nació una escuela de hematología posteriormente continuada por los profesores Farreras Valentí y Ciril Rozman en el Hospital Clínico.

No puede cerrarse este recordatorio docente de la Universidad Autónoma sin mencionar que a propuesta de la Facultad de Filosofía y Letras y Pedagogía y de su Asociación Profesional de Estudiantes se crearon los Estudios Universitarios para Obreros. La iniciativa respondía a estas consideraciones:

“... a la renovación que en estos momentos tiene lugar en todas las manifestaciones de la cultura, tanto en la forma como en el espíritu, ha creído (la universidad) que su misión no sería completada si no abriera sus puertas para ofrecer sus disciplinas a todos los niveles sociales, y más concretamente a aquéllos que, por circunstancias especiales de la vida o de su voluntad, no encontraban la manera de satisfacer aquella necesidad de cultura imprescindible al ser humano para intervenir en la vida colectiva, con todos los conocimientos y preparación que exigen las horas actuales”.

El anuario de la Universidad Autónoma para 1934-35 concluye con el Reglamento de Servicios Administrativos, la Obra Antituberculosa, la organización de la Biblioteca y el nombre del Procurador Isidro Sánchez Albornoz.

La ampliación de plazas docentes de la Facultad de Medicina a hospitales concertados contó con la oposición de algunos catedráticos que recordaron el distinto estatuto de quienes habían ganado la Plaza por oposición y de quienes eran nombrados por selección directa bajo la responsabilidad del Patronato. La cuestión se saldó al designar como Profesores Libres al equivalente de Catedrático y como Profesores Ayudantes al equivalente del Profesor Auxiliar de Cátedra. En el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau fueron incorporados a la docencia ambos servicios quirúrgicos, el del profesor Ribas Ribas y el del profesor Corachán, nombrando en cada uno los ayudantes docentes. Con Corachán trabajaba Trueta desde los años del viejo Hospital de la Santa Creu, cerca de las Ramblas, y le correspondió participar oficialmente en la tarea universitaria, y plenamente dedicado al aparato locomotor. Al fallecer Ribas Ribas fue preciso convocar el concurso y nombrar un nuevo Profesor Libre y el cargo le correspondió a Trueta, cuando corría el año 1936 y a partir de julio con la guerra civil iniciada ya no se realizó el trámite administrativo; pero queda documentación gráfica de la prensa. En plena guerra el profesor Corachán desempeñó el duro cargo de Conseller de Sanitat, una sanidad de guerra sobre

todo para poner en marcha los hospitales de sangre, el tratamiento de heridos, la construcción de refugios subterráneos en las ciudades, las escuelas de socorristas.

La Universidad Autónoma puso de manifiesto las calidades docentes de cada cátedra porque los alumnos en 1933 ya pudieron escoger libremente entre servicios de catedrático o de profesor libre y se comportaron como jueces de las aptitudes de cada profesor. Quienes se vieron mal calificados en esta libre elección consideraron que las nuevas disposiciones disminuían sus prerrogativas y acabaron formando un núcleo opositor de la reforma universitaria. Habían transcurrido tres décadas desde que se celebró el Primer Congreso Universitario Catalán en 1903 y al año de ver concretados los frutos de tan larga espera con una auténtica reforma universitaria la política española entró en una crisis gravísima, los hechos de octubre de 1934.

La República instaurada no había encontrado su equilibrio entre las exigencias de una izquierda que era presionada por las masas obreras y las de una derecha cautiva o representativa de los intereses financieros y latifundistas y enlazada con una Iglesia que aún no se había desligado de la unión "ancien régime" entre Dios y el Trono. Entre ambos extremos se encontraba atenazada una tercera España que pagó con sufrimiento el enfrentamiento entre aquellos y de la que Antonio Machado no se acordó al decir que una de las dos Españas tendría que helarnos el corazón. La tensión desembocó en el levantamiento de obreros en las cuencas mineras asturianas, de labradores y braceros en las zonas latifundistas del sur y con la inoportuna e infausta proclamación de un Estado Catalán en el seno de una nueva República Federal Española. El ejército acalló la situación, de manera sangrante y mortífera en el norte y en menos de un día en Barcelona, con implantación del estado de excepción durante tres meses y del estado de alarma hasta las nuevas elecciones de febrero de 1936 ganadas por el Frente Popular.

La tormenta se llevó consigo la Universidad Autónoma, el Patronato fue disuelto y sus miembros encarcelados, entre los cuales el profesor Antonio Trias Pujol, acusado de "rebelión militar" como sus compañeros universitarios. Fueron encarcelados durante unos meses en el barco Uruguay anclado en el puerto de Barcelona con funciones de presidio. El Gobierno nombró un Comisario para dismantelar la Universidad Autónoma y el cargo recayó en la persona del profesor Prieto Vences de la Universidad de Oviedo, que era antiguo conocido del profesor Antonio Trias Pujol. Entre ambos se cruzó una correspondencia. El Comisario reconocía que "Querían Vds. renovar la Universidad, realizar el anhelo que sentimos todos los universitarios españoles y hacer una transformación honda que no puede por menos que merecer el aplauso más entusiasta de los que desean el progreso cultural de España". Hasta aquí no se descubre ninguna culpa que mereciera tan duro castigo para unos intelectuales que representaban auténticamente el sentir de los catalanes en relación con su universidad. Pero después prosigue: "Al lado de esto hay otro punto que siento tener que tratar y es el de que iban Vds. a la catalanización de la Universidad, hasta el punto de que cuando llegué a Barcelona me di cuenta de que en menos de un año casi lo habían conseguido". ¿Sería este el delito de nuestros universitarios castigado como "rebelión militar"? Debemos esta documentación al doctor Moisés Broggi, que vivió aquellos avatares de muy cerca como alumno y joven médico de nuestra Facultad, como alumno de la escuela Trias Pujol y después como yerno del profesor Joaquín Trias Pujol, y que ya nonagenario disfrutó de la clarividencia necesaria para transmitirnos aquel pasado en sus memorias.

DICCIONARIO DE MEDICINA

La Asociación de Médicos de Lengua catalana, cuando realizó su Congreso en 1930, que era el sexto y presidido por Augusto Pi y Sunyer, acordó publicar un Diccionario de Medicina en lengua catalana y se encargó su elaboración al doctor Manuel Corachán, valenciano afincado en Barcelona y jefe de servicio de cirugía en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, recientemente inaugurado

y con los últimos enfermos acabados de trasladar desde el antiguo Hospital de la Santa Creu. Se trataba de llenar un vacío existente en la lexicografía científica catalana, que no estaba resuelto con los diccionarios habituales a pesar de la normalización lingüística del gran filólogo Pompeu Fabra. El Diccionari pretendía cubrir tres objetivos: eliminar las dudas sobre terminología médica y científica en general y ofrecer al profesional una herramienta de trabajo para escribir trabajos y hacer conferencias en un catalán correcto; comprender el sentido preciso de las expresiones que utilizan los enfermos al exponernos sus trastornos; ser capaces de interpretar textos y manuscritos antiguos de medicina. Para cubrir estos objetivos Corachán creó un equipo de trabajo compuesto por 85 colaboradores entre los que repartió las responsabilidades en función de las especialidades médicas y quirúrgicas, todas ellas representadas; había en el grupo cuatro filólogos asesores y correctores. Cuando se celebró el séptimo congreso de la Asociación bajo la presidencia de Joaquín Trias Pujol la obra ya había avanzado y se sabía seguro que no tardaría en ser concluida.

La cirugía estuvo representada por el propio Corachán, por los cuatro profesores de la Facultad de Medicina Joaquín y Antonio Trias Pujol, José María Bartina y Juan Puig Sureda, por los doctores del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Pedró Gabarró García, Jaime Pi Figueras, José Trueta Raspall y José María Vilardell Permanyer, entre otros; así pues, dos antiguos presidentes de la SECOT – Trias y Vilardell- y un fundador -Trueta-. Corachán asumió con su mecenazgo los gastos de redacción y los riesgos pecuniarios de la publicación, y entregó gratuitamente el trabajo, el fervor, la constancia, la dirección robando horas a su ya agotadora tarea profesional, como reconocía Augusto Pi y Sunyer en el prólogo. Este mismo profesor definía así el punto de partida lingüístico cuando empezó la elaboración del Diccionari: “El léxico del médico ha sido deplorable, un galimatías, una mezcla de términos más o menos científicos llegados al catalán después de transmigraciones a menudo complicadas, con otros términos vulgares, muchas veces mal aplicados o transcritos defectuosamente; castellanismos numerosos aprendidos en las lecciones de la Facultad; barbarismos y exotismos de todo tipo, en el mejor de los casos con un fino barniz vernacular. Este catalán médico era una lengua informe y mal sedimentada que era preciso depurar y fijar. Desde que se fundó la Sociedad de Biología en 1913 el lenguaje científico había mejorado pero era necesaria su fijación normativa partiendo del gran núcleo central de palabras de uso corriente, añadiendo formas dialectales que pudieran interesar y aclarando expresiones antiguas necesarias para comprender textos del pasado. Los nombres populares de la medicina deben salvarse en los diccionarios porque son una riqueza de todo idioma cuando nos referimos a nombres de enfermedades, de síntomas, de remedios, y la colaboración del médico resulta indispensable para el lexicógrafo cuando da definiciones exactas y corrige errores de difícil percepción para el profano”.

Entre los criterios de trabajo lingüístico destacaremos:

- Dar forma correcta a los neologismos de origen grecolatino con la colaboración de especialistas en estas lenguas para establecer la ortografía correcta y darles la desinencia catalana.
- Corregir la acentuación de los neologismos que en castellano presentan formas equivocadas por haberlos tomado del francés o del inglés, que prescinden de su acentuación original y de la prosodia latina.
- Eliminar los errores procedentes de la simple copia del francés en una palabra de origen griego.
- Respetar alguna forma errónea que con el uso y los años ha llegado a ser popular.
- Respetar las reglas de transcripción de palabras clásicas como han enseñado los lingüistas italianos y franceses que han corregido sus ortografías erróneas.

La experiencia acumulada en la selección terminológica procedente de textos antiguos permitió descubrir de modo sorprendente la antigua catalanidad de palabras que se conservan muy vivas en el vocabulario médico actual. Para que el consultor del Diccionari reparara en esta condición se citó

al lado del nombre corriente el libro o manuscrito antiguo donde había aparecido. La selección de la terminología propia de nuestra especialidad quirúrgica estuvo a cargo de nuestros antecesores ya citados. La obra se completó con un vocabulario castellano-catalán y francés-catalán. Apareció en fascículos y en 1936 con 830 páginas estuvo lista para su encuadernación. Tenía que repartirse en otoño pero la guerra civil ya había estallado y la bella edición a cargo de Salvat Editores quedó almacenada en cajas bien cerradas en los sótanos del Casal del Metge con la venia y la protección del Colegio de Médicos. De no ser así y en caso de haberla descubierto los inspectores del régimen triunfante habría sido incautada y destruida y castigados sus guardadores por tratarse de documentación no permitida por el solo hecho del idioma en que se había redactado. A partir de la década de los sesenta se pudo hacer saber a médicos de confianza que existía tal depósito y con sumo cuidado se pudo distribuir gratuitamente a quienes solicitaban el volumen a una persona de discreción acreditada que tuviera acceso a él. Los libros se habían deteriorado por el paso del tiempo con el lomo de piel de la encuadernación envejecido, las páginas amarillentas y algunas señales de los efectos de la humedad, como comprobé en el que a mí me tocó. La edición se agotó con esta lenta distribución clandestina veinticinco años después de su publicación, cosa que el entusiasta equipo editorial no podía haber imaginado cuando se puso manos a la obra en 1930.

En 1971 se pudo organizar en la Academia de Ciencias Médicas una mesa redonda sobre uso del catalán en la literatura médica y de la reunión surgió un deseo: poner al día el "Diccionari de Medicina" de Corachán. Pero la preparación de una segunda edición de esta magna obra era una tarea en aquel momento inaccesible y se convino que de momento se elaboraría un vocabulario de dimensiones más reducidas, labor que se puso en marcha con el apoyo del presidente de la Academia, profesor Laporte, y con el empuje del doctor Oriol Casassas, secretario de la Comisión del Vocabulario, quienes organizaron un equipo de 47 colaboradores con filólogos incluidos, con especialistas diversos entre los que me encontraba yo y con tres antiguos miembros del equipo del Diccionari, los doctores Alsina Bofill, Gabarró y Valero. El Vocabulari apareció en 1974 y tuvo una segunda edición en 1979 que alcanzaba 366 páginas, acompañaba las definiciones con una traducción inglesa, castellana y francesa y al final incluía los vocabularios inglés, castellano y francés con sus traducciones al catalán.

En 1985 la Academia de Ciencias Médicas se propuso editar un gran diccionario que fuera exhaustivo y finalmente apareció en 1990 con el apoyo de su presidente, profesor Mario Foz Sala, y del presidente del Colegio de Médicos, profesor Ramón Trias Rubiés, hijo de Joaquín Trias Pujol, y bajo la incansable Dirección de doctor Oriol Casassas, que también ha ostentado la presidencia de la Academia. Cada término va acompañado de su traducción alemana, inglesa, castellana, francesa e italiana y al final del libro vienen los vocabularios de estos idiomas con su traducción catalana. Esta obra de 1730 páginas es la culminación del espíritu que animaba en 1930 a los iniciadores del Diccionari bajo la batuta de Corachán. Esperemos que este Diccionari Enciclopèdic de Medicina pueda tener larga vida en la España normalizada.

SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO

Cuando Antonio Trias Pujol pudo abandonar el barco-cárcel Uruguay retomó la dirección de su servicio y junto a su hermano Joaquín planificó la organización de un servicio de urgencias en el hospital de la Facultad, el Clínico. En Barcelona existían tres hospitales importantes, el Clínico, el de la Santa Creu i Sant Pau y el del Sagrat Cor (Sagrado Corazón). Las urgencias eran distribuidas entre ellos pero el horario de trabajo de los servicios era matinal y por la tarde el médico de guardia no disponía de elementos complementarios para hacer un diagnóstico apropiado como son un servicio de radiología y un laboratorio. Se trataba de una carencia grave y fueron los hermanos Trias Pujol

quienes consiguieron dotar a la ciudad de un servicio de urgencias bien estructurado durante las 24 horas del día, tal y como lo habían conocido en sus viajes de estudio a hospitales centroeuropeos.

Joaquín era el Decano y con su influencia consiguió desalojar el tercer piso del bloque de entrada cabe la calle Provenza, donde estaba situada la residencia de funcionarios, que fueron realojados en otro lugar. Fueron distribuidos los espacios de manera que a la entrada de la sala se situase la recepción de los enfermos quirúrgicos, la secretaría para la toma de datos, la sala de curas y de yesos con un aparato de RX portátil y su crioscopio y el quirófano. Adyacente se instaló la sala de estar de los médicos y una habitación dormitorio para los médicos de guardia. Él controlaba personalmente las obras a diario y él escogió el material quirúrgico y tuvo presente que las camas deberían adaptarse a las necesidades de la moderna traumatología böhleriana. Muy cerca del quirófano se habilitó una cámara oscura para el revelado de radiografías y un pequeño laboratorio. El resto de la planta se destinó a habitaciones para los enfermos y al final de la sala se situó la lencería, la farmacia mínima y el puesto de la enfermería y de la monja que supervisaba la unidad. En otra planta paralela y vecina del tercer piso se creó una unidad de traumatología dividida en una sala común para hombres y otra para mujeres, y allí se ingresaban los accidentados que necesitaban una instalación con marco balcánico para tracción continua, con sus escalerillas bajo los pies de la cama para elevarlos y hacer la contratracción. Se trataba de una instalación compleja con la que muchos hicimos nuestro debut asistencial.

Desde el primer momento este Servicio jugó un importante papel en el marco de la sanidad pública y logró rellenar perfectamente el gran vacío existente en la ciudad, de manera que las ambulancias centralizaron hacia él el transporte de los accidentados de la ciudad y sus alrededores, otras urgencias quirúrgicas y varias más aunque no fueran quirúrgicas. La recepción de los enfermos se hacía en la planta baja, muy cerca de la puerta de entrada de ambulancias, y en el cuerpo de guardia se contaba con la colaboración del médico internista. Cuando se inauguró la dirección correspondió a los cuatro médicos de guardia quirúrgicos del momento que eran Ferrándiz, Pons Tortellá, Úsua y Jimeno Vidal; éste ya era el responsable del dispensario de traumatología del Servicio del profesor Joaquín Trias Pujol, después del viaje de estudios becado en Viena junto al doctor Lorenz Böhler. Al año de la inauguración José María Usúa y Francisco Jimeno Vidal terminaron su período de dos años de actuación y fue necesario convocar las plazas a concurso-oposición, en el que salieron nombrados Pedro Piulachs y Moisés Broggi.

El cuerpo de guardia acabó estructurado en cuatro equipos y cada uno con un médico de guardia, un médico interno y dos alumnos internos por oposición. En la postguerra la rotación de las guardias quedó en un día semanal fijo de lunes a jueves y los viernes, sábados y domingos rotatorios. La figura del alumno interno era el fruto de la creación del Internado en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma, siendo Decano el profesor Joaquín Trias Pujol. Esta figura correspondía a la que tanto prestigio daba a los hospitales universitarios franceses desde la reforma napoleónica. En los reglamentos de la Facultad le corresponde al Internado una normativa de 26 puntos, algunos de los cuales merecen un comentario, sobre todo por la responsabilidad del Decano en su elaboración:

> Las finalidades del Internado entre los alumnos de la Facultad son básicamente dos:

- 1.ª) Proporcionar a los alumnos al final de la licenciatura un medio de perfeccionamiento de su formación clínica, de iniciación a la especialización profesional y de orientación a la investigación.
- 2.ª) Proporcionar a los servicios del Hospital Clínico una asistencia asidua y eficaz por parte de los internos, los cuales... habrán de dedicar sus actividades exclusivamente a los trabajos hospitalarios.

- > La selección será por concurso-oposición y los candidatos tendrán que haber cumplido cinco años de escolaridad en la Facultad y al menos dos del periodo clínico.
- > Se establecen tres secciones a efectos del concurso-oposición para la mejor distribución de los alumnos internos: medicina, cirugía y toco-ginecología.
- > Las pruebas constarán de los ejercicios siguientes:
 - Ejercicio escrito, que consistirá en desarrollar, durante tres horas como máximo, temas iguales para todos y sorteados del cuestionario que rige para las pruebas.
 - Ejercicio oral, que consistirá en desarrollar, durante cuarenta minutos como máximo, dos temas sorteados del mismo cuestionario.
 - Ejercicio práctico, cuya organización es de libre iniciativa del Tribunal.
- > El Decano propondrá a la Junta de Facultad la lista de los cinco miembros de cada Tribunal integrado por docentes dedicados a las materias objeto de la prueba.
- > El cargo de Alumno Interno durará dos años no ampliables y vencerá siempre del 1 al 31 de octubre, que será cuando tomen posesión los nuevos, nombrados en el concurso del mes anterior.
- > Un profesor numerario o agregado, nombrado por la Junta de la Facultad, será el Director del Internado.
- > Los alumnos internos realizarán dos tipos de trabajo:
 - El que dependa del servicio clínico al cual estén adscritos.
 - El cumplimiento de las guardias para atender el Servicio de Urgencias del Hospital.
- > El alumno interno residirá en la Facultad o en el Hospital... en régimen de residencia universitaria. Podrán solicitar exención de permanencia nocturna los internos que tengan su residencia en la misma ciudad de Barcelona y acrediten vivir con sus padres, los que estén casados y los que vivan con hermanos menores que precisen de su tutela. Para conseguir esta exención será preciso solicitarla al Decano de la Facultad con informe del Director del Internado.
- > Al final del internado y con informe favorable del Jefe de Servicio con quien hayan trabajado y del Director del Internado, el alumno recibirá un diploma acreditativo de su actuación firmado por el Rector de la Universidad. Este documento tendrá el valor de un servicio prestado a la enseñanza para los concursos que la Universidad celebre.

Durante la Guerra Civil este Servicio de Urgencias proporcionó equipos quirúrgicos muy preparados que fueron enviados a hospitales especialmente adaptados para recibir a los heridos del frente, donde otros equipos de primera línea los recogían, los trasladaban en ambulancias y a menudo los operaban en vagones de tren, adaptados como quirófano unos y como salas otros. El final de la contienda fue para varios profesores y médicos de los servicios hospitalarios importantes el inicio de un largo calvario ante los tribunales de depuración y perdieron sus cargos, pero el Servicio de Urgencias persistió con nuevos profesionales al frente de los cuatro equipos por un periodo de cuatro años. Con la ayuda del profesor Collado Herrero y con mi propio recuerdo de décadas posteriores hemos podido reconstruir con los nombres de los médicos de guardia dichas cuartetos de cirujanos jefes. A ellos se añadirían los médicos internos y los alumnos en una lista prolija en la que constan muchos célebres cirujanos, ortopedas y traumatólogos, que llegaron incluso a la Presidencia de la SECOT. Yo fui alumno interno en 1958 y mi nombramiento, que entonces procedía del Ministerio, fue firmado por Don Torcuato Fernández Miranda, el diputado de las "trampas saduceas" (sic dixit) que tan importante papel jugó en la Transición hacia la Monarquía Constitucional. Volviendo al colectivo de médicos de guardia, de médicos internos y de alumnos, todos ellos han sido el fruto de una obra del profesor Joaquín Trias Pujol y se le debe agradecimiento por habernos formado en la estructura que él creó con visión de futuro. Las referidas cuartetos de médicos de guardia fueron:

- > Francisco Jimeno Vidal, Eduardo Pons Tortella, José María Usúa y Vicente Ferrandis.
- > José María Usúa, Vicente Ferrandis, Moisés Broggi y Pedro Piulachs.
- > José Agustí Peypoch, Herman Hederich, Sebastián Sastre Sastre y José Paravisini Parra.
- > Roberto Nogué Tutor, Mariano Anglada Lasierra, Fernando Collado Herrero y Emilio Sala Patau.
- > Joaquín Capdevila Torra, Miguel Molins Benedetti, Jaime Suñol Blanchart y Tomás Amat Puértolas.
- > Ramón Balius Juli, Enrique Vendrell Torné, Román Juliá Daurella y José Ojeda Gil.
- > Juan Sánchez-Lloret Tortosa, Florentino Rivas García, Manuel Sarró Palau y Carlos Torner Baduell.

Este sistema de concurso-oposición acabó en 1967 con el advenimiento de la especialización en la cátedra de patología quirúrgica. Una asumió la cirugía visceral y la otra la traumatología osteoarticular. El servicio del profesor Piulachs y después del profesor Pera se responsabilizó de la cirugía general y visceral y el del profesor Arandes del aparato locomotor. En esta cátedra se creó un servicio de cirugía ortopédica y traumatología y se nombró un jefe para la especialidad que fue el profesor Joaquín Cabot Boix, que ocupó el cargo hasta que en 1972 fue nombrado jefe de servicio en la Ciudad Sanitaria de Bellvitge y le sustituyó en el Hospital Clínico el profesor Robert Ramón Soler. Después de 1967 existió un interregno con nombramiento de dos cirujanos de guardia por simple concurso y fueron elegidos los doctores Llauredó Miret y Mijares Grau, y al cabo de cuatro años asumían la guardia los especialistas de cada servicio por rotación. El sistema organizado por el profesor Joaquín Trias Pujol tuvo una vigencia de tres décadas y media; durante este tiempo podemos calcular en un centenar los cirujanos que se formaron en este sistema y que después se encarrilaron hacia diversas especialidades. Sólo la natural evolución de la cirugía y del hospital hacia especializaciones, sobre todo la del aparato locomotor, obligó a la transformación del sistema para adaptarlo a las exigencias de la nueva era.

No concluiremos esta exposición sin referirnos a la enfermería del referido servicio de urgencias y del hospital en general. Las religiosas asumían esta responsabilidad sin titulación ni preparación técnica y el amor al prójimo no siempre podía sustituir el defecto profesional. Existían en aquel momento dos escuelas de enfermería en Barcelona: la del Instituto de Santa Madrona, obra social de la Caja de Ahorros, fundada en 1917 con apoyo de la Mancomunidad de Cataluña (esbozo de gobierno autónomo) y la Escuela de Enfermeras Auxiliares de Medicina, fundada en 1919 por el Gobierno de la Mancomunidad. En 1933 la Generalitat creó la Escuela de Enfermería con profesorado médico, dirigida por el Dr. Baltasar Pijoán y con prácticas radicadas en el Hospital Clínico. Del acuerdo entre el profesor Joaquín Trias Pujol y el doctor Pijoán nació la colaboración docente de la facultad y la participación de estas nuevas enfermeras en la asistencia hospitalaria. Los estudios se realizaban en dos cursos y se añadía un curso de especialización en visitadoras, enfermedades internas, cirugía, puericultura y enfermedades nerviosas y mentales. Al final del ciclo se obtenía el diploma de Enfermera Superior. Se siguió un modelo inglés; la jefa de escuela, Sra. Ripol Noble, se había formado en enfermería en EE.UU gracias a una beca de la Fundación Rochefeller. Esta Escuela de Enfermería de la Generalitat sufrió las consecuencias de la guerra que interrumpió la enseñanza y una vez acabada la guerra los vencedores la clausuraron. Después de la contienda subsistió la Escuela de Santa Madrona y la de Damas Enfermeras de la Cruz Roja, que se estableció en 1926.

CIRUGÍA DE GUERRA

En 1937 el frente estaba lejos de Barcelona pero en cambio los bombardeos sobre población civil eran muy frecuentes y cruentos. Cuando esto sucedía los hospitales se llenaban de heridos de

metralla y por lesiones de aplastamiento debajo de los edificios dañados. En abril fue bombardeada Guernica pero en Barcelona duraron estos ataques hasta casi el final de la guerra y en ellos las aviaciones italiana y alemana comprobaban los efectos destructores de los explosivos de gran potencia que utilizaban a modo de ensayo de lo que pocos años después desencadenaron con la segunda guerra mundial. Esta situación obligó a un replanteamiento de la organización hospitalaria de Barcelona para dar prioridad a la nueva patología de guerra.

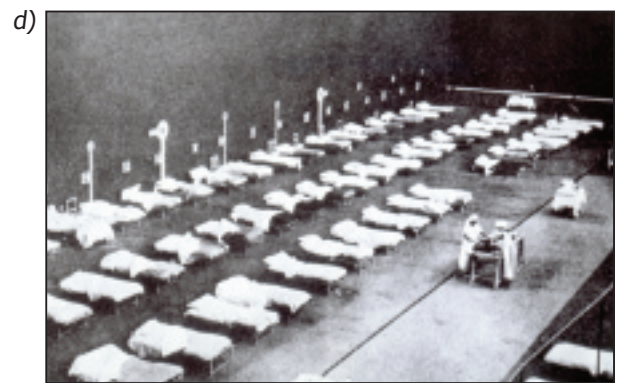
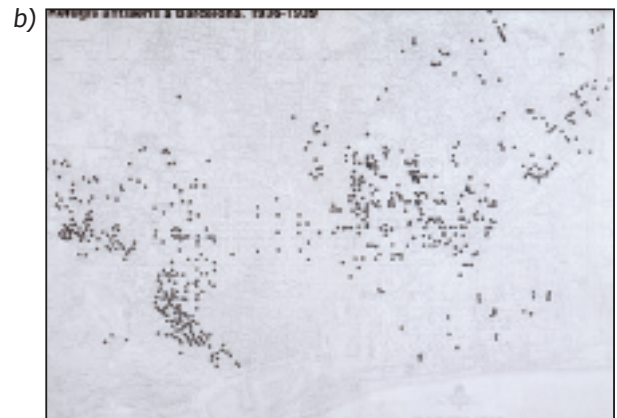
El profesor Joaquín Trias Pujol acudió al Hospital Clínico el 19 de julio de 1936 cuando se libró en la ciudad la primera batalla entre los insurrectos y las tropas fieles al gobierno republicano. Hasta el final de la guerra se mantuvo al frente de su servicio de patología quirúrgica adaptado a las necesidades del momento. En aquel verano su familia veraneaba en La Conreria, localidad de la sierra cercana a su ciudad natal, Badalona, y fue a buscarlos para que se trasladaran al norte de la Costa Brava y se quedaran en Port de la Selva.

La primera batalla de la guerra civil en Barcelona se libró en el cruce del Paseo de Gracia con la Avenida Diagonal entre tropas de los cuarteles del Bruc en Pedralbes, por un lado, y guardias civiles, guardias de asalto y milicianos anarcosindicalistas, que se habían hecho con las armas de algunos cuarteles venciendo su resistencia, por el otro lado. A escasa distancia del citado cruce se encuentra la iglesia de Nuestra Señora de Pompeya, anexa al convento de frailes franciscanos, y éstos la transformaron en hospital de sangre: retiraron los bancos, colocaron camas, se vistieron con bata blanca, llamaron a médicos y colocaron una bandera de la Cruz Roja en la puerta. Fue el primer hospital de la guerra civil en Cataluña.

Los combates duraron dos días y los heridos fueron trasladados a los grandes servicios quirúrgicos del hospital Clínico, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y del Hospital Militar de Vallcarca, de reciente creación. Junto a la adaptación de los hospitales públicos a estas nuevas necesidades bélicas proliferaron pequeños hospitales de sangre bajo la iniciativa civil allí donde fue necesario porque la sanidad militar había sido totalmente desbordada. Frente al alzamiento militar se opuso una fuerza desorganizada de origen populista y sindicalista con mandos diversos y a veces enconados. Los tratamientos efectuados en equipos de curas tan diversos no guardaban unidad alguna porque ante el alud de heridos no hubo tiempo para programar unos criterios comunes. La Sanidad Militar se regía por el Reglamento de Sanidad en campaña, vigente desde el 1 de julio de 1896, y los libros sobre cirugía de guerra que podían ser consultados habían sido escritos después de la primera guerra mundial. Era necesario coordinar hospitales y actualizar conocimientos. El primer paso fue la disolución de las Juntas de Sanidad que existían a tres niveles: superior, comarcal y municipal; el segundo paso, la creación del Consejo de Sanidad de Guerra.

La Generalitat de Cataluña creó este organismo el 6 de octubre de 1936 y se vio obligada a consensuarlo con las diversas fuerzas que estaban en el poder del gobierno o bien de la calle: partidos políticos, sindicatos, anarquistas, trotskistas, comunistas. La primera composición del Consejo estuvo formada por doce médicos civiles, tres médicos militares por el ministerio de Defensa (comandante médico Federico Altimira Mezquita y capitanes médicos Francisco de la Cruz Reig y José Onorbe Dauso), dos farmacéuticos y dos veterinarios. El Consejo fue puesto a las órdenes de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Cataluña cuya cartera desempeñaba el profesor Manuel Corachán, eminente cirujano del hospital de la Santa Creu i Sant Pau, que en varias ocasiones ha aparecido en nuestro relato. La Conselleria nombró Presidente del Consejo al profesor Joaquín Trias Pujol, según nos refiere en su relato el doctor Moisés Broggi, alumno y yerno suyo. Las primeras funciones que le encargaron fueron: regular la sanidad en el frente y en la retaguardia, movilizar el personal facultativo y auxiliar según las necesidades del frente, distribuir los hospitales y acondicionarlos, organizar la evacuación de los combatientes heridos y reservarse la capacidad de intervención sobre laboratorios

y fábricas de productos quimicofarmacéuticos. La complejidad de tales funciones obligó a transferir el Consejo a la Conselleria de Defensa y a delimitar las competencias que debían quedarle a la Conselleria de Sanitat.



a) Bombardeo del puerto de Barcelona.
 b) Situación de los refugios antiaéreos en el plano de Barcelona.
 c) Escuela de Socorristas de guerra de Sant Cugat.
 d) Hospital de sangre instalado en el Frontón Colón de las Ramblas de Barcelona.

En su etapa de Defensa el Consejo nombró inspectores generales de servicios sanitarios en las distintas zonas del frente, médicos de Estado Mayor de los diversos cuerpos de ejército, militarizó a los facultativos civiles que fueron nombrados para tales cargos y, de acuerdo con las bases que regulaban la utilización de personal movilizado, estableció que quedaban en situación de disponibles médicos, farmacéuticos, odontólogos, veterinarios, practicantes de medicina, auxiliares de farmacia y enfermeras; los jóvenes que no habían podido acabar los estudios de las carreras citadas prestarían sus servicios según el lugar que les correspondiera en la movilización general. La militarización llevaba consigo una determinada graduación en función del nivel de titulación y los miembros del Consejo fueron nombrados comandantes. Entre los objetivos del Consejo propuestos desde Defensa destacaremos:

- > Propagar los proyectos y darles publicidad.
- > Divulgar normas útiles de higiene y sanidad de guerra.
- > Establecer conexiones entre el frente y la retaguardia.
- > Organizar un Servicio de Transfusiones para el frente.
- > Preparar ambulancias adaptadas al frente, trenes para transporte de heridos y trenes hospital con sala de operaciones.
- > Crear equipos volantes de cirugía.

Dos aspectos interesantes destacan entre estos objetivos:

1.º Los camiones quirúrgicos, llamados "auto-chir", dado su origen francés.

Tenían autoclave, rayos X, sala de operaciones, instrumental y grupo electrógeno accionado por el motor del camión. Se completaba con dos camiones con veinte literas para heridos y otras tantas para el personal. Podía acercarse a la línea de fuego y se instalaba en unas 4 o 6 horas. Solían llevar dos equipos quirúrgicos compuestos cada uno por cirujano, ayudante, anestesista y dos sanitarios o enfermeras. La atención de los heridos estaba a cargo de seis enfermeras; se completaba con tres cocineros, un conductor, un encargado de intendencia y tres soldados para las contingencias de la guerra. A medida que el camión-enfermería se llenaba los heridos eran evacuados a los hospitales de la retaguardia.



Federico Durán Jordá, iniciador del banco de sangre.

2.º El trabajo quirúrgico sólo podía llevarse a cabo con esperanza de vida para el gran herido si se disponía de sangre para transfundir y en aquella época las transfusiones se encontraban en su etapa incipiente. Para encontrar una solución el profesor Joaquín Trias Pujol confió en el trabajo del doctor Federico Durán Jordá, que se encargaba del laboratorio del servicio quirúrgico del profesor Antonio Trias Pujol en el Hospital Clínico. Bajo el empuje y el apoyo de la Dirección del Consejo de Sanidad de Guerra, Durán Jordá propuso organizar un depósito de sangre extraída a donantes vivos, ya que el método del ruso Judine, que utilizaba sangre de cadáver, no había dado buenos resultados.

Su historiador, el doctor Grífol Espés, nos refiere que logró reunir 3.014 donantes que fueron estudiados, clasificados y fichados; se les extendió un carnet de donante que daba derecho a un lote de alimentos después de cada extracción, premio muy valioso en época de guerra. El Banco de Sangre nació así como obra de Durán Jordá, que estableció los centros de extracción y su metódica, la conservación con citrato de sodio al 4%, la técnica de filtrado, el depósito en neveras eléctricas a 2°C (las primeras de la época) y finalmente su transporte en ambulancias especiales con neveras hasta el frente. En septiembre de 1936 pudo hacer el primer envío de 7 litros de sangre al frente de Aragón. Durán Jordá recibió la jerarquía de Mayor Jefe del Servicio de Transfusiones del Ejército del Este en un documento firmado por el Jefe de los Servicios de Transfusión de Sangre del Ejército de Tierra, doctor Joaquín D'Harcourt, médico militar alumno de Bastos Ansart y socio fundador de la SECOT. Las ideas pioneras de Durán Jordá fueron utilizadas después de la guerra civil por la Cruz Roja británica, ya que se exilió como José Trueta en la Gran Bretaña a petición del Foreign Office, y gracias a ello los bancos de sangre que puso a punto llegaron a los frentes de batalla europeos de las tropas aliadas. Al final de la segunda guerra mundial Durán Jordá trabajó como patólogo en Manchester, en el Hall Children's Hospital y en el Monsall Hospital en calidad de Director del departamento de patología. Falleció de una enfermedad de la sangre el día 30 de marzo de 1957 a los 51 años de edad en la Royal Infirmary de Manchester.

Las vidas de nuestros personajes se entrelazan en una época en que la calidad personal y científica que tenían nos explica que la elección para desempeñar cargos de responsabilidad y para llevar adelante iniciativas recayera frecuentemente



Banco de sangre móvil para desplazarse al frente.

sobre ellos. La organización hospitalaria precisaba de todas las camas disponibles para atender a los heridos de guerra y fue necesario que la Sanidad Militar pusiera en pleno funcionamiento el Hospital Militar de Vallcarca que sustituía al antiguo situado en la calle de Tallers en la Barcelona vieja cerca de la Universidad. Para dirigirlo nombraron al profesor Joaquín Trias Pujol con la graduación de coronel, y en este hospital tenía asignada una sala el doctor D'Harcourt.

Aplicaron el método cerrado de tratamiento de las fracturas abiertas y el método Böhler en las fracturas cerradas, de la misma manera que en el Hospital Clínico se había utilizado en el Servicio de Urgencias fundado por el profesor Joaquín Trias Pujol y que en el Hospital de Cataluña (nombre dado en aquellos años de guerra al Hospital de la Santa Creu i Sant Pau) practicaba el profesor José Trueta.

En el Hospital Clínico el equipo de cuatro cirujanos del Servicio de Urgencias se había desmembrado. Jimeno Vidal se encontraba en Reus, donde organizó un hospital de guerra en el Instituto Pedro Mata (centro psiquiátrico) por orden del Director del Consejo de Sanidad de Guerra, su maestro Joaquín Trias Pujol. Usúa había sido destinado a un tren hospital, Broggi, al igual que Massons, partió como cirujano jefe de equipo con las brigadas internacionales y Piulachs al frente de Aragón. La cátedra no funcionaba porque en época de guerra la universidad estuvo cerrada y la actividad operatoria de la clínica quirúrgica se centraba en los heridos. La vida científica era casi nula, las sociedades no se reunían y las publicaciones estaban interrumpidas. Las suscripciones a revistas científicas quedaron faltas de muchos números, como comprobamos al consultarlas, y el vacío bibliográfico se prolonga con la Segunda Guerra Mundial. Conforme avanzaba la Guerra Civil se iba perfilando la derrota de las fuerzas republicanas y los profesionales e intelectuales comprometidos preparaban su huida y el destino de sus familias. El profesor Joaquín Trias Pujol envió a su esposa con sus hijos al sur de Francia y se tuvieron que dispersar en varios centros de acogida. Poco antes de la llegada a Barcelona de las tropas nacionales el profesor Joaquín Trias Pujol comunicó a su colaborador el doctor Moisés Broggi que partiría hacia Francia y que le delegaba para que hiciera entrega del Hospital Militar a los mandos del ejército vencedor. Éste entraba en Barcelona el día 26 de enero de 1939 y al cabo de dos días se presentó el general de Sanidad del Ejército del Norte y el doctor Broggi le hizo entrega del Hospital tal y como había acordado con el coronel Trias Pujol. Después de este traspaso de poderes el doctor Broggi se reintegró al Hospital Clínico en su puesto del Servicio de Urgencias, donde siguió trabajando unos meses.

TRIBUNAL DE RESPONSABILIDADES POLÍTICAS

Al terminar la Guerra Civil empezó un proceso de represión del que se alejaba toda idea de magnanimidad, de benevolencia o de reconciliación y que abrió una etapa de secuelas de guerra en forma de miedo, de revancha y de humillación. La base del procedimiento seguido estuvo en la Ley de Responsabilidades Políticas, instrumento que vino a sumarse a otros utilizados por el gobierno vencedor. Esta Ley tuvo un efecto colateral, cual fue el económico, el hacer pagar a los vencidos una factura económica, y explica el afán en la búsqueda de patrimonio de los denunciados y su confiscación. Pero ocurre con frecuencia que la Ley es utilizada para otras finalidades como pasar cuentas por viejas enemistades, por celos, por envidias profesionales. Esta Ley generó la apertura de unos 300.000 expedientes, pero muchos no prosperaron porque la labor represiva superaba los medios disponibles para llevarla a cabo y porque la evolución de la Segunda Guerra Mundial con el avance de los aliados aconsejó una moderación. Ésta se hizo más patente cuando el fascismo y el nazismo fueron derrotados y las penas fueron trocadas en multas, que una vez pagadas permitieron reclamar los bienes confiscados. Permítasenos aportar los conceptos iniciales del preámbulo de dicha Ley firmada por Francisco Franco:

“Próxima la total liberación de España, el Gobierno, consciente de los deberes que le incumben respecto a la reconstrucción espiritual y material de nuestra Patria, considera llegado el momento de dictar una Ley de Responsabilidades Políticas que sirva para liquidar las culpas de este orden contraídas por quienes contribuyeron con actos u omisiones graves a forjar la subversión roja, a mantenerla viva durante más de dos años y a entorpecer el triunfo providencial e históricamente ineludible, del Movimiento Nacional, que traduzca en efectividades prácticas las responsabilidades civiles de las personas culpables...”

“Los propósitos de esta Ley y su desarrollo le dan un carácter que supera los conceptos estrictos de una disposición penal encajada dentro de moldes que ya han caducado.”

“Los Tribunales encargados de imponer las sanciones estarán compuestas por representantes del Ejército, de la Magistratura y de la Falange Española Tradicionalista y de los JONS, que darán a su actuación conjunta el tono que inspira el Movimiento Nacional.”

La maquinaria represiva abrió las puertas a la represión de los grupos profesionales contaminados por ideales democráticos, republicanos de izquierda, catalanistas. Los decretos de depuración de los Colegios Profesionales daban normas que fijaban las condiciones para ejercer la profesión, las obligaciones de los colegiados; esta práctica alcanzó a los médicos, los abogados, los arquitectos, los ingenieros, los hombres de letras, en fin, a la totalidad de representantes de la intelectualidad española. Además de normas de conducta generales para los Colegios se decidía quién podía ejercer su profesión a tenor del historial político e ideológico. Sirva de ejemplo el Colegio de Médicos de Barcelona: tenía en 1936 unos 1.700 profesionales, de los cuales 335 fueron dados de baja por no haberse sometido a la depuración (estaban encarcelados o en el exilio) y los restantes tuvieron que someterse a ella y fueron sancionados el 18% y suspendidos de ejercicio profesional 26; en total 995 médicos barceloneses fueron sancionados por la Comisión Depuradora de su Colegio, sobre un censo de 3.074 en 1944.

Otros fueron elegidos a tenor de sus cargos académicos o profesionales de relieve para ser juzgados por el Tribunal de Responsabilidades Políticas, lo que permitió que los agravios y los resentimientos personales se transformaran en denuncias políticas en un trasfondo totalmente ideológico. Pasar a este Tribunal era un salto cualitativo para la persona juzgada, como se demuestra en las inculpaciones del profesor Augusto Pi y Sunyer, fundador del Institut de Fisiología y catedrático, de su colaborador Jesús Bellido, catedrático de Farmacología, de Santiago Pi y Sunyer, catedrático de Fisiología en Zaragoza, de José Puche, catedrático de Fisiología en Valencia, de Carlos Pi y Sunyer, alcalde de Barcelona (hermano de Augusto y de Santiago), de Pompeu Fabra, alma renovadora de la lengua catalana, de José Luis Sert, gran arquitecto, y de los hermanos Joaquín y Antonio Trias Pujol. El estudio del historiador Vilanova Vila-Abadal, en el que se basa este capítulo, ha aclarado los juicios a que les sometió el Tribunal en función de “testimonios de sentencias dictadas por la Jurisdicción Militar” o de denuncia “escrita y firmada de cualquier persona natural o jurídica”. El Tribunal Regional de Barcelona tenía incoados en 1941 9.907 expedientes de los que 2.382 habían sido resueltos y 7.525 estaban pendientes de resolución. Dicha obra histórica se ilustra con la fotocopia de la sentencia en el juicio contra el profesor Augusto Pi y Sunyer:

“Fallamos: Que debemos declarar la responsabilidad política del inculpado Augusto Pi Suñer a quien se le impone la sanción de pérdida total de bienes, inhabilitación absoluta perpetua y extrañamiento perpetuo del territorio nacional.”

“Si por esta nuestra Sentencia dictada por unanimidad, de la que se unirá certificación al rollo, lo pronunciamos, firmamos y mandamos. Manuel de la Prada, Ildefonso de la Maza, Antonio Vidal. Rubricado. Para que conste y unir al expediente de su razón, expido y firmo la pr. Barcelona a treinta de abril de mil novecientos cuarenta y uno. M.^a Dolores Estartús. Rubricado.”

El sentenciado, como otros muchos españoles de gran talla universitaria, estaba “fugado”. Se le había encargado la fundación y organización del Instituto de Fisiología de Caracas, que le dio fama mundial. Éste es el contexto en el que se inicia y se desarrolla el juicio contra el profesor Joaquín Trias Pujol y su hermano, una vez más unidos, ahora ante el infortunio, a partir de una denuncia que los incluyó juntos y que tuvo parecido final.

Quien les denunció y dio lugar al juicio fue otro médico llamado Juan Vázquez Sanz, Jefe de Sanidad de la Milicia de FET y de las JONS en la IV Región Militar. El general Eliseo Álvarez Arenas, responsable del régimen especial de ocupación en Cataluña, autorizó el 28 de febrero de 1939 “la cesión” de la Clínica Fargas a la Jefatura de Sanidad y Farmacia de la referida Milicia. Al cabo de medio año de instalarse en este centro, el doctor Vázquez Sanz decidió que debían ser denunciados los hermanos Trias Pujol. La clínica era propiedad de la viuda del doctor Fargas, a la vez suegra del doctor Antonio Trias Pujol, el cual allí operaba al igual que su hermano Joaquín desde hacía unos años, de lo que se concluyó la idea de que la Clínica Fargas era propiedad de ambos hermanos. A la muerte de la viuda de Fargas la propiedad pasó a su hija Montserrat Fargas y a su esposo Antonio Trias Pujol, ambos emigrados y por lo tanto “en rebeldía” con los agravantes de ser acusado él como “uno de los elementos más funestos de la anti-España”, de haber estado “incondicionalmente con los rojos”, de huir frontera allá “en compañía de la horda” y de que ambos hermanos habían puesto la clínica “al servicio de los rojos”. Con la ocupación del centro se haría “ahora una ímproba labor de reparación patriótica” y se podría “honrar con el tiempo el recuerdo de la funesta actuación de sus parientes los hermanos Trias Pujol.”

Al cabo de cuatro días de haber llegado la denuncia al Tribunal se recabaron los informes preceptivos que debían emitir la Guardia Civil, la Falange, la Policía y el Ayuntamiento de Barcelona. Entresacamos algunos párrafos de tales informes:

- > De la Guardia Civil: Antonio Trias Pujol tenía una trayectoria política más densa y muchos datos procedían del informe del portero de la finca donde había vivido (Segundo Casado Adance, Paseo de Gracia n.º 61) que explicó qué visitas recibía, qué reuniones organizaba y otros datos sobre “sus manejos y maquinaciones fueron siempre en contra de España”. De Joaquín Trias Pujol decía que “aun cuando con su persona, inteligencia y dinero cooperó a la revolución rojo-separatista, no fue su actuación tan destacada como la de su precitado hermano.”
- > De la Falange: En este caso Joaquín Trias Pujol se llevó la palma sobre su hermano Antonio en acusaciones a partir del historial profesional y universitario. Pero se le sumó una procedente de sus vacaciones en Port de la Selva, en la Costa Brava, diciendo que “contaminó el virus de sus ideas en sus tertulias de casino, ideas cuyo desarrollo cambiaron la faz política del pueblo”, “Por lo tanto, está considerado como de ideología afín al frente popular”. Se le reconocía una buena actuación durante la guerra y que en su domicilio se oía misa pero se le denigraba diciendo que estos comportamientos “eran debidos a exigencias familiares y a su relación social”. A su hermano Antonio se le acusaba de simpatía con el gobierno rojo y de su pasado político, y además incluía un cargo nuevo al decir que fue un “delator rojo”.
- > De la Policía: Ambos hermanos son acusados de formar parte “del Club de los Rotarios, celebrando sus reuniones con dicho Club en el Hotel Ritz, avisándose a domicilio de la fecha en que habían de tener efecto estas reuniones... Probable masón, hay que considerarlo desafecto a la Causa Nacional”.
- > Del Ayuntamiento de Barcelona: De Joaquín Trias Pujol destaca su organización del Consejo de Sanidad de Guerra, su participación en la Universidad Autónoma, su condición de “destacadísimo gran separatista” y su pertenencia a la masonería. A su hermano Antonio se le

reconocían culpas análogas y era “considerado como mala persona, incluso con sus compañeros médicos”.

Al valor de estos informes se suma la declaración de los testigos tanto a favor como en contra, cosa inusual porque en la mayoría de casos los expedientes se cerraban con los informes oficiales y nada más. Entre los testimonios favorables destacaron el obispo de Vic Monseñor Juan Perelló, el comandante médico Rafael Power Alesson, el capellán del Hospital Clínico padre Antonio Anglés, que afirmaban la actitud que tuvieron durante la guerra ayudando a personas que corrían el peligro de ser asesinadas por la oleada revolucionaria. El testimonio más completo fue el del teniente coronel Francisco Bastos Ansart (hermano del cirujano fundador de la SECOT), miembro del Patronato del Hospital Clínico, describiendo lo sucedido allí en los primeros meses de la guerra y las intervenciones de los hermanos Trias Pujol, especialmente Joaquín, para proteger los heridos ingresados con actividades revoltosas y para expulsar fuera del recinto a los revolucionarios. Fueron recordados sus grandes servicios en la Guerra del Rif, su valor y la Cruz de María Cristina que había ganado como capitán médico del ejército español en África. También recordaron otros que ambos hermanos habían facilitado documentación falsa a personas perseguidas para que pudieran salir de Cataluña en plena guerra.

El grupo de testimonios desfavorables era -para el historiador Vilanova Vila-Abadal- poco numeroso pero contundente y homogéneo. El mismo Vázquez Sanz arguyó contra los hermanos que eran “de los individuos más funestos con que la anti-españa ha contado durante estos últimos años en Barcelona para el logro de sus designios”, que eran amigos del “miserable Azaña”, del “masón Luis Giménez Asua” y del “Director General de Sanidad del ejército rojo” el profesor José Puche (catedrático de Fisiología en Valencia y alumno de Augusto Pi y Sunyer en el Instituto de Fisiología de Barcelona) y que “bastaría revisar la prensa roja para hallar el nombre de los hermanos Trias Pujol en todos los manifiestos antifascistas que los rojos publicaron”. Entre los médicos que declararon en contra destacan tres, todos ellos profesores en la Facultad de Medicina de Barcelona: Salvador Gil Vernet, Manuel Taure Gómez y Diego Ferrer.

El profesor Gil Vernet los acusó de haber dirigido la actitud revolucionaria desde los altos cargos que ocupaban en la Universidad, actuando como “el cerebro de la revolución” y como “elementos asesores y colaboradores directos de Negrín”, del cual eran íntimos amigos y además compañeros por ser Negrín catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid. La amistad con el profesor Negrín también sirvió de acusación contra los profesores de fisiología de la escuela de Augusto Pi y Sunyer, que ya todos ejercían la misma especialidad, dando relieve a las escuelas madrileña y barcelonesa. El posterior cargo político que asumió Negrín se volvió contra todos sus colegas encausados, fisiólogos o no, como demuestran los juicios contra los profesores Trias Pujol.

El profesor Taure alcanzó el Decanato de la Facultad de Medicina en la postguerra en sustitución de Joaquín Trias Pujol y declaró contra él y su hermano diciendo que “eran de ideas extremadamente izquierdistas... y separatistas acérrimos... que pueden considerarse como los verdaderos causantes de la expulsión de cierto número de catedráticos de orden y de derechas”, sin dar nunca el nombre de tales víctimas de los profesores Trias Pujol.

El profesor Diego Ferrer, adjunto de la cátedra de histología, insistió en los mismos datos que los anteriores y afirmó que podían ser considerados “autores directos juntamente con el grupo del Instituto de Fisiología, de la persecución de infinidad de personas de orden y de derechas... entre los que pueden citarse el Dr. Gil Vernet, el Dr. Manuel Taure y el que suscribe”.

En mayo de 1940 el juez instructor cerraba el voluminoso expediente en el que constaban las declaraciones de quince testimonios favorables y de seis desfavorables que eran profesionales de la medicina, a los que se unía el del portero de la finca donde vivía el profesor Antonio Trias Pujol. En aquella época ambos hermanos se encontraban ya en el exilio, Antonio en Colombia y Joaquín en

Francia, debido a la experiencia de lo ocurrido con otros republicanos que habían sido apresados en el país y padecieron enjuiciamientos más duros en presencia propia. La madre de los encausados, Doña Concepción Pujol Costa, presentó ante el Tribunal un escrito de defensa previo a la sentencia y en su nombre el Procurador de los Tribunales Don José Cabañes, alegando contra el doctor Vázquez Sanz que se había equivocado porque la legislación franquista ya especificaba los mecanismos apropiados para asegurar la confiscación de la Clínica Fargas, sin tener que recurrir a la Ley de Responsabilidades Políticas; contra el portero que “había actuado con un gran odio, rencor y enemistad”, y que era conocida “la infinidad de asesinatos cometidos en nuestra ciudad por culpa de los porteros” en los tres años de guerra; en cuanto a los profesores que habían declarado “con el prejuicio, con la convicción, de que fueron despojados de sus Cátedras por los rojo-separatistas por culpa de los Trias” cuando en realidad éstos habían buscado “la protección y amparo para todos los perseguidos por los rojos, lo dicen así en el expediente, personas de una gran solvencia moral y patriótica”.

El Tribunal sentenció duramente contra ambos profesores en base a las declaraciones de los testimonios y de algunos nuevos considerandos como haber “entregado importantes cantidades a los partidos de izquierda...formado parte del Comité de la Escuela Laica...gran amistad con Azaña...masón y como es típico en la secta, favoreció a algunos perseguidos, sobre todo religiosos, durante la subversión”. La sentencia fue: “Incautación total de bienes, inhabilitación absoluta perpetua y extrañamiento perpetuo del territorio nacional”. No fue concedida a la acusación la petición de que se les retirara la nacionalidad española, como si hizo con los grandes dirigentes republicanos. La Ley fue reformada en septiembre de 1943 y en su virtud se levantó el embargo de bienes de los hermanos Trias Pujol, después de haberlos declarado insolventes.

Los tres profesores que declararon contra fueron conocidos de mi promoción. Gil Vernet y Taure fueron nuestros profesores de anatomía 1.^a y 2.^a y pasaron sin pena ni gloria en esta función. Gil Vernet destacaba como urólogo y sus trabajos sobre la próstata fueron apreciados mundialmente; apenas apareció por clase y su carácter uraño y áspero le hacía inasequible y eran conocidos sus exabruptos en quirófano. Taure fue un profesor soporífero que obligaba, promoción tras promoción, a comprar unas libretas de dibujos anatómicos que era preceptivo presentar coloreadas para poderse examinar; de su compra nadie podía librarse. Diego Ferrer ganó cátedra en Cádiz y regresó a Barcelona ya jubilado; se le debe una maravillosa biografía de Pedro Virgili, fundador del Real Colegio de Cirujanos de Cádiz, maestro de Gimbernat y padre de la cirugía española.

Gracias al libro del historiador Vilanova Vila-Abadal hemos tenido acceso a las declaraciones que presentaron el teniente coronel Francisco Bastos Ansart y el Padre Juan Perelló y Pou, obispo de Vic. Creemos de extraordinario interés su publicación como muestra de la opinión que les merecía la conducta del profesor Joaquín Trias Pujol. Dicen así:

* * * * *

“Don Francisco Bastos Ansart, Teniente Coronel de Ingenieros, tiene el honor de hacer al Sr. Juez del Tribunal de Responsabilidades Civiles, las manifestaciones siguientes, en relación con los señores doctores Don Joaquín y Don Antonio Trias Pujol.

Habiendo llegado a mi conocimiento que por ese Juzgado se invitaba a cuantos supieran algo respecto a la actuación de dichos señores y cumpliendo un deber de ciudadanía y de conciencia, declaro que:

Perteneciendo desde antes de 1936 al Patronato del Hospital Clínico, o bien a la llamada Junta Administrativa, desempeñando así una función de carácter benéfico, había tenido ocasión de ver al Dr. Joaquín Trias Pujol en dicha Junta Administrativa, como médico y por decirlo así prácticamente, Director Técnico del Hospital Clínico y muy superficialmente a su hermano Don Antonio. Tenía de

ambos, especialmente de Don Joaquín, por conocerle mejor, un alto concepto como persona honorable y buena; no conocía sus opiniones políticas, de las que nunca habíamos hablado y en este estado de relaciones llegó el terrible día 19 de julio en que al ver derrotadas nuestras fuerzas e implantado en Barcelona el odiado y odioso dominio rojo, creí de mi deber acudir en la mañana del día 20 al Hospital Clínico donde suponía, como así era en efecto, que reinaba el mayor desorden en perjuicio de los heridos y enfermos.

Llegado al Hospital antes del mediodía del día 20 cuando aún duraba el combate en Atarazanas y en el Convento de Carmelitas, entré en la sala de Juntas, llena de doctores, de ayudantes, de gentes casi desconocidas y encontré a Don Joaquín Trias que trataba con otros de poner orden en el Hospital invadido de gentes extrañas, muchos hombres armados, muchas mujeres de equívoca condición.

Advertidos de que en la cocina las gentes entraban y arrebataban los alimentos, fui a la misma y encontré al Dr. Carulla que hacía esfuerzos por desalojarla, en lo cual colaboré siempre, tomando todas las determinaciones de acuerdo con el Dr. Trias que en otras secciones se esforzaba asimismo en poner el orden. Hecho esto se tomó la determinación de expulsar del Hospital a todos los que no tenían un servicio directo y al realizar esta operación fui formando, en colaboración con el Dr. Trias, unos equipos voluntarios para hacer un recuento general de lo que se disponía en el Hospital y realizar otras operaciones para que todo entrara en orden. Uno de los equipos contaba los anestésicos; otro las gasas y vendajes, los sueros, y varios recibieron el encargo de anotar los nombres de los heridos de todas las salas; ver las camas libres y comprobar la estadística con los datos rapidísimamente tomados a causa de las circunstancias en la oficina de ingreso. En este momento, que serían las 8 de la noche del lunes 20 de junio de 1936, recuerdo perfectamente como el Dr. Joaquín Trias, llamándome aparte, me indicó que no se hiciera ninguna estadística sobre nombres de hospitalizados, porque él estaba cambiando de camas a algunos que corrían peligro de la vida por ser heridos del Ejército y que así conseguía ocultarles bajo los nombres de rojos muertos o trasladados.

El Dr. Trias manifestaba su horror por todas las extralimitaciones de los rojos y contribuyó a hacer salir de la cocina a uno de aquellos desalmados que en estado de embriaguez y armado de cuchillo, amenazaba a las vidas de las monjas y de cuantos permanecían en la cocina, que no fueran sus compinches. En toda aquella tarde, en el día siguiente en que permanecí en el Hospital, hasta el mediodía, en todos los numerosísimos contactos que tuve con el Dr. Joaquín Trias, vi un hombre solamente preocupado en hacer el bien repugnando de cuantos actos y extralimitaciones cometían los engreídos rojos que se consideraban y así era desgraciadamente en efecto, dueños del mundo.

Fue indispensable entrar en conversación con el Comité de la FAI que se había apoderado del mando del Hospital y el Dr. Trias con toda repugnancia sostenía este contacto para poder conseguir mantener su influencia en bien de los heridos y enfermos.

Me sería imposible describir ahora los infinitos episodios de aquellas primeras horas en que manteniendo un poco de respeto hacia nosotros pudimos hacer en muy diferentes formas y ocasiones, el bien, y evitar todavía mayores atrocidades y atropellos. Por ejemplo, recuerdo la llegada al Hospital Clínico en la tarde del 20, de dos camiones conducidos por milicianos armados, que llevaban 19 monjas sacadas de un convento. El Dr. Trias y yo pudimos conseguir que dejaran la mitad en el Hospital Clínico y la otra mitad en el de la Santa Cruz, tratándolas con respeto. En todos los innumerables episodios en que alguna vez se mezclaban con la barbarie gestos de generosidad, el Dr. Trias con serenidad y valor que también se necesitaba, estaba atento a evitar los desmanes e imponer respeto, sin cesar en cuantas comunicaciones tenía conmigo de vituperar, protestar y dolerse de la sima en que habíamos caído.

Recuerdo también que avanzada la noche de este día 20, un sargento de Orden Público que hacía guardia en la puerta, trajo la confidencia de que un capitán herido y ocultado en una de las

salas, quería escapar auxiliado de su esposa que pasaba por enfermera. El sargento manifestaba deseos de no interceptar la fuga, por mucho temor de que pudiera verse que la presenciaba y el Dr. Trias, de acuerdo conmigo, le llevamos precisamente a otro lugar en los momentos en que creímos que la fuga iba a verificarse.

Prestaban servicio en el Hospital Clínico 120 monjas que constituían una preocupación para todos los que temíamos por sus vida y de acuerdo con el Dr. Trias y sin poder precisar si fue al tercero o cuarto día, es decir el día 22 o 23, hice la pregunta a unos doctores que venían a inspeccionar el Hospital, decían ellos en nombre de la C.N.T., si debían relevarse las monjas, esto con el propósito de salvarles la vida, considerando imposible que pudieran continuar sus servicios, añadiendo que nuestra pregunta tenía por objeto principal el que se prepararan las mujeres para llenar el servicio que las monjas hacían, dando siempre nosotros por hecho que los doctores representantes de la CNT impondrían la obligación de que las vidas de las 120 monjas no corrieran peligro. Contestaron dichos representantes que parecían ejercer una jefatura sobre el Comité del Hospital, que podían continuar las monjas, si desaparecía de sus trajes toda señal de religión. Así se les comunicó; inmediatamente cambiaron sus vestiduras ocultando sus cruces y rosarios y llegada la noche ocurrió un episodio que quiero señalar de una manera especialísima a favor del Dr. Trias y tal como lo recuerdo con toda perfección que fue el siguiente: Indudablemente los del Comité de la FAI del Hospital no habían quedado satisfechos de la determinación de aquellos representantes de la CNT y por la noche, como hacia las 9, ya oscurecido, mandan un recado anónimo a las monjas, de que salieran inmediatamente todas del Hospital con peligro de la vida si se quedaban.

Lograron estas señoras mandar recado al Dr. Joaquín Trias, que por feliz casualidad se encontraba operando en el hospital, y como éste comprendiera la mala intención de perseguirlas y asesinar a lo menos a aquéllas que más imponían su autoridad en el trato con los subalternos, tuvo un rasgo que puede calificarse hasta de heroico, diciendo al Comité que no consentía que en aquellas horas de la noche por calles abandonadas, salieran aquellas señoras y que era preciso para que ellos lo hicieran, que empezaran por matarle a él que no quería consentir, después de 20 años de trabajar con aquellas virtuosas señoras, que se las atropellara con su conocimiento. Supo imponerse así y evitar la tragedia que habría ocurrido indudablemente dándome cuenta al día siguiente de lo ocurrido y empezando el Dr. Trias y yo a tratar con el Comité la suspensión de funciones de las monjas, pero en forma que todas salvaron la vida.

Debo decir que no eran ni fáciles ni sin peligro en aquellos momentos en que todos los días llegaban al Hospital muchas decenas de hombres asesinados, estas defensas de monjas que algunas eran profundamente odiadas.

Se consiguió que fueran saliendo en pequeños grupos y que a media tarde de aquel mismo día estuvieran todas fuera del Hospital, pero era tanta la saña contra ellas que aquella misma noche, la del día en que habían salido por la tarde la totalidad, fueron a buscar al cura del Hospital al que no encontraron y a prender a 14 de las monjas, costando gran trabajo al día siguiente convencerles, engañándoles, para poder salvar también sus vidas.

Durante los días siguientes el Dr. Trias me dijo que su hermano Don Antonio tenía alojadas en su casa las monjas de la Clínica del Dr. Fargas y otra porción de señoras de religión. Se manifestaba constantemente contrario a todas las autoridades rojas y recuerdo perfectamente que en las veces que iba yo en su automóvil del Hospital a mi casa o viceversa, evitábamos cuanto podíamos pasar por sitios donde hubieran concentraciones marxistas para conseguir pasar sin hacer el odioso saludo.

El día 28 de julio, con la confianza que me inspiraba la honorabilidad del Dr. Trias y la coincidencia con la repugnancia y aversión a cuanto sucedía y a cuantos hombres intervenían, le confesé que preparaba mi huida y recuerdo perfectamente que al darme su opinión me dijo esta frase precisa:

“Yo, no me puedo ir porque no tengo ningún medio de fortuna; tengo muchos hijos y no sabría cómo vivir, pero váyase Vd. enseguida como el que se va de una habitación que huele mal, esto es una inmensa catástrofe”.

Puedo precisar que en el coche del Dr. Trias fui al muelle donde tomé el barco italiano con el que escapé de España el día 30 de julio de 1936. Después no he tenido ninguna comunicación con este señor. Supe que su hermano y él mismo, así como sus esposas, pasando grave riesgo, pretendían lograr de la Generalidad manera de salvar a las monjas y a algún sacerdote refugiado en su casa. A mi presencia el Dr. Trias no hizo nunca manifestación de aprobación ni acatamiento a las autoridades del Frente Popular. Le vi adaptarse a la dura necesidad de tratar con aquella gente, pero yo pensé siempre que en todo cuanto hacía estaba inspirado en su equivocada idea de que todo terminara pronto y en su temor a que no pudiera defender la vida de sus hijos.

Debo decir, para concluir, que no he recibido nunca de ninguno de los dos hermanos Trias favor ni beneficio alguno; que no he sido su cliente ni ellos lo han sido míos y que al terminar esta declaración, afirmo que todo cuanto queda dicho bajo mi palabra de honor y mi juramento está inspirado, como comencé diciendo, en el cumplimiento de lo que entiendo un deber de conciencia.

Barcelona, 22 de diciembre de 1939. Año de la Victoria”

“ILMO. SR. JUEZ DEL TRIBUNAL DE RESPONSABILIDADES CIVILES. BARCELONA.
COMPARECENCIA. En Barcelona a tres de enero de mil novecientos cuarenta.

Ante este Juzgado comparece D. Francisco Bastos Ansart, de sesenta y cuatro años de edad. Teniente Coronel de Ingenieros, de estado casado, natural de Madrid y vecino de esta ciudad, con domicilio en Clarís, 19, el que prestó juramento con arreglo a su case a decir verdad y manifiesta: Que le comprenden las generales que quedan reseñadas y que se ratifica en el contenido del precedente escrito, reconociendo como suya la firma estampada al pie del mismo sin tener nuevas manifestaciones que añadir.

En tal estado S.S. Dio por terminado este acto, y leído lo que antecede por el compareciente se ratifica en ello y lo suscribe con el Sr. Juez y conmigo el Secretario, doy fe”.

* * * * *

“NOS. EL P. JUAN PERELLÓ Y POU, M. SS. CC., POR LA GRACIA DE DIOS Y DE LA SANTA SEDE APOSTÓLICA, OBISPO DE VIC.

DECLARAMOS, que día 14 de agosto de 1936, acudimos al despacho del Médico, Dr. D. Joaquín Trias y Pujol, situado en Barcelona, Paseo de Gracia, 81, para consultarle sobre Nuestro delicado estado de salud;

Que terminada la entrevista, Nuestro Capellán de honor, D. José Morell, le pidió para Nos y para sí que se dignara agenciarnos pasaportes en dirección a Italia, puesto que éramos perseguidos por los rojos;

Que dicho Dr. Trias le manifestó se había gastado ante el Consejero de Gobernación de la Generalidad, Sr. España, porque entre él y su hermano habían obtenido ya más de setenta pasaportes para religiosas, que no obstante fuéramos el día siguiente a su domicilio para averiguar si había alcanzado los deseados pasaportes;

Que, efectivamente, el 15 de agosto de 1936 , a la 1 de la tarde, entregó a un sobrino Nuestro dos pasaportes, uno para Nos y otro para el mencionado Capellán, Sr. Morell, y con dichos pasaportes pudimos salir de Barcelona el 18 de agosto del mismo año, en dirección a Génova;

Que hasta aquel momento desconocíamos su filiación política, pues le habíamos visitado varias

veces, como Médico, ignorando completamente su modo de pensar en materia de régimen político, y finalmente;

Que todas las veces que le visitamos siempre mostró con Nos deferente, educado y dando muestras de creencias religiosas.

Y para que conste donde convenga, extendemos el presente certificado que firmamos y sellamos en Nuestro Palacio Episcopal de Vich, a 24 de noviembre de 1939. Año de la Victoria”.

EXILIO Y REGRESO

Al final de la guerra el Prof. Joaquín Trias Pujol tiene que abandonar España y pasar a Francia a través de los Pirineos para poner a salvo su persona. El 26 de enero de 1939 sale de Figueres y llega a Port-Bou en una ambulancia junto con Antonio Machado y su madre enferma, que poco después moriría y sería enterrada en el pequeño cementerio de Cotlliure; el poeta falleció algo más tarde en el mismo año y sus restos reposan en la misma tumba materna. Este cementerio fue visitado repetidamente por españoles que dejaban como recuerdo un ramo de flores, un puñado de tierra española o una oración. La esposa del profesor había partido ya hacia Francia en Semana Santa del año anterior con sus nueve hijos; las cinco chicas se habían repartido por ciudades diferentes, siendo alojadas en centros de acogida para exiliados, y ella quedó con los chicos en Agen, ciudad de la Gironde y más tarde se instaló en Pau, más cerca de los Pirineos, cobijada por la orden de las Damas Negras en su convento. Don Joaquín dejó a la familia Machado en Cotlliure y encontró trabajo en Carcasona en la clínica del Dr. Denteil, “Clinique du Bastión”. Empezó para él una nueva etapa profesional de posibilidades menguadas y de subsistencia después de haber perdido sus puestos hospitalario y universitario y de haber finalizado con la derrota bélica sus actividades de cirujano militar con la graduación de coronel.

En Carcasona pudo ejercer la cirugía junto al referido del Dr. Denteil que encontró en Trias Pujol a un inesperado cirujano de categoría universitaria, nivel que hasta entonces no había existido en aquella ciudad del mediodía francés. Denteil era uno de aquellos médicos que de joven fue movilizado por su ejército durante la Primera Guerra Mundial y que en 1918, con el final de la misma, pudo acabar los estudios gracias a una tolerancia académica hacia quienes habían pasado cuatro años de su juventud militarizados. De aquí que la formación profesional de esta generación estuviera plagada de lagunas de conocimientos y en el caso que nos ocupa la ayuda de nuestro profesor fuera bien recibida. El Dr. Denteil había sido lesionado en combate por la inhalación de gas mostaza -la hiperita-, lo cual le produjo una grave neumopatía que dejó sus permanentes secuelas en el aparato respiratorio.

Sus hijos Ramón y Antonio residían en Pau y estudiaban en el Lycée de la localidad, donde acabaron el “enseignement secondaire” equivalente a nuestro bachillerato. En 1942 Ramón regresa a Barcelona y se matricula en la Facultad de Medicina; idéntico camino sigue Antonio en 1944, con dificultad para ambos por carencia de documentación, que fue tolerada. En 1942 el ejército alemán ocupó el sur de Francia y la familia Trias huyó hacia Andorra para evitar la represión que los nazis llevaban a cabo sobre los refugiados republicanos españoles. En Andorra pudo trabajar en la Clínica del Dr. Vilanova hasta 1947. En este año le fue concedido el permiso para regresar a España y volvió



Certificado de residencia en Carcasona, como médico adjunto al Consulado Español.

a vivir en Barcelona donde encontró piso en la Casa Milá, obra de Gaudí conocida como La Pedrera y sita en el Paseo de Gracia. Así se reunía de nuevo la familia al cabo de siete años de separación.

Don Joaquín Trias Pujol tuvo sus valedores en el bando vencedor para poder regresar. Según refiere su hijo Ramón, el más importante fue Blas Pérez, ministro de Franco que con anterioridad había sido Profesor de la Facultad de Derecho y a quien Joaquín Trias había ayudado en los momentos difíciles del 6 de octubre de 1934. El gobierno español de Samper había caído el día 2 y se formó uno nuevo con importante presencia de la CEDA (Confederación Española de Derechas Autónomas). En Asturias estalló una revolución proletaria y en Cataluña se declaró el Estado Catalán dentro de la República Federal Española en un intento de salvaguardar el dominio de las izquierdas y de los autonomistas. En Barcelona el ejército al mando del general Batet acabó con el pronunciamiento y la Generalitat fue de nuevo disuelta y encarcelados sus miembros hasta que el triunfo del Frente Popular en 1936 liberó a éstos y restituyó la Generalitat. En momentos tan aciagos y peligrosos para quienes no estuvieran del lado dominante se hizo notar a humanidad de Joaquín Trias Pujol hacia quienes necesitaban ayuda con independencia del pensamiento que podía separarles. La amistad entre Trias Pujol y Blas Pérez volvía a salir a flote al cabo de trece años en una situación política que para ambos se había invertido.

En Barcelona volvió a ejercer la cirugía en régimen estrictamente privado; toda relación con la enseñanza y la asistencia oficiales se había acabado. Operaba en las clínicas Provenza y Gimbernát y a su vez en ésta última empezó a tratar los enfermos privados Santos Palazzi Duarte; ocupaba una casa modernista en forma de lujosa vivienda unifamiliar sita en la Travesera de Gracia. Fue derruida y en el nuevo edificio situó sus oficinas la empresa Hoescht Ibérica y actualmente es la sede del Círculo de Lectores.

Su hijo Ramón actuaba de ayudante y nos cuenta como en 1949, acabados ya los estudios de medicina, un día su padre recibió un aviso de un colega, que ejercía como médico de cabecera, comunicándole que de manera urgente le enviaba a la Clínica Gimbernát un paciente afecto de apendicitis aguda que requería atención rápida. Al llegar ambos a la clínica se encontraron con que la tal apendicitis aguda era realmente un militante de la CNT herido en una reyerta con la policía en la avenida del Paralelo. El herido fue atendido y cerca del quirófano -recuerda Ramón- quedaron como apostados sus acompañantes, militantes clandestinos que vestían gabardina, debajo de la cual ocultaban sus armas. El enfermo curó, se marchó y desapareció hacia Venezuela. El hecho no fue comunicado a la policía y para Ramón fue el primer secreto profesional celosamente guardado. Al cabo de un par de años fueron aprehendidos otros militantes cenetistas de la clandestinidad y en sus confesiones a la policía manifestaron que el responsable del grupo era el militante que Trias había curado sin delatarlo y que se encontraba en América, lejos de toda posibilidad de ser encarcelado. Así se descubrió la asistencia secreta de Joaquín Trias Pujol y por no haberlo comunicado a la policía en su momento le fue aplicada la Ley de Bandidaje y Terrorismo, y acto seguido encarcelado cuando era la época de navidades del año 1951 y él ya había sobrepasado los 60 años de edad.

El Consejo de Guerra le condenó en sentencia del 13 de diciembre de 1952 a dos años de cárcel y a una multa de 35.000 pesetas, que tuvo que pagar. La pena de privación de libertad le obligaría a estar en la Cárcel Modelo de Barcelona; sin embargo, pudo salir al cabo de cuatro meses porque le incluyeron entre los beneficiarios del indulto concedido con ocasión del Congreso Eucarístico Internacional celebrado en Barcelona.

Su yerno, el Dr. Moisés Broggi nos explica que varias personas que sintonizaron con el Régimen, se interesaron y mediaron por él. Uno de ellos, el Dr. Salarich, conocido cirujano barcelonés, aseguraba tener conocimiento de que Francisco Franco -compañero de guerra de Trias en África cuando ambos eran capitanes, paciente de Trias cuando le enseñó a montar a caballo- había manifestado

que a Trias no debía de pasarle nada. Terminado el encarcelamiento no le molestaron más por este asunto.

El secreto profesional ha representado para el médico un enfrentamiento con las autoridades políticas desde hace siglos. Como recuerda Martí Mercadal los ataques a la confidencialidad médica por parte de la ley ya aparecieron en 1627 cuando en España el Consejo del Reino obligaba a los cirujanos a denunciar a las autoridades los heridos que atendían; esta disposición fue ratificada en 1766. La Revolución Francesa provocó heridos que los cirujanos trataban a escondidas en sus domicilios o en los hospitales. Cuentan que el Prefecto de Policía de París se presentó en el Hôtel Dieu para hacer cumplir la orden de denuncia y que fue recibido por el profesor Dupuytren que le contestó: "En mi hospital no hay insurgentes; solamente hay heridos". Esta orden fue repetida en Francia durante la ocupación alemana y en condiciones tan adversas el Presidente del Ordre des Médecins (Colegio de Médicos), el Prof. Portes, envió a todos los médicos del país un telegrama en respuesta a la orden militar nazi en estos términos:

"El Presidente del Consejo de la Orden Nacional de Médicos se permite recordar de modo personal a sus colegas que cuando sean llamados para curar un enfermo o un herido, solamente tienen como deber el atenderle para curarle. Ya que el respeto del secreto profesional es la condición necesaria de la confianza que el enfermo deposita en su médico; no existe ninguna consideración administrativa que pueda eximirle de aquél".

Martí Mercadal refiere las palabras del Presidente del Tribunal de Apelación de Chambéry (Francia), el magistrado Maître Blondel: "El médico jamás debe denunciar al supuesto criminal o al reo que a él acude. Esta persona ¿acaso no encontrará un abogado?, ¿No encontrará un sacerdote?, ¿No encontrará un médico? ¿Quién es el médico para juzgar? ¿Será que el concepto de culpabilidad es variable?". En la Alemania nazi los médicos estaban obligados a denunciar a la policía la atención a un judío porque allí ser judío era considerado como un delito. Utilizando la cita del mismo autor sacada del escritor André Maurois podemos concluir la amarga experiencia del Prof. Joaquín Trias Pujol así: "Mañana, como hoy, la vida del médico será heroica, difícil, angustiada y a veces sublime".

Al término de la Guerra Civil peligró el patrimonio familiar de la familia Trias Pujol, cuya cabeza era la madre, doña Conchita Pujol, descendiente de importante familia de terratenientes de Badalona. A sus hijos Joaquín y Antonio se les juzgó en rebeldía porque se habían marchado del país y fue el Tribunal de Responsabilidades Políticas al que nos referimos anteriormente el encargado de aclarar tales responsabilidades. La consecuencia de este juicio en que se les declaró enemigos del régimen era la inhabilitación absoluta para siempre, el destierro a perpetuidad del territorio nacional y la confiscación total de sus bienes. La abuela Conchita había testado a favor de sus hijos y por lo tanto era de temer una usurpación de estos bienes si no se hacía de modo discreto un cambio testamentario, lo cual fue posible. Al cabo de unos pocos años los hermanos Trias fueron declarados insolventes y se les levantó el embargo de bienes. Cuando en 1945 la Alemania nazi y la Italia fascista perdieron la guerra y las democracias aliadas se erigieron en triunfadoras el panorama político español cambió su victoriosa intolerancia inicial y su entramado militar, falangista, religioso y social viró hacia un inicio tolerante que permitió a parte de los exiliados empezar a vislumbrar sus posibilidades de retorno.

Don Joaquín pudo estar junto a sus hijos cuando se encontraban en fase avanzada de sus estudios de medicina. Al terminarlos no pudieron inscribirse en las Milicias Universitarias por carecer de documentación necesaria al ser hijos de un exiliado. Sí pudieron, en cambio, ingresar en la Academia de Sanidad Militar y realizar allí sus estudios hasta graduarse como tenientes médicos. Y en esta situación recuperaron toda su documentación como ciudadanos españoles.

La actividad quirúrgica de nuestro profesor estaba totalmente desligada de su universidad y se ejercía en solitario. Para recuperar el contacto con los debates científicos asistía a las sesiones

organizadas en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau por sus amigos y eminentes profesionales como Gallart, jefe de servicio de digestología, Pinós, sucesor de Gallart, Soler Roig, jefe de servicio de cirugía general y digestiva y otros. Su mundo cultural, como intelectual que era, inició los escarceos en un pequeño cenáculo llamado Forum Vergés animado por este jesuita en el colegio de la calle Balmes, donde se reunían y se entablaban discusiones a cargo de los que habían retornado del exilio y que pertenecían a grupos previamente amigos antes de la guerra. Poco a poco el Forum Vergés fue ganando envergadura en su papel de dinamizador de la actividad cultural catalana durante los años de prohibición y persecución de la identidad propia a cargo de otra identidad que quería superponerse a ella. También jugó una función de cenáculo cultural el Instituto Francés de Cultura bajo la dirección de Pierre Desfontaines, que organizó los llamados "Cercles" (Círculos) culturales que con nombres variados programaban sesiones sobre literatura, sobre cine, sobre bellas artes y sobre medicina. A ésta le correspondía el Cercle Turró, que llevaba el nombre de Ramón Turró, iniciador de la medicina científica catalana siguiendo las influencias de Pasteur y de Bernard. Joaquín Trias Pujol fue uno de sus animadores y contertulios que gozaban de un atisbo de libertad de reunión y de discusión bajo la protección del pabellón tricolor. Monsieur Desfontaines, como le llamábamos los alumnos del Lycée, fue además un maestro de geógrafos y en este su campo profesional creó escuela entre nosotros.

PROFESOR EN ARGENTINA

Al poco tiempo de regresar a España, Trias Pujol solicitó al Ministerio de Educación Nacional "su reincorporación al Profesorado Universitario, al que perteneció en calidad de Catedrático Numerario desde el año 1916" (2-XII-47). La respuesta del Ministerio fue que aceptaban su petición y que para ello se iniciaba su expediente de depuración... designando como Juez especial para el mismo a D. Arturo Caballero Segares, Juez Depurador de Universidades varias (Madrid, 11-XII-47). A partir de aquí se pasa a un silencio administrativo y al cabo de cinco años el profesor Trias renueva su petición exponiendo:

- > Que habiendo fijado de nuevo su residencia en España después de unos años de ausencia y sintiendo igual vocación para la enseñanza, solicita de V.E. que en base a los trámites legales reglamentarios se acceda a su reincorporación al profesorado universitario, al que ha pertenecido como Catedrático numerario desde el año 1916 (19-VII-52).

La respuesta ministerial no se hizo esperar y contiene estos términos:

- > "Resultando que D. Joaquín Trias Pujol fue separado del servicio como Catedrático de la Universidad de Barcelona... en unión de otros catedráticos por abandono de destino, sin que pudiera notificársele la tramitación ni la resolución del expediente dado el ignorado paradero que se hallaba";
- > "Visto lo dispuesto,... y que dice así: "Si con posterioridad al acuerdo de separación dictado en virtud de lo dispuesto en este artículo se presentara voluntariamente ante las autoridades algún funcionario a quien afectare tal acuerdo, podrá el interesado pedir la revisión de su caso personal y, si el Ministro accede a ello, se aplicará al peticionario el procedimiento general de depuración establecido en esta Ley".
- > "Este Ministerio ha resuelto disponer la revisión del caso personal de D. Joaquín Trias Pujol..." (Madrid, 28-VII-52). El ministro era desde el año anterior Don Joaquín Ruiz-Giménez Cortés y cesó en 1956. Con anterioridad había sido embajador en la Santa Sede desde 1944 hasta 1951.

Empezaba con esta respuesta un auténtico periplo administrativo del Ministerio de Educación Nacional para reintegrarlo en la enseñanza universitaria que llegaría a durar cuatro años. Ante la ya de por sí inquietante demora inicial Don Joaquín Trias tuvo noticia de la creación de una nueva Facul-

tad de Medicina en Cuyo, ciudad del estado de Mendoza en la Argentina. El Ministerio de Educación Nacional fue requerido por los gestores de esta nueva universidad para que anunciaran en las Juntas de Profesores la oferta de plazas de catedrático para impartir la docencia. En la Facultad de Medicina de Barcelona fue leída el día 28-IV-52, siendo Decano el Prof. Máximo Soriano de Patología Médica, gran maestro clínico de muchos internistas de aquella época. Extraemos de las Actas este párrafo:

"A continuación se procede a la lectura de la Orden de la Superioridad referente a si interesa a algún Catedrático marchar a a República Argentina como Catedrático de Universidad, dándose a los Sres. Claustales por enterados". Nadie se interesó por esta propuesta.

En la creación de esta nueva Facultad en Cuyo participaban dos Catedráticos españoles exiliados, el Prof. Gárate de Patología Médica y el Prof. Sánchez Guisante de Anatomía Patológica. Ambos eran conocidos del Prof. Trias Pujol y se comunicaron con él para ofrecerle la plaza de Catedrático de Patología Quirúrgica.

Éste, ávido de recuperar su función docente, que era uno de los ejes de su vida, aceptó el cargo y marchó hacia la Argentina. El curso allí empieza en el Otoño Austral, al terminar la Semana Santa, y acaba en Navidades, cuando empieza el Verano Austral.

Al abandonar Barcelona el estado económico de nuestro Hospital Clínico era paupérrimo y la enseñanza se hacía sobre unos enfermos tratados con la mayor buena voluntad pero sin los medios adecuados. En la sesión Claustal del día 9-VI-52 el Decano Prof. Soriano exponía este panorama:

"El Hospital Clínico de Barcelona está actualmente en la siguiente situación: no se puede ingresar enfermos en la mitad de las 900 camas de que dispone por falta de recursos para sostenerlas; en las camas actualmente en funcionamiento no se llega al nivel mínimo que debe tener la asistencia de los enfermos por la misma razón. Pese a estas restricciones el Hospital Clínico debe mucho dinero y carece de recursos para su sostenimiento en días inmediatos". Aquel año empecé mis estudios de medicina y llegué al hospital en segundo curso. Recuerdo que los estudiantes de Practicante y las de Enfermería debían traer sus propios frascos de alcohol para poder inyectar medicamentos, ya que faltaba un elemento tan básico.

En Argentina permaneció dos años enseñando patología quirúrgica y organizando la cátedra con sus trabajos asistenciales y de prácticas. Permaneció en Cuyo durante los años 1954 y 1955. El certificado emitido por el Secretario Técnico de la Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Tomás Perón", dependiente de la Universidad Nacional de Cuyo, el 9-VI-54 dice: "Que el doctor Joaquín Trias Pujol desempeña la Cátedra de Patología Quirúrgica en calidad de Profesor Contratado en esta Facultad". Se encabeza con el Lema de "América Unidad, Justa, Libre y Soberana".

Acabó sus funciones contratadas poco antes de Navidad del 1955 y entonces el Delegado Interventor de la Universidad lo comunicó al Director General de Enseñanza Universitaria Profesor Joaquín Pérez Villanueva en estos términos:

"Me es muy grato dirigirme al señor Director General con el objeto de poner en su conocimiento que el Profesor Dr. Joaquín Trias Pujol ha terminado su cometido en esta Facultad, la que lo había contratado por los años lectivos de 1954 y 1955 para dictar la Cátedra de Patología Quirúrgica".

"El Dr. Trias Pujol se ha desempeñado con encomiable eficiencia y capacidad durante su compromiso con esta Casa y ello ha motivado que las autoridades que suscriben hagan testimonio de su más profundo agradecimiento por las virtudes relevantes, tanto intelectuales como de hombría de bien, que el mencionado profesor inculcó en los que fueron sus alumnos".

El tono oficial del final de sus funciones universitarias en la Argentina y su comunicación al Ministerio de Educación Nacional español se debe a que partió hacia Cuyo con permiso oficial, ya que se estaba tramitando la recuperación de su cátedra en Barcelona. Había pedido pasar a la situación de Excedencia Activa con arreglo a las disposiciones para poder desempeñar sus funciones docentes

en Mendoza de Argentina. La Comisión Permanente del Consejo Nacional de Educación dictaminó "... tiene el honor de informar a la Superioridad que, una vez tomada posesión de su Cátedra aunque sea en el extranjero, se le reserve dicha cátedra sin sueldo durante un año" (Madrid 11-IX-54). Cuando regresó a Barcelona después de su período argentino tenía fundadas esperanzas de reintegrarse a la cátedra de nuestra facultad.

Al celebrarse en Barcelona una sesión de homenaje al Prof. Joaquín Trias Pujol el Dr. Manuel Baro del Hospital Español de Mendoza se sumó al acto enviando una carta en la que decía:

"Conociendo el homenaje que la Sociedad Médica de Barcelona brindaría al Dr. Joaquín Trias Pujol, todos aquéllos que fuimos sus colaboradores, y además un amplio grupo de sus alumnos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, queremos con este escrito estar presentes como reconocimiento a quien fuera el primer Profesor en Patología y Clínica Quirúrgica de esta Facultad de Medicina."

"El 21 de marzo de 1939 se creó la Universidad Nacional de Cuyo, pero recién el 26 de diciembre de 1950 se crea la Facultad de Ciencias Médicas, iniciando su primer ciclo lectivo en el año 1951. En los años sucesivos se fueron creando las Cátedras que completarían el ciclo básico y posteriormente el comienzo del ciclo clínico, cuando el alumnado llega al cuarto año de promoción médica. Esta responsable tarea es confiada a profesionales contratados, de indiscutible trayectoria en el país y en el extranjero. Allí aparece la figura del Dr. Joaquín Trias Pujol, que por espacio de dos años toma a su cargo la enseñanza de Patología y Clínica Quirúrgica en la Facultad".

"No mencionaré detalles mejor conocidos por Uds. que por la referencia que yo haga. Pero dice su legajo: nacido en la Provincia de Barcelona, el 4 de diciembre de 1887, Doctorado en Madrid y con un perfeccionamiento profundo de Anatomía y de Cirugía en Suiza; completa su amplio currículum en las Universidades de París y de Austria. Catedrático en diversas universidades de España, toda su labor y trabajo médico y docente reseñan los perfiles de un profesor extraordinario. Sus menciones y títulos que aquí constan son numerosos, pero voy a destacar no sus actuaciones y publicaciones anteriores a su llegada a Mendoza, sino algunas relevancias científicas que, escritas en nuestro país, dejaron con gran claridad conceptos que hasta la fecha siguen siendo prioritarios y consultados".

"Por mencionar algunos refiero las conferencias pronunciadas sobre regurgitación esofágica en la Universidad Nacional de Córdoba. En la Facultad de Medicina de Mendoza, en el ciclo de postgrado, fueron notorias las enseñanzas sobre los capítulos de Anastomosis Arteriovenosa. El Profesor Trias extendió su labor en la Alianza Francesa de Mendoza, destacando allí la obra científica del Profesor Leriche. En los cursos del Instituto de Cultura Hispánica dictó las conferencias sobre la evolución de las ciencias biológicas y la evolución de la cirugía en Hispanoamérica."

"Lo poco mencionado y lo mucho que figura en su legajo universitario constituye el basamento jerárquico de su personalidad. Su horizonte amplio, sin limitaciones de frontera en el quehacer de enseñar y aprender, lo hicieron a corto plazo de su llegada el médico consultor de todos sus colegas. Su palabra necesaria, su saber y bonomía los brindaba como abnegado apoyo en las situaciones difíciles o límites que la medicina impone."

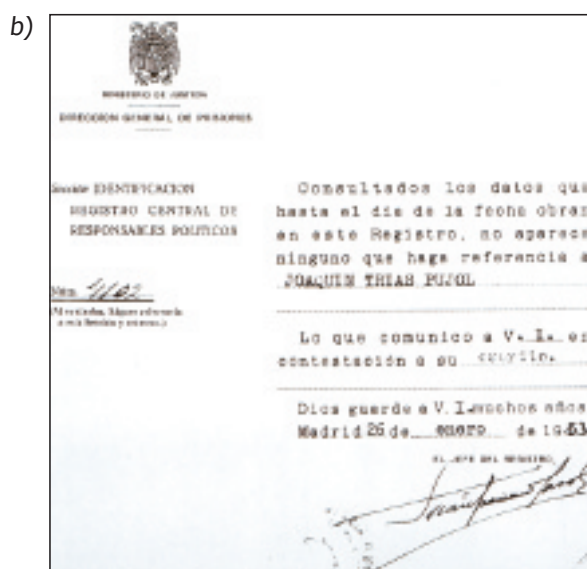
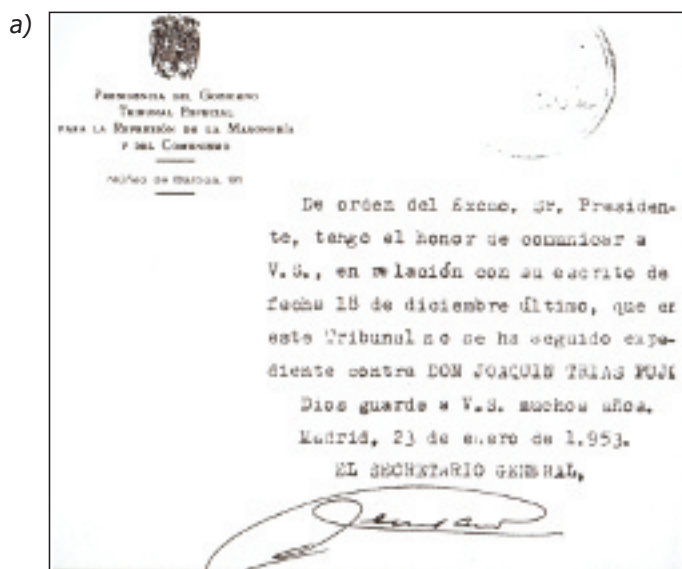
"Transcurrían así los años de una hermosa convivencia médica, universitaria y hospitalaria, pero el plazo de sus mandatos y contratos finalizan en diciembre de 1955. El profesor Trias regresa a España pero deja discípulos que continuarán su labor y que actualmente llevan el sentimiento de todo lo que aprendieron y que transmiten a las generaciones que se van sucediendo." Dr. Manuel Baro, Profesor titular de Cirugía. (Mendoza 14-IX-88).

Cuando volvió a Barcelona el Prof. Joaquín Trias Pujol ya tenía 68 años y solamente le faltaban dos años para llegar a su jubilación en la universidad.

REINCORPORACIÓN A SU CÁTEDRA

Ya hemos dicho que solicitó su reincorporación a la docencia universitaria tan pronto como volvió a España y que después de un largo silencio administrativo repitió la gestión al cabo de cinco años, cuando el ministro de Educación Nacional ya era Don Joaquín Ruiz-Giménez. Para que la petición pudiera seguir adelante fue necesario demostrar que no tenía antecedentes penales. De las gestiones efectuadas entresacamos estos informes:

- Dirección General de Enseñanza Universitaria. "... que por no haber sido sometido a depuración el expresado catedrático no existen antecedentes del mismo en relación con ella." (21-X-52)
- Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. "... certifico que en la sesión celebrada por el Consejo Directivo de este Colegio el día 11 de junio de 1947 fue declarado **DEPURADO SIN SANCIÓN**". (29-IX-52)
- Tribunal Especial para la Represión de la Masonería y el Comunismo (presidencia del Gobierno). "... tengo el honor de comunicar... que en este Tribunal no se ha seguido expediente contra Don Joaquín Trias Pujol". (23-I-53).
- Dirección General de Prisiones (Ministerio de Justicia). "Consultados todos los datos... no aparece ninguno que haga referencia a Joaquín Trias Pujol". (26-I-53)



a) Informe del Tribunal Especial para la represión de la Masonería y del Comunismo.
 b) Informe de la Dirección General de Prisiones.

A partir de esta situación prosperó el largo proceso de rehabilitación como catedrático de la Universidad de Barcelona contando con el beneplácito del ministro de Educación Nacional, Sr. Ruiz-Giménez. Para obtener más datos le solicité una entrevista y me la concedió amablemente a sus 89 años de edad. Recordaba la persona, del Prof. Trias Pujol y lo difícil fue el trámite, pero lógicamente se habían borrado de su mente los pormenores. No había olvidado que en aquel gobierno de Franco el ministro de Gobernación era Blas Pérez, amigo del profesor, y que las gestiones universitarias las llevaba personalmente Don Joaquín Pérez Villanueva, Director General de Universidades en su Ministerio. El talante de este último influyó mucho.

El ministerio se propuso recuperar a cuantos intelectuales y universitarios de valía estuvieran dispuestos a regresar; "hombres valiosos que no tuvieran actitud hostil aunque pensarán distinto", me dijo. Pérez Villanueva seleccionaba los posibles candidatos al regreso y se los proponía para que, una vez estudiado rigurosamente cada caso, Ruiz-Giménez los defendiera en Consejo de Ministros. En

algún caso la cátedra ya estaba ocupada y fue necesario crear otra; igualmente nombró a Rectores de "espíritu abierto" y medió por ellos en el Consejo de Ministros frente a otros ministros del gobierno con espíritu menos abierto. Me contó que alguna vez Franco le había dicho "es usted demasiado débil", a lo que él respondió que "lo hacía por justicia".

El equipo de Ruiz-Giménez fue en aquella época de pleno franquismo una isla aperturista y dialogante frente a la cerrazón de su entorno. La Editorial Taurus y los Cuadernos para el Diálogo fueron el fruto de una revisión interior de personas de fe, cristianos que proponían establecer diálogo, reencuentro, comprensión y aceptación del otro dentro de las estrictas reglas del sistema; se trataba de una tarea ardua en los límites estrechos en que se movían. Su posterior evolución hacia los postulados de la democracia cristiana europea no es de extrañar; aquella era la época de los seguidores de Don Sturzo, de De Gasperi, Adenauer, Monnet y Schumann, que pusieron los cimientos de la Europa comunitaria.

Una de las realizaciones de "diálogo" que se debieron al tesón de Pérez Villanueva fueron los encuentros de intelectuales castellanos y catalanes amparados en la poesía. Desde aquellas reuniones de antes de la guerra entre intelectuales de Madrid y de Barcelona, comentadas en su momento y en las que participaron Trias Pujol y Bastos, no había habido contacto organizado de ningún tipo. Estos "encuentros" se adaptaron a las posibilidades que ofrecían los "Cursos de Verano" programados por el Ministerio de Educación Nacional y defendidos por Ruiz-Giménez. Finalmente fueron denominados "Congresos de Poesía" para no entorpecer su nacimiento dada la mala interpretación que de ellos pudieran hacer los más cerriles. El promotor, secretario y organizador directo fue el poeta y crítico de arte Rafael Santos Torroella (1914-2002). El primer poeta catalán invitado fue Carles Riba y debemos a su yerno, mi buen amigo Oriol Casassas -pediatra y ex presidente de la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears- los datos disponibles sobre estos congresos que obran en el archivo familiar. Inicialmente Carles Riba decidió no asistir pero Santos Torroella insistió argumentando que tenían la ocasión de exponer en un clima de libertad y sin censuras el estado viviente de la literatura catalana, y que podrían hacer sentir la voz de Cataluña en unos ámbitos donde el desconocimiento era importante. Lo consultó con varios escritores catalanes y acabó aceptando la invitación, pero poniendo como condiciones que el Congreso tuviera un carácter exclusivamente técnico y sin implicaciones políticas, y que el catalán fuera admitido como lengua del Congreso junto a las otras lenguas españolas. Los promotores aceptaron ambas condiciones y finalmente asistieron por parte de la intelectualidad catalana J.V. Foix, Tomàs Garcés, Marià Manent, Clementina Arderiu (esposa de Riba), Joan Fuster, Joan Teixidó y Joan Perucho. Entre los poetas e intelectuales castellanos sabemos que se encontraban presentes Vicente Aleixandre, Gerardo Diego, Pedro Laín Entralgo, Dionisio Ridruejo, Leopoldo Panero, José Hierro, Luis Rosales, José María Valverde, Antonio Tovar y José Luis Cano; fue vetado José María Pemán. También asistieron el poeta italiano Giuseppe Ungaretti, el inglés Roy Campbell y representantes de origen belga, portugués, colombiano, nicaragüense, chileno, peruano, dominicano y portorriqueño. El primer Congreso se celebró en 1952 en Segovia, el segundo en 1953 en Salamanca y el tercero en 1954 en Santiago de Compostela. En el de Segovia Carles Riba pronunció su conferencia sobre "Un siglo de renacimiento literario en Cataluña".

A partir de Segovia, algunos intelectuales castellanos reconsideraron su actitud sobre el Régimen y su forma de entender España. Años después, Laín Entralgo declaró en una entrevista: "La actitud anticatalana fue durísima a partir del comienzo de la Guerra Civil. Es una de las cosas, no la única, aunque quizás éticamente la más grave, por la que hemos de practicar un mea culpa. Yo, que no participé en aquella persecución, fui testigo de la misma y no protesté como tenía que haberlo hecho". En este ambiente de 1952 a 1954, "tiempo del primer puente de diálogo" entre los hombres y mujeres citados, se desarrolló la reincorporación de Joaquín Trias Pujol con el mismo empuje por parte

de quienes planearon los encuentros entre poetas e intelectuales. La poesía fue la primera palabra intercambiada en un ámbito intercultural desde 1936 con el deseo de mayor conocimiento, mayor comprensión y mayor respeto mutuos, cuando las cicatrices de la contienda aún estaban muy vivas y solamente empezaban a restañarse en limitados cenáculos como el que nos ha ocupado.

Volvamos al proceso de reincorporación universitaria de Joaquín Trias Pujol al amparo de un ministerio cuyos dirigentes ahora conocemos mejor. Para que el expediente de revisión avanzara fue necesaria una declaración jurada del peticionario, una lista de testigos que corroboraran su veracidad y declaraciones de apoyo. La documentación obrante es abundante y disponemos de ella gracias a la solicitud que Don Joaquín Ruiz-Giménez hizo al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte para que nos fuera fotocopiada y remitida. En SECOT recibimos todo el expediente desde el 10 de abril de 1916 hasta el 10 de enero de 1958, es decir, desde su nombramiento de Catedrático en Granada hasta la notificación de su jubilación. Agradecemos a la Sra. Ministra Doña Ana María Pastor la obtención de tan preciado material de 130 documentos. A mi parecer su interés histórico es de tal envergadura para los cirujanos ortopédicos y traumatólogos, para los universitarios y para los ciudadanos interesados en recuperar el pasado inmediato a la postguerra, que me permito integrar en el relato histórico de la biografía la totalidad del "Expediente de Revisión" que presentó al Juzgado Superior de Revisiones del Ministerio de Educación Nacional. Depositó los documentos dirigidos al Ilmo. Sr. Juez Superior de Depuraciones el día 6 de octubre de 1952, de acuerdo con la aceptación de su procedimiento general de depuración según notificación del Director General de Universidades del 28 de julio de 1952 (Fdo. Joaquín Pérez Villanueva). El procedimiento incoado nos servirá de paradigma de otros tantos que tuvieron que vivir situaciones parecidas para reintegrarse a una vida activa en la llamada España Nacional.

"DECLARACIÓN JURADA QUE PRESENTA EL DR. JOAQUÍN TRIAS PUJOL, CON ARREGLO A LA LEY DE 10 DE FEBRERO DE 1939, PARA QUE SURTA EFECTO EN EL EXPEDIENTE DE REVISIÓN DE SU CASO PERSONAL

a) Nombre y apellidos del interesado

> JOAQUIN TRIAS PUJOL

b) Cuerpo o Servicio a que pertenecía

> CATEDRÁTICO NUMERARIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA

c) Categoría administrativa

d) Situación en que se encontraba y destino que desempeñaba, el día 18 de Julio de 1936

- > CATEDRÁTICO DE TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA, desde el año 1919 en la Facultad de Medicina de Barcelona.
- > CÁTEDRA III DE PATOLOGÍA Y CLÍNICA QUIRÚRGICA en calidad de acumulada, desde el año 1929.
- > DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA, desde el año 1931, en que fue elegido.
- > MIEMBRO NUMERARIO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA.
- > MIEMBRO DE LA JUNTA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA, nombrado en 1923

e) Si prestó adhesión al Movimiento Nacional y en qué fecha lo hizo

- > No tuvo ocasión de hacerlo por residir en zona no liberada. Evacuando de orden superior a Francia, se presentó al representante del Gobierno español en Carcassonne donde fijó temporalmente su Residencia, Señor Don Justino Farge, Viceconsul de España en dicha ciudad, a los pocos días de llegar.

f) Si prestó adhesión al Gobierno Marxista, a alguno de los autónomos que de él dependían, o a las autoridades rojas con posterioridad al 18 de julio, en qué fecha y en qué circunstancias, especificando si lo hizo en forma espontánea o en virtud de alguna coacción

- > No prestó adhesión personal alguna de carácter individual, pero quedó sometido a la autoridad del Gobierno de entonces hasta que llegó a Francia en condición de evacuado forzoso en 1939.

g) Servicios prestados desde el 18 de julio de 1936, indicando especialmente los destinos, tanto de su Cuerpo o Servicio, como de otros y los ascensos que hubiera obtenido, especificando los que lo hubieran sido por antigüedad rigurosa.

- > Asistencia a los numerosos heridos en el Servicio de Cirugía de su Cátedra en el Hospital Clínico, procedentes de combates en las calles de la Ciudad, accidentes y bombardeos que tuvieron lugar desde el 19 de julio, hasta el día que fue evacuado de la ciudad de Barcelona a últimos del año 1938.
- > También prestó servicio, en calidad de movilizado forzoso, en el Hospital Militar de Vallcarca (hoy del Generalísimo) después de haber renunciado a reingresar en la Escala activa del Cuerpo de Sanidad, al que había pertenecido el que suscribe desde el año 1911 al 1923. Dicha movilización forzosa comprendía a todos los Jefes de Servicios de Cirugía de todos los hospitales de Barcelona, cuya edad no fuera superior a los 60 años.
- > Su actuación en dicho Hospital, puede ser avalada por numerosas cirujanos, que en aquella época fueron también allí movilizados.

h) Servicios prestados en favor del Movimiento Nacional

- > ANTES DEL 18 DE JULIO: Gracias a la actuación del declarante como Decano de la Facultad de Medicina, los Sacerdotes encargados del Servicio religioso en el Hospital Clínico pudieron continuar en sus puestos desempeñando normalmente sus funciones y las imágenes y signos religiosos se mantuvieron en su sitio, a pesar de las órdenes de las autoridades de aquella época. Los sacerdotes eran, Don Antonio Anglés, hoy fallecido y Don Manuel Espot, que habita actualmente en la Calle de Rosellón 15, 4º, 2ª.
- > DESDE EL 19 DE JULIO: Al llenarse de heridos el Hospital Clínico, procedentes de los combates que tuvieron lugar el día 19 de julio de 1939 y días consecutivos, el que suscribe, en calidad de Decano, sintiendo la responsabilidad de su cargo, se preocupó de proteger a aquellos heridos que por su profesión (militares con graduación y sacerdotes) o a aquellas personas que por su ideología pudieran ser víctimas de la hostilidad y del apasionamiento de los extremistas, distribuyéndolos convenientemente en las diferentes salas y ocultando la filiación de los mismo.
- > También se proporcionaron blusas de curación y permanecieron en el Hospital simulando pertenecer al Servicio del que suscribe, algunos médicos que por haber sido Diputados de Derecha o haberse significado en favor del Movimiento Nacional, allí encontraron refugio.

- > En la Clínica particular del que suscribe (C. Consejo de Ciento 333) también estuvieron refugiadas varias personas perseguidas, entre las cuales recordamos al Profesor Ferrer Soler Vicens, esposa del Coronel de Artillería Sr. Torres y varios oficiales del Ejército adictos al Movimiento.
- > En el Servicio Quirúrgico del Hospital Militar, se procuró retener y prolongar su estancia a todos aquellos militares adictos al Movimiento, que estando presos conseguían ingresar en el Hospital alegando dolencias que obligaban a pocos días de tratamiento. Recordamos entre otros al Coronel Sr. Villamide, que ingresó para ser operado de hernia de la que no llegó a operarse y con este motivo fue retenido en aquel establecimiento más de 8 meses, a pesar de frecuentes reclamaciones y denuncias.
- > Más tarde en Carcassone, en calidad de Médico agregado al Vice-Consulado de España, asistió gratuitamente el que suscribe a cuantos españoles indigentes se presentaron en el Consulado y efectuó el reconocimiento facultativo reglamentario de todos los reclutas, que siendo españoles acudían al Vice-Consulado para ingresar en filas en España y cumplir su Servicio Militar, tal como consta en el Documento nº.
- > También facilitó, por medio de certificados médicos y en virtud de la influencia que le proporcionaba su cargo de Decano de la Facultad de Medicina, la salida al extranjero de personas que por su cargo o profesión se hallaban perseguidos, entre ellos el Excmo. Sr. Obispo de Vich Dr. P. Perelló Pou, el Coronel de Sanidad Militar Don José Serret Tristany y otros que aparecen en la Relación de testigos que acompañamos.

i) Sueldos, haberes, o cualquier otra clase de emolumentos percibidos desde la iniciación del Movimiento y concepto en que se los acreditaron.

- > Percibió como siempre su sueldo de Catedrático y mandó una instancia renunciando al sueldo militar, por creerlo incompatible con el de Catedrático. No recuerda haber percibido ningún otro sueldo ni emolumento.

j) partidos políticos y entidades sindicales a lo que estaba afiliado, indicando la fecha de su filiación y en su caso del cese, cotizaciones voluntarias o forzosas en favor del partido, entidades sindicales o Gobierno que haya realizado, incluyendo en ellas las hechas en favor del Socorro Rojo Internacional, amigos de Rusia y entidades análogas, aunque no tuvieran carácter de partido político.

- > Todos los médicos de Hospitales, fueron coaccionados y obligados a inscribirse en algún Sindicato, sin lo cual era difícil desplazarse e incluso poder cobrar el sueldo. El que suscribe se inscribió a la CNT para no entrar en pugna con el personal del Hospital Clínico inscrito en dicho sindicato. No recuerda la fecha exacta que entró en la posesión del carnet sindical, pero cree que fue en el mes de septiembre de 1936. Recuerda que sólo pagó su cuota de unas 3 pesetas únicamente los dos o tres meses en que le fue pasada al cobro. No recuerda exactamente la fecha de alta, aunque cree fue a principios de 1936, perdiendo después todo contacto con dicho sindicato.
- > No perteneció a ningún partido político, ni antes ni después del 18 de julio. No recuerda haber aportado con carácter voluntario ni forzoso cantidad alguna a ningún partido, ni al Socorro Rojo Internacional, ni a entidad simpatizante de Rusia, ni a organismo alguno de este tipo.

k) Si pertenece o ha pertenecido a la Masonería, grado que en ella hubiera alcanzado y cargos que hubiera ejercido.

- > Jamás el que suscribe ha tenido relación alguna con dicha institución.

I) Testigos que puedan corroborar la veracidad de sus pruebas y documentos que pueda señalar o presentar.

Véanse listas de testigos y documentos adjuntos.

Barcelona, treinta de septiembre de mil novecientos cincuenta y dos".

* * * * *

"LISTA DE TESTIGOS QUE PUEDEN CORROBORAR LA VERACIDAD DE LAS AFIRMACIONES CONTENIDAS EN LA DECLARACIÓN JURADA, LO MISMO QUE DE LAS PRUEBAS EN ELLA SEÑALADAS.

CON RELACIÓN A LAS ACTIVIDADES UNIVERSITARIAS Y EN EL HOSPITAL CLÍNICO DEL INTERESADO:

- > EXCMO. SR. DON EMILIO GIMENO GIL, Rector de la Universidad de Barcelona, después de la Liberación. Actualmente Catedrático de Química Inorgánica en la Facultad de Ciencias de Madrid.
- > ILMO. SR. DON JOSÉ PASCUAL VILA. Vice-Rector de la Universidad de Barcelona durante los años 1940-1949. Catedrático de Química de la Facultad de Ciencias de Barcelona. Convivió con el que suscribe durante toda la duración de la guerra.
- > EXCMO. SR. DON FRANCISCO BUSCARONS. Actual Rector de la Universidad de Barcelona.
- > ILTRE. SR. DON EUSEBIO DÍAZ. Catedrático de Derecho y Rector Honorario de la Universidad de Barcelona.
- > ILTRE. SR. DON MÁXIMO SORIANO. Actual Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.
- > ILTRE. SR. DON SANTIAGO ALCOBE. Decano de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Barcelona.
- > ILTRE. SR. DON JOSÉ M.^a PI Y SUNYER. Decano de la Facultad de Derecho de la Universidad de Barcelona.
- > SR. DON VICENTE CARULLA. Director del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Barcelona y Catedrático de Terapéutica Física de la misma Facultad.
- > ILTRE. SR. DON JOSÉ M.^a CASTRO Y CALVO. Decano de la Facultad de Letras de Barcelona.
- > SR. DON AGUSTÍN PEDRO PONS. Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Permaneció durante toda la guerra en Barcelona, prestando servicio en la Facultad. Fue detenido.
- > REVERENDA MADRE SUPERIORA de la Comunidad de Santa Ana que prestaba servicio en el Hospital el día 28 de julio y que actualmente continúa prestándolo.
- > FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, que prestaban Servicio en el Hospital Clínico el 18 de julio. Sres. Burgos, Cortés y Ferrando, que tenían respectivamente los cargos de Administrador, Cajero y Comisario de Entradas en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina.
- > SR. DON MANUEL ESPOT, PBRO. Actualmente adscrito a la Parroquia del Pilar y Capellán del Hospital Clínico, el día 18 de julio de 1936. Con residencia en C. de Rosellón, 155, 2.º, 4.ª.

CON RELACIÓN A LAS ACTIVIDADES DEL INTERESADO EN EL ÁMBITO MÉDICO-MILITAR, AL QUE INGRESÓ COMO MOVILIZADO FORZOSO:

- > SR. DON JOSÉ SERRET TRISTANY. Coronel retirado del Cuerpo de Sanidad Militar. Residente en Barcelona C. Párroco Ubach 36.
- > SR. DON MODESTO CORTINA. Teniente Coronel retirado del Cuerpo de Sanidad Militar. Residente en Barcelona C. Valencia, 139, 1º, 1ª.
- > DON ANTONIO PUIGVERT GORRO. Director del Instituto Urológico. Jefe del Servicio del Hospital de San Pablo.
- > DON JAIME PI FIGUERAS. Del Instituto Corachán. Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital de San Pablo de Barcelona.

Los dos últimos médicos civiles movilizados con destino en el mismo hospital al que estuvo asignado el interesado.

CON RELACIÓN A LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, PÚBLICA Y PRIVADAS DEL INTERESADO ANTES Y DESPUÉS DE 1936:

- > DON FEDERICO COROMINAS PEDEMONTE. Presidente de la Real Academia de Barcelona.
- > DON JOSÉ RAMÓN ESCARDÓ. Presidente del Instituto Médico-Farmacéutico.
- > DON AGUSTÍN PEDRO PONS. Presidente del la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña.
- > DON LORENZO GARCÍA TORNEL. Ex-Presidente del Colegio de Médicos de Barcelona desde 1931 a 1940 (periodo de la guerra) c. Bruch, 55.

OTROS TESTIGOS QUE PUEDEN ADVERSAR EL CONTENIDO DE LA DECLARACIÓN JURADA:

- > EXCMO. SR. DON LUIS FERRER VILARO. General de División retirado. Diputación, 262 Barcelona.
- > SR. DON JOSÉ ECHEGARAY. Coronel, Jefe del Sector Aéreo de Cataluña.
- > EXCMO. E ILTMO. SR. DON JUAN PERELLÓ. Obispo de Vich.
- > EXCMO. E ILTMO. SR. DON RAMÓN IGLESIAS. Obispo de Urgel.
- > EXCMO. SR. DON TOMÁS MANCHOLAS. General de Sanidad Militar. Inspector de Sanidad Militar de la 4ª Región, Barcelona.

Barcelona, treinta de septiembre de mil novecientos cincuenta y dos".

* * * * *

"RELACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE APORTA DON JOAQUÍN TRIAS PUJOL, EN PRUEBA DEL CONTENIDO DE SU DECLARACIÓN JURADA.

- 1º. Certificado del Colegio de Médicos en el que consta que el que suscribe fue depurado, sin sanción.

- 2º. Declaración de Don Vicente Carulla, Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona y actual Presidente de la Junta Administrativa del Hospital Clínico de dicha Facultad. Este testigo estuvo presente durante los sucesos del 18 de julio de 1936.
- 3º. Declaración de la Reverenda Madre Superiora y Hermanas de la Congregación de Santa Ana, que prestaban servicio en el Hospital Clínico de Barcelona, durante los sucesos del 18 de julio de 1936.
- 4º. Declaración del Dr. Manuel Espot, Presbítero, que ejercía el cargo de Capellán del Hospital Clínico, junto con el malogrado Don Antonio Anglés, hoy fallecido.
- 5º. Declaración de Dr. Don Augusto Brossa, Presidente que fue del Colegio de Médicos durante los años 1933-1939.
- 6º. Declaración del Dr. Don José M. de Ramón Escardó, Presidente del Instituto Médico Farmacéutico.
- 7º. Tarjeta de identidad del Vice-Consulado de España en Carcassone (Francia) en el que consta que fue nombrado Médico agregado en dicho Vice-Consulado, donde prestó servicios facultativos.
- 8º. Declaración del Excmo. e Ilmo. Sr. Don Juan Perelló Pou, Obispo de Vich.
- 9º. Convocatoria de la Real Academia de Medicina de Barcelona de la que es Miembro Numerario el que suscribe, en el que demuestra que le ha sido confiado el Discurso Inaugural del Curso 1952.
- 10º. Convocatoria de la Real Academia de Medicina de Barcelona en la que el que declara fue designado por dicha Academia con el honroso encargo de contestar al discurso de recepción del Académico electo Ilmo. Sr. Dr. Don Antonio Puigvert Gorro, en abril de 1952.
- 11º. Oficio en el cual la muy ilustre Junta Administrativa del Hospital de San Pablo, a través del cuerpo facultativo de dicho Hospital, da las gracias al que suscribe por haber formado parte de un Tribunal para cubrir la plaza de Médico Director de una Servicio de Cirugía de dicho Hospital.
- 12º. Certificado del Secretario General de la Academia de Ciencias Médicas de Barcelona, declara que el que suscribe fue nombrado por elección, Presidente de la Asociación de Cirugía de dicha Academia.

**Barcelona,
treinta de septiembre de mil novecientos cincuenta y dos”.**

* * * * *

“El Doctor Don Vicente Carulla, Catedrático, Director del Hospital Clínico y Presidente de la Junta Administrativa del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina, se complace en hacer las siguientes manifestaciones, que por su honor está dispuesto a testimoniar bajo juramento si es preciso.

Que conoce de hace más de treinta años a Dn. Joaquín Trias Pujol, siendo catedrático de Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona y a su vez miembro de la Junta Administrativa del Hospital Clínico, y que está convencido de que se trata de un hombre de gran corazón, de nobles sentimientos patrióticos, de elevada moral y ética indiscutible. Días después del 18 de Julio, antes de que el firmante huyese a zona nacional, pudo acompañar al Dr. Trias, en sus visitas por las salas del Clínico y de su boca oía confidencialmente la filiación falangista, militar y como clérigos de algunos enfermos o heridos protegidos personalmente por el Dr. Trias, camuflados y escondidos en rincones los menos fiscalizables del Hospital Clínico, oía, lamentar la situación a que nos llevaba la revolución roja, el daño que hacía a España, escuché de él consejo de que pasase a zona nacional y su particular lamentación de no poder

hacerlo porque sobre él pesaba el agobio de sus diez hijos todos menores de edad todavía. Conocemos los actos de servicio en favor de clérigos, las facilidades que dio para camuflar y favorecer a muchos para que huyeran y no se vieran obligados a entrar en las filas del ejército rojo.

Conozco a fondo al Doctor Don Joaquín Trias y creo que por su cultivada inteligencia, en el campo profesional y asimismo humanista, sus grandes dotes de atracción personal, su indiscutido prestigio entre los compañeros de Barcelona y su profundo espíritu cristiano, lo hacen acreedor a una confianza pública y política indiscutible, ya que en toda supuesta actuación que fuera criticable, sin duda las apariencias, desmienten el fondo de su conciencia y sentimientos, y sólo las casualidades, el engaño y el abuso de confianza fácil a su bondad y noble sentido humano, podrían explicar toda crítica y no la realidad de sus sentimientos. Muy de corazón declaro que la rehabilitación de sus derechos en la Universidad de Barcelona, merecería un aplauso en los medios profesionales e intelectuales de Barcelona, y un acto de estimable justicia.

**Barcelona, 27 de septiembre de 1952. Fdo. V. Carulla Riera
Catedrático, Presidente y Director
del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Barcelona.”**

* * * * *

“La Reverenda M. Superiora y Hermanas de la Congregación de Sta. Ana que prestaban sus Servicios en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Barcelona, durante el mes de julio de 1936, declaran:

Que gracias a la actuación del entonces Decano Dr. D. Joaquín Trias Pujol, los Sacerdotes encargados del Servicio Hospitalario pudieron continuar en sus puestos desempeñando normalmente sus funciones y las imágenes y signos religiosos se mantuvieron en su sitio, a pesar de las órdenes de las autoridades de aquel tiempo, que suprimieron la consignación a los Sacerdotes y dispusieron que fueran retirados los signos religiosos de todos los establecimientos del Estado.

Al llenarse de heridos el Hospital, procedentes de los combates que tuvieron lugar el 19 de julio y días consecutivos, el Decano se preocupó de proteger aquellos heridos y enfermos que por su profesión (militares o sacerdotes) o por su ideología pudieran ser víctimas de la hostilidad de los elementos extremistas, distribuyéndolos convenientemente y ocultando en lo posible la filiación de los mismos.

El día 26 recibimos un anónimo el cual decía: que a las 9 de la noche saliésemos todas del Hospital, a lo cual él se opuso por ser una hora en la que peligraban nuestras vidas, animándonos y diciendo que nada nos pasaría, puesto que él mismo se encargó de que nos pusieran guardia esperando pasara aquella noche tan trágica que para nosotras se presentaba. De la misma forma retuvo en su despacho a los Capellanes del Establecimiento.

Todo lo cual nos complacemos en declarar por creerlo de Justicia.”

“El infraescrito, Manuel Espot Ballarín Pbro., adscrito a la Parroquia de Ntra. Sra. del Pilar de esta Ciudad, y domiciliado en la calle Rosellón 155 – 4.º 2.ª, Certifica: Que habiendo ejercido el cargo de Capellán del Hospital Clínico desde el año 1934 al 1948, declaro que el Dr. Joaquín Trias Pujol es persona de excelentes cualidades morales y religiosas puestas de manifiesto en días difíciles de la persecución roja, no solamente en el abnegado cuidado de los enfermos y heridos sino también de los perseguidos Capellanes y Religiosas ayudándoles moral y materialmente dentro de los límites posibles.

De todo lo cual doy fe y certifico en Barcelona a 2 de octubre de 1952”.

* * * * *

“AUGUSTO BROSSA BOSQUE, Ex-Presidente del Colegio de Médicos de la Provincia de Barcelona (elegido en 31 de marzo de 1933 a enero de 1939).

DECLARA: Que durante los años 1937 y 1938 tuvo frecuente relación con el Dr. D. Joaquín Trias Pujol, Catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona y Decano de la misma, por haberle pedido en varias ocasiones ayudara a la liberación de algún colega preso o perseguido, con éxito logrado en algunos casos, a pesar de las dificultades de aquellos momentos.

El Dr. Trias Pujol ayudó también muy eficazmente a la Junta Directiva del Colegio, en la defensa y conservación de la Casa del Médico (sede del Colegio), a la continuación e independencia de la Mutual Médica y Cooperativa Médica de consumo, de todo lo cual querían apoderarse a toda costa los elementos de la FAI y UGT.

Me complace hacerlo constar así, para contribuir, como testigo presencial, a la exposición de los hechos.”

* * * * *

“NOS P. JUAN PERELLÓ POU, por la gracia de Dios y de la Sta. Sede Apostólica, Obispo de Vich.

DECLARAMOS: Que el 14 de agosto de 1936, hallándonos en Barcelona, en pleno dominio rojo, nos trasladamos a casa del Dr. D. Joaquín Trias Pujol para que nos señalara un remedio curativo de nuestra quebrantada salud.

El Secretario Dr. Morell, que nos acompañaba, le suplicó se dignara agenciar un pasaporte para salir de España.

Efectivamente el día siguiente el pasaporte estuvo a Nuestra disposición y con él pudimos salir de España con dirección a Roma.

No podemos menos de reconocer que la ayuda prestada por el Dr. Trias y Pujol fue de gran eficacia, de manera que, después de Dios, a él podemos y debemos atribuir la salvación de nuestra vida.

Extendemos este documento, a petición del interesado, para que haga de él el uso oportuno a la presencia de Dios.

Vich, a 30 de septiembre de 1952”.

* * * * *

“El que suscribe, Dr. D. JOSÉ MARÍA DE RAMÓN ESCARDÓ, Presidente del Instituto Médico Farmacéutico de Barcelona,

DECLARA:

Que habiendo tenido la desgracia de tener que permanecer en Barcelona, durante el periodo en que dicha Ciudad sufrió el dominio rojo, le consta que el Dr. JOAQUÍN TRIAS PUJOL, actuó como Decano en la Facultad de Medicina y además como Jefe de un servicio de Cirugía en el Hospital Clínico, en calidad de Catedrático de Cirugía, fue movilizado como cirujano en al Hospital Militar y agregado a la Junta del Colegio de Médicos, instalado en la Casa del Médico.

Como Decano de la Facultad, evitó que fueran atropelladas las personas que por su ideología o profesión corrían mayor peligro. Tanto Sacerdotes como Religiosas, algunos médicos y funcionarios conocidos por sus ideas contrarias al ambiente imperante en aquellos momentos, fueron protegidos, consiguiendo que allí no se cometiera ningún desmán.

Los Sacerdotes y Militares allí refugiados como enfermos, algunos gravemente heridos y otros sin lesión alguna, fueron amparados durante los primeros días, destruyendo su filiación y cambiándoles de cama para evitar su persecución.

Colaboró con la Junta del Colegio de Médicos, elegida libremente y formada por personas de todos los matices ideológicos mucho antes del G.M.N., para gestionar la libertad de médicos injustamente detenidos, avalando a otros como Decano de la Facultad de Medicina y evitando que el local de la Casa del Médico fuera incautado por elementos irresponsables, así como los diferentes centros científicos allí alojados, entre ellos el Instituto Medico-Farmacéutico, del que actualmente es Presidente el que suscribe.

Movilizado militarmente como Cirujano con carácter forzoso, como se hizo con todos los Jefes de Servicio de Cirugía que contaban menos de sesenta años, actuó en el entonces llamado Hospital Militar de Vallcarca (hoy Generalísimo) con una misión exclusivamente técnica, simultaneando su actividad quirúrgica con la que venía realizando en el Servicio Civil del Hospital Clínico.

Privadamente, ocultó como enfermos en su Clínica particular a multitud de personas perseguidas, entre ellas al Profesor Ferrer Soler Vicens, al Cura Párroco de Sant Quirico de Safaja y familiares de militares adheridos al Glorioso Movimiento Nacional, con grave peligro de su seguridad y responsabilidad personal.

Por todo lo expuesto anteriormente, estimo que el Dr. JOAQUÍN TRIAS PUJOL, lejos de ser persona de ideología contraria a nuestro Régimen o tal vez uno de tantos oportunistas, es por el contrario un hombre de ideas sanas y moralidad intachable, que se vio arrastrado por las circunstancias y hubo de aceptar, para salvar su vida y la de todos los suyos, el ocupar cargos oficiales en una época de triste recuerdo para Barcelona, aprovechando todas las oportunidades que se le presentaban para realizar una humanitaria labor de ayuda a numerosas personas que sin su apoyo hubieran sucumbido fatalmente víctimas del odio rojo.

Y para que conste donde convenga y porque así lo estimo de justicia, firmo al presente en Barcelona a dos de octubre de mil novecientos cincuenta y dos.”

INTRODUCCIÓN DE DEPURACIÓN Y REINCORPORACIÓN

“Ilmo. Sr.:

Vista la solicitud de reincorporación al profesorado universitario instada por D. JOAQUÍN TRIAS PUJOL, Catedrático que fue de la Universidad de Barcelona separado del servicio por aplicación del Art. 171 de la Ley de 9 de septiembre de 1857.

RESULTANDO que, el interesado no pudo ser depurado por no haberse presentado a servir su cargo en el plazo prevenido.

RESULTANDO que, no es posible su reincorporación al Profesorado Universitario sin previa depuración conforme a lo previsto en la Ley de 10 de febrero de 1939.

CONSIDERANDO, los certificados y avales que presenta de ilustres personalidades, buen número de ellos prueban la eficaz ayuda prestada a gran número de personas perseguidas por los rojos y grave peligro, entre ellos del Excmo. y Revmo. Sr. P. Juan Perelló Pou, Obispo de Vich, quien en su informe manifiesta: “no podemos menos de reconocer que la ayuda prestada por el Dr. Trias Pujol fue de gran eficacia, de manera que después de Dios, a él podemos y debemos atribuir la salvación de nuestra vida”, el de la Madre Superiora y Hermanas de la Congregación de Santa Ana, que prestaban sus servicios en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Barcelona, de la que era Decano el Sr. Trias, quienes declaran que gracias a la actuación de éste “los sacerdotes encargados del servicio hospitalario pudieron continuar en sus puestos... y las imágenes y signos religiosos se mantuvieron en su sitio, a pesar de las órdenes de las autoridades de aquel tiempo”, que “al llenarse de heridos el Hospital procedentes de los combates que tuvieron lugar el 19 de julio de 1936 y días consecutivos, el Decano se preocupó de proteger aquellos heridos y enfermos que por su profesión (militares o sacerdotes) o por su ideología pudieran ser víctimas de la hostilidad de los elementos extremistas”, que habiendo recibido las Hermanas un anónimo en que se les decía salieran todas del Hospital a las 9 de la noche, el Sr. Trias “se opuso por ser una hora en la que peligraban nuestras vidas, animándonos y diciendo que nada nos

pasaría" encargándose él mismo de ponerles una guardia y reteniendo también en su despacho a los Capellanes del Establecimiento; el del Presidente del Instituto Farmacéutico de Barcelona, D. José María de Ramón Escardó que consigna la protección dispensada por el Sr. Trias en el Hospital Clínico a sacerdotes y militares en él refugiados, algunos heridos y otros sin lesión alguna, amparándolos destruyendo su filiación y cambiándoles de cama para evitar su persecución; cómo colaboró con la Junta del Colegio de Médicos, gestionando la libertad de detenidos, evitando que el local de la Casa del Médico, así como otros centros científicos allí alojados fuesen incautados por elementos rojos.

CONSIDERANDO, que en el expediente figuran otros certificados de catedráticos universitarios, médicos y sacerdotes, todos ellos por completo favorables al interesado.

CONSIDERANDO su relevante personalidad científica que prueba su elección en abril de 1951 para el cargo de Presidente de la Asociación de Cirugía de la Academia de Ciencias Médicas de Barcelona, así como otras actividades culturales en la Real Academia de Medicina de la misma ciudad.

CONSIDERANDO que, el Colegio Oficial Médico de Barcelona y su provincia en 11 de junio de 1947 lo declaró depurado sin sanción.

CONSIDERANDO que, como consta documentalmente no ha sido objeto de condena penal, ni de sanción en concepto de responsabilidades políticas, ni ha pertenecido a la masonería.

CONSIDERANDO que, no consta en modo alguno que haya pertenecido a ningún partido político ni sindical del Frente Popular, ni desarrollado ningún género de actividad política.

CONSIDERANDO que, su permanencia en el extranjero fue debida en gran parte al temor de que las grandes responsabilidades que pesan sobre su hermano, también catedrático de Medicina actualmente exiliado de España, pudieran perjudicarlo, hecho al que alude la carta de D. José María Pi Suñer, catedrático y Decano de la Facultad de Derecho de la Universidad de Barcelona.

El Juez que suscribe tiene el honor de proponer a V.I. se declare depurado a D. JOAQUÍN TRIAS PUJOL, Catedrático que fue de la Universidad de Barcelona, reincorporándolo al Profesorado Universitario con la sanción de "inhabilitación para el ejercicio de cargos directivos y de confianza".

**V.I. no obstante resolverá lo que estime procedente.
Dios guarde a V.I. muchos años. Madrid, 2 de febrero de 1953.**

EL JUEZ,"

* * * * *

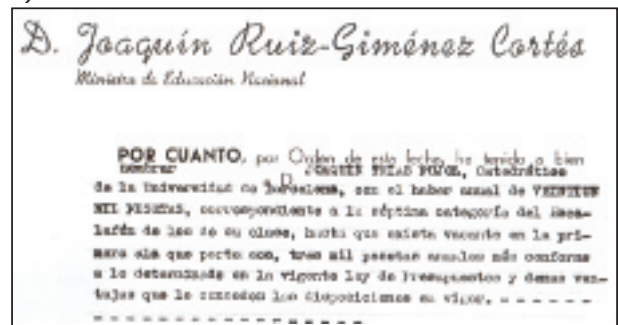
a)



a) Expediente de Depuración.

b) Reconocimiento de su Cátedra.

b)



Don Joaquín Ruiz-Giménez Cortés, Ministro de Educación Nacional, expide el Título de Catedrático de la Universidad de Barcelona en favor de Joaquín Trias Pujol el 17 de mayo de 1954 y aparece en el BOE el 17 de junio siguiente; el Ministerio lo comunicó oficialmente al Rector de la Universidad de Barcelona el 18 de mayo y determinó que la toma de posesión debería hacerse el 2 de julio. El Profesor Joaquín Trias Pujol se encontraba en Mendoza; se le prorrogó el plazo en 30 días y se le permitió que se posesionara de su Cátedra barcelonesa ante la representación consular española en Mendoza. El día 31 de agosto de 1954 a las 12.30 horas el Cónsul de España en Mendoza, Don Cleofé Liquiniano Elgorriaga, reunió en el Consulado a Don Joaquín Trias Pujol y en calidad de testigos a Don Antonio Millán Puelles, Catedrático de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Madrid, y a Don José María García López, Licenciado en Filosofía y Letras por la Universidad de Murcia, y como secretario a Don José Antonio Martí Pérez, Canciller del Consulado. A continuación, y en uso de la delegación conferida se procedió "a dar quieta y pacífica posesión de su Cátedra en la Universidad de Barcelona al Doctor en Medicina, Don Joaquín Trias Pujol". El Ministerio de Asuntos Exteriores lo comunicó al de Educación Nacional el 16 de septiembre siguiente. Se cerraba así todo el largo proceso administrativo incoado para recuperar la Cátedra.



Homenaje al Prof. Lorenz Böhler en Barcelona en 1952.
De izquierda a derecha: Bastos, Böhler, Trias Pujol y Jimeno Vidal.

Don Joaquín Trias Pujol quiso cumplir con su compromiso docente en la Universidad de Cuyo y solicitó en España la concesión de una excedencia activa; la Comisión Permanente del Consejo Nacional de Educación se la concedió, reservándole la Cátedra sin sueldo durante un año (11 de octubre de 1954). Tal decisión se basaba en la Ley del 15 de julio de 1952 que dispone: "la excedencia activa se podrá conceder ...en el supuesto de Profesores en funciones docentes o en misión oficial de evidente relación con Servicio de Educación en España y en el Extranjero". Dicha Ley fue preparada por el equipo Ruiz-Giménez y

Pérez Villanueva. La decisión tuvo que pasar a Consejo de Ministros presidido por Francisco Franco y fue publicada en el BOE de 15 de enero de 1955. Desde su petición de reincorporación a la docencia de 19 de julio de 1952 habían transcurrido dos años y medio y su edad era de 65 años.

En diciembre de 1955 terminó su contrato con la Universidad de Cuyo y regresó a Barcelona. El 1 de febrero de 1956 comunicó dicho regreso al Ministro de Educación Nacional, rogando "tenga a bien disponer lo que estime necesario para poder reanudar activamente su función docente". Fue necesario efectuar un Acto de Presentación en la Universidad de Barcelona y se reunieron en el Despacho Rectoral el interesado y el Sr. Rector D. Francisco Buscarons Úbeda, acompañado del Secretario General Dr. E. Linés (fue mi profesor de matemáticas en la carrera); se levantó el Acta preceptiva en fecha 2 de febrero de 1956. El Ministerio contestó enterado de dicha Acta y resolvió:

- que quedara sin efecto la excedencia activa.
- que quedara de momento a las órdenes del Rector.
- que se le acreditara su sueldo anual hasta que existiera un puesto vacante.

Desde el punto de vista administrativo esta vacante se produjo y el día 3 de marzo de 1956 tomó posesión de su cargo como Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. El Rectorado lo comunicó al Decano de la Facultad, que era el Prof. Agustín Pedro y Pons, con la orden de comunicarlo a la Junta de Facultad en la Sesión de Claustro. En el Acta del 14 de mayo de 1956, facilitada gentilmente por la Secretaría de nuestra Facultad leemos:

“A las doce treinta horas del día de la fecha ...con la asistencia de los Sres. Claustrales al margen anotados se celebró sesión ordinaria” (asistentes anotados: Sales Vázquez, Conill, Sayé, Usandizaga, Tornos, Juliá, Torres Marty, Vilanova, Viusá, Fernández Cruz, Sánchez Lucas, Pumarola, Gibert Queraltó, Casanovas, Piulachs, Arandes, Carulla, Farreras, Pie, Vidal y el Sr. Lience.)

“Se acuerda enviar un telegrama al Excmo. Sr. Ministro de Educación Nacional expresando la disconformidad y censura del Claustro ante los disturbios estudiantiles ocurridos recientemente en Madrid y reiterando la adhesión incondicional al Caudillo”.

“A continuación el Sr. Decano da Cuenta de haberse recibido una O.M. en la que se comunica el reingreso en la Universidad del Prof. Dr. Joaquín Trias Pujol.”

A continuación se da lectura a las condiciones establecidas en la más arriba referida Acta del 2 de febrero “con el ruego de que indique a este rectorado la labor que esa Facultad considere pueda asignarse al referido Catedrático”.

“Terminada la lectura del documento intervinieron en la discusión el Prof. Torres Marty, el Sr. Lience -delegado del SEU-, los Profs. Sánchez Lucas, Usandizaga, Arandes, Piulachs y Carulla, habiendo manifestado entre otras cosas el Dr. Sánchez Lucas que caso de que se llegara a una votación él votará en contra del reingreso del Prof. Trias.”

“Dado lo avanzado de la hora, se acordó dejar para otra sesión los acuerdos que se tomaran con respecto a lo que era objeto de discusión.”

Revisé todas las actas de los tres años siguientes hasta que el Prof. Trias se jubiló y en ninguna consta que se discutiera o votara el tema citado que se había dejado para más adelante. No pudo reintegrarse a su Cátedra por falta de aceptación por parte de algunos miembros del Claustro, cuya identidad desconocemos porque el secretario solamente citó uno y por referencias orales posteriores hemos sabido que hubo otros. Su Cátedra estaba vacante y acumulada por el Prof. Piulachs bajo la denominación de Cátedra Piulachs II para distinguirla de Piulachs I, que era la propia de dicho catedrático. Yo me formé durante tres años en aquella cátedra y con posterioridad fui en ella Profesor de Clases Prácticas, que equivaldría a la actual Asociado. La Cátedra estaba regentada por el Prof. Juliá Bonet, gran cirujano general y digestivo, que fue mi primer profesor directo en el mundo de la cirugía y modelo de trato con los enfermos. Su amistad y aprecio me permitió que fuera mi padrino de boda; la amistad ha proseguido con su familia. Lógicamente todos los claustrales que asistieron en la sesión que vetó al Prof. Trias fueron profesores míos durante la carrera. En ningún momento oí en el Servicio comentarios sobre este hecho, lo cual me hace suponer que se llevó con discreción y sigilo fuera del Claustro de Profesores, de manera que no trascendió en los corrillos estudiantiles que se interesaban por los acontecimientos de la universidad en general y de nuestra facultad de modo más próximo.

Entre los asistentes a la sesión claustral se encontraba el Sr. Lience, que era el delegado del SEU (Sindicato Español Universitario). Se trata de quien con el correr de los años llegaría a ser el Dr. Enrique Lience Durán, eminente reumatólogo de la escuela catalana de reumatología, con el que he mantenido una buena amistad desde mi vida universitaria. Le telefoneé para comentarle los hechos ahora referidos y por si al cabo de 47 años recordaba algo de lo sucedido para aclarar aún más el calor de aquel debate, con la pretensión de que él mismo me lo redactara. Me respondió muy amablemente diciendo que sí recordaba lo que allí ocurrió y que se trataba de un mal recuerdo, que bien habría deseado borrar de su mente, un pasado que no deseaba reavivar.

Me explicó que la oposición principal al Prof. Joaquín Trias Pujol partió de dos sectores, político el uno y profesional el otro. Los opositores políticos no podían tolerar que un antiguo exiliado republicano se reintegrara a la docencia y estaban encabezados por el Prof. Sánchez Lucas, catedrático de histología y de anatomía patológica (regentaba ambas cátedras) y por el Prof. Torres Marty, encargado de la cátedra de pediatría por defunción del Prof. Ramos y notorio falangista de la facul-

tad, ya que tanto él como sus hermanos hacían gala de esta militancia. Los opositores profesionales fueron lógicamente los catedráticos de patología quirúrgica ya que entre ambos, Prof. Piulachs y Prof. Arandes, se distribuía el poder quirúrgico del Hospital Clínico. A estos opositores se añadía el mismo SEU, de corte totalmente falangista y en aquella época dirigido en el distrito universitario catalán por el camarada Joaniquet, que fue el profesor de formación política de mi promoción. El entonces Sr. Lience fue correa de transmisión de las voluntades superiores en aquella reunión. Al acabar el curso renunció a su cargo, al que había accedido -según me dijo- por méritos académicos, ya que el suyo era uno de los mejores expedientes, y no por filiación política, y para él el SEU era el único medio de intervenir en la vida universitaria intentando hacer algo para los demás.

Fue sustituido por el Sr. Badía, que a los dos años de mandato tuvo que soportar las presiones estudiantiles pidiendo libre elección del "delegado de facultad". En primavera del año 1959 el alumnado de medicina se declaró en huelga, coincidiendo con la nueva normativa de estudios y de especialidades, y se decidió parlamentar directamente con los máximos jefes del SEU para que convocaran elecciones a delegado. Tres alumnos fueron comisionados para ir a Madrid: Manuel Ribas Mundó (catedrático de medicina en la Universidad Autónoma de Barcelona), Enric Renau Folch (pediatra e importante militante de Convergència Democràtica de Catalunya) y quien escribe; en Barcelona quedaron como enlaces Ramón Segura Cardona (catedrático de fisiología de la Universidad de Barcelona) y Xavier Iglesias Guiu (catedrático de ginecología de la Universidad de Barcelona). Estos cinco estudiantes pertenecían a un movimiento cristiano y catalán y fueron considerados por el grupo de izquierda marxista como mejores interlocutores. Nos entrevistamos con el jefe del SEU de Madrid, que era el Sr. Rodolfo Martín Villa, en su despacho de la Glorieta de Bilbao. Después de tensas discusiones se aceptó la elección democrática dentro del SEU y a cambio se desconvocó la huelga, pero hubo que pagar otra vez matrícula en mayo para poderse examinar. Como medida transitoria acudimos dos delegados al claustro de profesores de medicina en la última reunión y al año siguiente salió elegido Ramón Segura, que fue el primer delegado democrático de nuestra facultad en la postguerra. El SEU, o posiblemente el propio Rodolfo Martín Villa, aceptó la representatividad de quienes fuimos a Madrid y lo demostró abonándonos todos los gastos de desplazamiento y de alojamiento.

En nuestra Universidad el Rector era el Prof. Buscarons, hombre de confianza para el Ministro Ruiz-Giménez, y ocupaba una plaza de Vice-Rector el Prof. García Valdecasas, mi catedrático de farmacología. Había sido discípulo del Prof. Negrín en Madrid y en la postguerra esta procedencia le creó dificultades para acceder a una cátedra; la consiguió "contra viento y marea" según me dijo. Actualmente, ya nonagenario, accedió a recibirme y en su conversación me confirmó los comentarios del Sr. Lience sobre los impedimentos del Prof. Joaquín Trias Pujol para la recuperación de su cátedra.

En 1956 cambió el equipo ministerial en Educación Nacional y pasó a ser Ministro Don Jesús Rubio y García-Mina. De Don Joaquín Pérez Villanueva tuvimos conocimiento unos años más tarde porque había sido destinado en París como Director del Colegio de España en la Cité Universitaire Internationale; su puesto oficial hasta entonces había sido su Cátedra en la Facultad de Historia de la Universidad de Salamanca. En París Don Joaquín, ayudado por su secretario el Sr. Cambor, hizo mucho por los universitarios españoles sin distinciones de pensamiento, como lo demuestra la diversidad de ideologías de muchos que le deben la prosecución de los estudios gracias a su apoyo para conseguir "becas para estudios en el extranjero". Quien escribe gozó de este favor al proporcionarme mi tercera beca, que se unió a las dos anteriores concedidas por el gobierno francés. Nos resultaba fácil con la ayuda de Don Joaquín, mientras que las mismas gestiones efectuadas en España por la vía oficial quedaban encalladas y se frustraban a tenor de los antecedentes de cada uno. Justo es en este momento rendirle el merecido homenaje por lo que pudo y supo hacer, que yo por mi parte ya le ofrecí una de mis dedicatorias de la tesis doctoral preparada en París en el Servicio del Prof. Merle

d'Aubigné. Muy posiblemente no habría alcanzado esta meta sin el apoyo de Don Joaquín, cuya beca me permitió prolongar la estancia y vivir con algo más de desahogo económico, saliendo un poco de la estrechez pecuniaria.

A pesar del cambio ministerial, el apoyo a Joaquín Trias Pujol no desapareció y se le ayudó de manera que pudiera llegar a su jubilación con el soporte económico de los derechos de jubilación en su máximo posible. Fue ascendido a la segunda categoría del escalafón de catedráticos el 26 de abril de 1956 y a la primera categoría el 16 de julio de 1956. El día 4 de diciembre de 1957 cumplió la edad reglamentaria -los 70 años- y recibió la comunicación oficial del ministerio de Educación Nacional en Consejo de Ministros. También se lo comunicó el Sr. Secretario de nuestra universidad, D. Enrique Linés Escardó, y finalmente apareció en el BOE de 14-I-58 que era "jubilado con los haberes que por clasificación le correspondan". Aquí se acaba su currículum universitario.



Comunicación de jubilación al Prof. J. Trias el 4 de diciembre de 1957.

A partir de su jubilación el Prof. Joaquín Trias Pujol mantuvo una intensa correspondencia con sus antiguos alumnos y amigos de la Universidad de Cuyo en Mendoza. Los alumnos que estaban de paso por Barcelona acudían a visitarle y los más distantes le pedían consejo en sus relaciones epistolares. No abandonó el contacto escrito con amigos exiliados y muy lejanos, para quienes era una fuente de información de lo que ocurría aquí y un interlocutor para analizar los hechos pasados. Uno de los contactos más fructíferos fue el que mantuvo con el Prof. Velarde Pérez-Fontana, con quien colaboró en la publicación de trabajos sobre Vesalio. Al cabo de cinco años de su jubilación tuvo que someterse a dos intervenciones quirúrgicas y la última se complicó en el postoperatorio con un accidente vascular cerebral. La consecuencia de esta lesión fue una incapacidad para la deambulación que le dejó muy inválido durante los últimos meses de su vida. Finalmente falleció el día 9 de enero de 1964.

HOMENAJE

Después de su fallecimiento dos sociedades científicas le rindieron homenaje académico: el Institut d'Estudis Catalans y la Sociedad Catalana de Cirugía. El Institut lo hizo a través de su filial la Sociedad Catalana de Biología que incluye también a médicos. Para comprender el valor de un homenaje a cargo de la entidad científica catalana de mayor representatividad y prestigio nos permitimos resumir su origen y su importancia académica.

El Institut fue fundado en 1907 por Enric Prat de la Riba que era presidente de la Diputación de Barcelona y que en 1914 fue Presidente de la Mancomunidad de Cataluña, administración conjunta de las cuatro diputaciones que por vez primera desde 1714 restituía la unidad catalana. El Institut se dedicaría a la investigación científica superior y de los elementos de la cultura catalana. Empezó con las secciones de historia, historia del arte, historia literaria y arqueología. En 1911 se amplió hacia las ciencias naturales, físico-químicas y exactas y poco después hacia las morales y políticas y las jurídicas. En 1914 se creó en su seno la Biblioteca de Cataluña, que ocupó las naves góticas del antiguo Hospital de la Santa Creu, cuando éste se trasladó al nuevo de la Santa Creu i Sant Pau. La labor del IEC se llevó a cabo de modo silencioso y regular creando nuevos servicios, laboratorios y seminarios de alta investigación y así se equiparó a las más prestigiosas academias nacionales eu-

ropeas. Su crecimiento obligó a una estructuración de Sociedades Filiales: Biología (1913), Filosofía (1922), Ciencias Físicas, Química y Matemáticas (1931), Geografía (1935), Estudios Históricos (1946), Estudios Jurídicos, Económicos y Sociales (1950), Estudios Litúrgicos (1969) y Musicología (1974). Sus Sociedades participan en la Federaciones y Consejos internacionales. Para subvenir a sus necesidades económicas recibió ayuda oficial de la Diputación de Barcelona, después de la guerra civil el Instituto fue ilegalizado y lo que de él quedaba oficialmente pasó a depender de la Diputación como en sus inicios. La Biblioteca de Cataluña fue rebautizada como Biblioteca Central. Sin embargo, todos sus miembros -excepto los exiliados- siguieron reuniéndose en domicilios íntimos y en entidades culturales privadas y encubridoras, y con un mecenazgo particular y por supuesto anónimo pudo sobrevivir; no le faltó el apoyo de la Unión Académica Internacional y del Consejo Internacional de la Filosofía y las Ciencias Humanas. Desde 1962 hasta el final de la dictadura franquista el IEC se alojó en el Palacio Dalmau, sede de la entidad Omnium Cultural. Con el advenimiento de la democracia recuperó su libertad, sus locales y normalizó la actividad, contando de nuevo con el soporte económico de entidad pública a cargo de la Generalitat.

El Homenaje a Joaquín Trias Pujol tuvo lugar en 1964 durante la etapa ya semiclandestina y la organizó la Sociedad Catalana de Biología, que solía reunirse en aquella época en los locales del laboratorio Igoda-Merck cuya sala de conferencias acogía a los académicos. La Junta del Institut no podía oficialmente reunirse en acto oficial alguno, lo que nos explica que se hiciera a través de la sociedad filial que englobaba a médicos y a biólogos; mi pertenencia a dicha sociedad me permitió vivir estas vicisitudes. El IEC pasó a tener en su Junta a veintiocho miembros en 1968 y en 1972 se incorporó en un acto académico íntimo -forzosamente no público- José Trueta Raspall, ya jubilado de Oxford y con domicilio en la Ciudad Condal.



Caricatura del Prof. Joaquín Trias Pujol aparecida en la prensa médica.

De este Homenaje reproducimos parte de los discursos de sus alumnos y amigos para que se conozca la impresión que les dejó el maestro y la huella de su docencia:

Pere Gabarró: "El Dr. Trias afirma que ante el enfermo las dos únicas cosas que deben pesar son sus conocimientos y su conciencia. Todas las demás consideraciones deben ser eliminadas considerándolas como parasitarias. Habla después de los posibles errores por distracción, ...por esto hizo inscribir en su sala de operaciones aquella frase de Billroth de Viena "Presente aegroto, tacear colloquium, tenatis visus nunc omnia dominat morbus" ... Pide que se acepte y recuerde la crítica que representa el resultado de la operación. Queremos atribuir un fallo a la fatalidad y olvidar las posibles faltas que lo han ocasionado es imitar al avestruz escondiendo la cabeza debajo del ala. Refiriéndose al artículo "La responsabilidad moral en cirugía", dice que se trata de un verdadero código moral para el cirujano, una auténtica lección

para todos nosotros, que debería ser publicado para que llegara a las manos de todos los cirujanos jóvenes, que así sabrían cuál era la madera moral del Dr. Trias. Dejarme decir finalmente cuál es la imagen que conservo desde los tiempos en que fue mi maestro, pasando por la época angustiosa de su actividad como fue la del exilio y del ostracismo; su espíritu inmutable siempre se mantuvo más fuerte que las circunstancias; viéndolo después de su retorno a Barcelona para reemprender una vida bastante diferente a la de antes, sufriendo las pruebas evidentes del desagrado y de la injusticia cuando intentó reintegrarse a la Facultad de Medicina de Barcelona; últimamente cuando la

enfermedad lo atropelló tan cruelmente siempre vi al hombre que conservaba la ecuanimidad: sabía aceptar las cosas tal como venían, sin demostrar rencor, que habría sido justificado, y sin demostrar externamente sus preocupaciones. El Dr. Trias, cirujano ejemplar y consciente; el Dr. Trias, el hombre bueno, ecuaníme. Son las dos imágenes que deberían estar siempre presentes.”

Lluís Sayé: “... fue invitado a reorganizar la enseñanza de la cirugía en la Universidad de Cuyo (Mendoza, Argentina)... revivió en Mendoza los tiempos más agradables de su profesorado. No fue el azar lo que lo llevó a Mendoza sino el reconocimiento por parte de amigos españoles en América, que creyeron que sería un acto de justicia hacer sentir nuevamente Joaquín Trias Pujol en plena forma cuando dejó su enseñanza (en Barcelona) ... el respeto y la admiración que tenían por él todos los que le conocían y sabían de su valer. La mayor enseñanza que nos ha dejado ha sido la de su serenidad, el dominio de sí mismo en todo momento, su inteligencia, que le permitía ver con prontitud lo que debería hacer y, especialmente, no perder nunca el sano juicio (“el seny”) por más adversa que fuera la contingencia que vivía. Joaquín Trias practicó siempre la prueba máxima de la sabiduría, el beneficio inmenso de su don: no hablar nunca en un tono de queja... y así fue durante su enfermedad... y yo me pregunto si vidas como la suya no deberían ser divulgadas y conocidas para enseñanza de las nuevas generaciones; debemos hacer revivir los grandes valores como ejemplo... Joaquín Trias Pujol merecía todos los honores y debemos hacer todo lo que sea preciso para que le sean rendidos.”

Josep Alsina i Bofill: “Si los mortales pueden luchar de alguna manera para contrarrestar la derrota de la muerte será manteniendo las vivencias espirituales del fenecido. La Sociedad Catalana de Biología al reunirse hoy para evocar la figura de Joaquín Trias Pujol cumple ante todo con un deber. No se trata de un deber frío y estatuario, ni de un deber gris impuesto por el hábito, sino de un deber imperativo nacido de nuestro afecto hacia la persona y de nuestra admiración por su obra. Pero, por encima de todo, nos reunimos para hacer lo poco que nos es permitido llevar a cabo para evitar que se hunda en la nada esta figura preeminente de la Cirugía Catalana, este maestro ejemplar, este hombre profundamente bueno, calladamente bueno, heroicamente bueno, que fue Joaquín Trias Pujol. Es esta bondad la virtud básica que yo pondría como motor de todas sus excelencias... Bondad que fluía de sus magníficas lecciones de cátedra de una claridad memorable. Al soplo de su deseo de eliminar las dificultades de sus alumnos se deshilvanaban como por arte de encantamiento los más inextricables problemas de anatomía topográfica... y resultaban las mejores lecciones de patología quirúrgica que pudimos recibir los de mi generación.

Otra manifestación de su bondad eran los veredictos de final de curso... bondad que impregnaba sus conversaciones, maravillosas conversaciones casuales en la misma acera ciudadana -a la sombra de un plátano en verano o al buen sol de un invierno-, desfile de personajes siempre vistos con aire amable. Todos sabemos hasta qué punto la desgracia se abatió a menudo y duramente sobre su carne y su sangre. Jamás hubo en su conversación el menos asomo de rencor ni tan siquiera amargura.

No puedo dejar de subrayar su contribución decidida y generosa en la construcción de la nueva Universidad de Cataluña. Para dar entrada a los auténticos valores que podían enriquecer el cuadro de profesores fue necesario que muchos de los investidos con las prerrogativas de la Cátedra, entre ellos y ante todo Joaquín Trias Pujol como decano, repartieran como San Martín su capa, su “venia docenti”. Este gesto de altruismo, de entusiasmo para dar a la naciente Universidad la eficiencia deseable, es tan extraordinario y contrasta tan violentamente con el habitual y triste espectáculo de la lucha por la exclusividad, que nunca será suficientemente exaltado. En la estela conmemorativa que de una manera u otra deberemos levantar al ilustre desaparecido, este gesto de Joaquín Trias Pujol deberá constar en un lugar preeminente.”

Moisés Broggi: "Todas las generaciones de médicos que son en nuestro país, actualmente en plena actividad profesional, han recibido sus lecciones sensatas y humanas. La vida no le trató con benevolencia. El vendaval de la tragedia española se abatió de lleno sobre su madurez y lo apartó con violencia del camino de su vocación: las tareas docentes y profesionales. Citamos en primer lugar estos hechos porque, según nuestro entender, la mayor lección del Maestro nos fue dada con su actitud ante tales acontecimientos. No buscó ninguna postura acomodaticia, ni tampoco cayó en una actitud de negativismo cerrado, sino que continuó realizándose con su acostumbrada dignidad, animando de tal manera con su ejemplo a quienes, como él, soportaban la misma adversidad.

La vida de Joaquín Trias Pujol forma una trayectoria rígida y constante en medio de las circunstancias más diversas. Siempre le veíamos igual: optimista, jovial, benevolente y sobre todo alegre, tanto si se encuentra en la plenitud de su actividad como en la oscuridad del exilio y del ostracismo. Ni en las horas de verdadero peligro y de penuria para él y para los suyos renunció al buen humor de siempre, como si, moviéndose en un plano superior, los acontecimientos no alcanzaran a afectarle... Sin embargo, en medio de estos panoramas de altibajos circunstanciales, de prosperidades y de estrecheces, de honores y de humillaciones, de brillante actividad y de inmovilidad forzosa, de luz y de tinieblas, siempre existe alguna cosa que se mantiene propicia, como si el destino hubiera querido proporcionarle una sólida base donde apoyarse. Me refiero a su clima familiar de perfecta armonía conyugal, donde en cada momento encontró el consuelo indispensable y el amoroso refugio, poniendo así de manifiesto que en el mundo nada hay más bello y más fuerte que el matrimonio unido, contra el que resultan inútiles las embestidas más ciegas y más crueles de la existencia.

Y como si fuera una consecuencia natural de estos valores humanos, su conversación resultaba seductora. Todos reconocían que era un conversador excepcional. En una carta de pésame nos dicen "Su conversación era una verdadera efusión de bondad, de contenido humano y de agudeza espiritual, de la que uno salía renovado". ¿Por qué? Porque en la conversación jamás personalizaba, procuraba realzar al interlocutor y abordar asuntos que despertaran interés en él. No existiendo para él nada mediocre, conseguía siempre, con su ingenuidad y con su cortesía, elevar incluso la cosa menos digna. Constantemente nos encontramos con un auténtico denominador común: desprendimiento de sí mismo y una gran benevolencia para con los demás. Y esto irradia y penetra en los corazones. Algunas veces he llegado a pensar que su espíritu tenía que corresponder a una etapa más avanzada de la evolución humana en el sentido de la perfección moral. Por tal razón el esquema de esta vida tiene el carácter de la ejemplaridad, porque en ella hallamos en abundancia aquellas cualidades que son más necesarias. Podemos preguntarnos cuáles son los motivos de esta impresionante explosión sentimental que ha provocado su muerte... por algo mucho más sencillo y raro: porque, siendo hombre de ideas y de principios, se mantuvo fiel a sí mismo a lo largo de la vida hasta el último momento."

En el homenaje de la Sociedad Catalana de Cirugía participó la Academia de Ciencias Médicas en la que ésa, como otras sociedades médicas, se encuentra integrada. Algunos textos acabarán de certificar la gran estima en que se le tenía y el respeto y agradecimiento por su obra bien hecha.

Josep Soler Roig: "El hacer revivir aquí la figura de un hombre de la talla del Prof. Trias, de quien he sido ferviente admirador y amigo, crea un doble sentimiento de tristeza y de melancolía al evocar una existencia que el destino y la ley inexorable de la naturaleza se han llevado de nuestro alcance. La satisfacción de ver reunidos aquí esta noche a gran número de sus discípulos no puede compensar esta tristeza, aunque con su presencia proclaman el mérito de tan admirado Maestro. El Dr. Trias fue uno de estos seres privilegiados a los que la naturaleza colmó de sus dones más preciados, de un físico sumamente atractivo, elegante con una distinción señorial, gozaba de una capacidad afectiva extraordinaria y sin dejar de ser el Maestro, podía adoptar la actitud del amigo con enorme facilidad. Su bondad y afable trato corrían parejos con su inteligencia y vasta cultura, sazónada por

una memoria prodigiosa, que al mismo tiempo que su modestia le hacía uno de los hombres más atractivos que he conocido.

La intensa humanidad que lo animaba se hacía presente en la atención que prestaba y que manifestaba en su cara y en su expresión, en forma electrizada y explosiva, por un tic que, si sorprendía de momento, era tanta su personalidad que a veces se hacía contagioso... No pude dejar de observar la evolución constante en la manera de pensar del Prof. Trias, que permanecía joven de espíritu pero permanentemente al día, conocedor de las más recientes técnicas y de todos los últimos avances, por continuo y renovado interés en busca de la perfección.

La demostración más evidente de su juventud la dio a todo el mundo con el entusiasmo y con la devoción con que se trasladó a la Argentina cuando, solicitado por la Universidad de Córdoba, se ausentó de su hogar para regir la Cátedra de Cirugía de aquella Universidad. A pesar de su edad, su espíritu amaba la aventura que le conducía a su posición ideal, la de poder formar alrededor suyo nuevos Cirujanos y la posibilidad de dedicarse por entero a la función docente. Tuve el placer de comer con él una noche en que me explicó todos sus planes y encontré admirables su devoción y su entusiasmo arrolladores, que le hacían ignorar las dificultades y apreciar solamente las ventajas. Y en ellos, me cabe decirlo, fue secundado enormemente por la voluntad de su esposa, que no quiso interferir ni cercenar las ilusiones de toda su vida.

Su bondad, animada por la profunda creencia religiosa, le hicieron aceptar con humildad cristiana todos los dolorosos trances que la vida no supo regatearle; su personalidad no se alteró nunca violentamente ante la injusticia ni los sinsabores, siendo siempre su bondad y su sabiduría la mejor prueba de su enorme capacidad humana y de maestro."

Joan Puig Sureda: "No es sin emoción que evoco el recuerdo de un compañero cuya amistad se remonta a más de 60 años... después multitud de coincidencias mantuvieron nuestra relación, que el Destino convirtió en vinculación mucho más fuerte. Esto me permitiría hablar largo del malogrado amigo, pero a riesgo de repetir conceptos no puedo menos que insistir en resaltar algunos aspectos de su personalidad.

No conoció la soberbia. Atributo característico de su modo de ser fue la sencillez. Modesto en extremo, más por estoico que por evangélico, más por temperamento que por reflexión. Nunca habló de sus méritos ni le envanecieron los títulos y distinciones, que fueron muchos. Su carácter sincero, suma de rectitud y desinterés (quizás demasiado). Por muy humano, comprensivo e indulgente, su trato acogedor amenizaba con fácil sonrisa el recibimiento y el diálogo. Pensar mal no era cosa que rezara con él. Apasionado lector de todo, le seducía en especial la historia anecdótica de la que su privilegiada memoria, con ribetes de filósofo, extraía la primera materia de amena conversación en tertulias y en su "peña" de escritores y artistas, donde su simpatía cosechó sinceras amistades. Este fue el hombre.

Nuestro malogrado Dr. Trias fue un maestro, cirujano y operador; hablan sus éxitos por boca de sus discípulos y enfermos. No sabría terminar sin unas palabras dirigidas a su período final: ¿qué admirar más, si la serenidad de sus fases lúcidas durante este período, o la inimaginable y serena solicitud con que fue atendido por los suyos? No encontraría palabras para expresar mi admiración. Supo estar enfermo sin impacientarse y tengo el convencimiento que con el mismo estoicismo hubiera sabido morir y decir adiós. Pero la providencia quiso ahorrarle el esfuerzo y le sumió en repentino e inesperado coma del que no despertó".

Jaume Pi Figueras: "...Participar en esta sesión solemne para honrar la memoria del que fue uno de sus más preclaros Presidentes y que ocupó el cargo durante el bienio 1928-30; ...la elección no era un peldaño más de una carrera brillante, sino que por el contrario constituía la consagración pública de los que ya habían alcanzado la cúspide de la fama científica o profesional. Joaquín Trias

Pujol fue incorporado con todo merecimiento y justicia a esta lista de nombres venerables cuando contaba apenas cuarenta años de edad. Don Joaquín era pues reconocido mercedamente como un personaje siendo todavía muy joven, pocos años después de haber ocupado una Cátedra en la Facultad de Medicina; tal vez prematuramente, lo cual constituía un riesgo de fracaso nada insólito si no se trata de una personalidad excepcional.

En el curso 1920-21 yo estudiaba el 4º curso de Facultad y una de las asignaturas era la de Anatomía Topográfica y Operaciones. Fue el primer curso que dictó el nuevo y flamante catedrático Joaquín Trias Pujol. Tenía entonces treinta y dos años, un físico nórdico y manera de "gentleman". Explicaba con concisión y claridad; dotado de una envidiable facilidad para el dibujo, trazaba en el encerado con yesos de colores magníficos esquemas anatómicos, que hacía amenos los áridos temas del programa. Pudimos constatar rápidamente cualidades relevantes en su personalidad: sencillez, sensatez, bondad. No explicaba ni exigía rarezas, estaba siempre dispuesto a comprender y a perdonar, si hacía falta; era asequible cual un hermano mayor. Estas cualidades no escapaban a nuestra visión de escolares, aunque no podíamos valorarlas entonces justamente. Revelaban en efecto una personalidad excepcional que no tardó en ponerse en evidencia para todos... el selecto espíritu del Dr. Trias, quien por el contrario evidenció las cualidades morales que atesoraba: sencillez, prudencia, altruismo.

Pero Don Joaquín no fue sólo maestro de cirugía. Un profundo humanismo, su vasta cultura y sobre todo su gran corazón, le enseñaron que los valores morales significan tanto o más en nuestra profesión que los valores científicos; especialmente en nuestra época materialista y violenta en la que todo parece subordinarse al éxito fácil y a la vida cómoda. En la última época de su vida ésta fue sin duda su gran preocupación, como queda demostrado para todos en aquel magnífico artículo sobre "La responsabilidad moral en cirugía" publicado en 1953, maravillosa síntesis de lo que al cirujano le exige y reclama su propia conciencia de hombre honrado. Yo me atrevería a pedir a la Sociedad Catalana de Cirugía... que haga suyo aquel código de moral quirúrgica y que lo entregue al mismo tiempo que su título a cada uno de los miembros que ingresen en la Sociedad. Éste sería seguramente el homenaje que más complacería al maestro desaparecido.

Y debajo de su nombre, ahora que esto ya no podría herir su humildad, yo añadiría estas palabras:

"Fue un hombre de bien; legó a sus hijos un nombre sin mácula, a sus discípulos un caudal inagotable de conocimientos científicos y morales; a su país una vida ejemplar, sostenida por un gran corazón que jamás conoció el odio, que jamás aceptó la violencia; no sólo cumplió siempre el precepto evangélico de perdonar a sus deudores, sino que hasta se esforzaba en justificar sus agravios y persecuciones."

A petición mía el **Dr. Josep Maria Massons** ha redactado también unas notas de homenaje que él titula "Recordando con emoción al Prof. Joaquín Trias Pujol":

"Cursé la Carrera de Medicina entre 1928 y 1934. Los hermanos Joaquín y Antonio Trias Pujol eran catedráticos de la Facultad de Medicina, Joaquín de Técnica Quirúrgica y Antonio de Patología Quirúrgica. Entre Joaquín y Antonio la estudiantina distinguía a Trias el bueno y Trias el malo. El porqué de esta distinción, tan maniquea como injusta, residía en que Joaquín era un hombre afable, que comprendía que los conocimientos de su asignatura quedarían para los que cultivasen la Cirugía, mientras que a los demás médicos les resultarían a lo sumo un adorno y, en consecuencia, era muy benigno en los exámenes. Su hermano Antonio era hombre de ideas muy claras y, sobre todo, era muy exigente a la hora del examen y suspendía mucho.

Yo era un buen estudiante. Quedé encantado con las clases que impartía Don Joaquín y tuve unas pequeñas dificultades con Don Antonio pero fueron felizmente superadas. Cuando cursé el

último curso de la carrera (1933-34) tuve ocasión de tratar mucho a ambos hermanos porque fui delegado de curso y presidí la Associació d'Estudiants de Medicina, lo que me llevó a tener que solventar muchos asuntos con el Decano, que era Don Joaquín y con el Patrono de la Universidad, que era Don Antonio. De aquí nació lo que yo podría llamar una amistad, presidida siempre por el respeto que un estudiante de aquellos tiempos sentía ante un catedrático.

Acabé en junio de 1934 y comencé la carrera que un joven de aquellos tiempos debía hacer si quería llegar a ser un cirujano de prestigio. Dominaba el francés, el alemán y bastante el inglés, y me propuse pasar dos o tres años en el Hospital Clínico estudiando y ayudando a operar, por lo cual gané los oposiciones a médico interno de cirugía y las de Premio Extraordinario de licenciatura. Cuando se me dio a elegir servicio opté por el del Dr. Joaquín Trias y en él estaba trabajando cuando en julio de 1936 estalló la guerra civil. Aquellos años al lado del Prof. Joaquín Trias fueron muy provechosos a causa de varias razones.

La primera fue que ambos hermanos crearon el Servicio de Urgencias con su quirófano, su sala de reducción de fracturas y aplicación de enyesados y sus camas correspondientes. La segunda fue la calidad de los médicos de guardia a cuyas órdenes trabajé (Piulachs, Usúa, Broggi, Ferrándiz) y sobre todo Francisco Jimeno Vidal, que había pasado unos dos años en Viena al lado de Lorenz Böhler y de él aprendí todas las técnicas de la nueva traumatología. Y la tercera fue que, también los hermanos Trias, crearon una pequeña pero eficientísima biblioteca quirúrgica en la que los médicos de guardia y los internos pasábamos las horas que no estábamos de servicio o los intervalos entre urgencia y urgencia cuando estábamos de guardia.

Así fue como al estallar la guerra yo me encontraba con una preparación teórica y práctica excelente. El 19 de julio cayó en domingo y el Prof. Joaquín Trias se encontraba en la Costa Brava, por lo que no pudo acudir al hospital hasta el lunes. En aquel momento todos cuantos trabajábamos en el Servicio de Urgencias ajustamos nuestra técnica a las enseñanzas de Böhler: limpieza quirúrgica de la herida, reducción de la fractura si la había y sutura de la piel.

Nuestro profesor nos sacó de tal error. Él había hecho durante tres años la Campaña de Marruecos como médico militar y nos hizo ver que lo que valía para las heridas y fracturas de la vida civil no valía para las de guerra. Porque las heridas por proyectiles -más si se trababa de metralla- daban lugar a gran cantidad de zonas contusionadas y necrosadas cuya limpieza total era sumamente difícil. Y era frecuente la presencia de cuerpos extraños como fragmentos de vestidos, mechones de lana de un colchón del que se esperaba que actuara como un parapeto, tierra o arena, etc. Por lo tanto limpieza lo más completa y perfecta de la herida y no suturar; dejar la vía expedita par que, cuando la naturaleza empezara su proceso de detersión, el pus tuviera amplia salida. Además se declaró ferviente partidario de la cura de Orr, es decir, dejar la herida en máximo reposo debajo de un escayolado o de una cura que se renovarí de tarde en tarde. Y todo ello lo impulso sin broncas, sin recriminaciones, como era su estilo.

Yo había hecho los cursos de Escala de Complemento del Ejército y expuse al profesor mi idea de presentarme en el Hospital Militar y lo aprobó. Allí me encontré con el comandante médico que dirigía el Servicio de Cirugía, abrumado de trabajo y con unos conocimientos de traumatología muy precarios. Resulté ser para el Dr. Rafael Olivares un ayudante muy útil y allí se inició una amistad que duró hasta su muerte.

A finales de marzo de 1937, el Jefe de los Servicios Sanitarios de las Brigadas Internacionales, un búlgaro cuyo nombre de guerra era Oscar Telge, pidió al Jefe de Trenes Sanitarios Dr. Roig dos equipos quirúrgicos. El Dr. Roig telefoneó a Barcelona y la Jefatura de Sanidad de Cataluña envió dos equipos, uno dirigido por el Dr. Moisés Broggi y otro por mí. En aquellos días de guerra y no daba ningún paso sin antes pedir consejo a Don Joaquín Trias Pujol. En una ocasión un personaje médico

me ofreció que fuese su secretario y el Prof. Trias me lo desaconsejó, pero en cambio cuando le hablé de dirigir un equipo quirúrgico en las Brigadas Internacionales me dijo que no me lo pensara ni un instante, ya que era la ocasión de mi vida... ¡Así fue!

En la batalla de Brunete servimos el Dr. Broggi desde El Escorial y yo desde el Sanatorio Villegas en Hoyo de Manzanares. Después el Dr. Telge nos dio un permiso y pasamos unos días en Barcelona.

El maestro nos invitó a almorzar en su casa y allí conocí a su esposa, Doña Margarita Rubies, que era una gran señora, y a la hija mayor, Angelina, que andando el tiempo se casaría con el Dr. Broggi -matrimonio que aún dura- y con la que he mantenido cordiales relaciones de amistad. Luego vino el fin de la guerra, con el exilio en Francia y en Andorra primero, con su marcha a la Argentina después y su posterior regreso a Barcelona. Tuvo un procesamiento por guardar el secreto profesional sobre la asistencia a un antifranquista herido por la policía y fue encarcelado.

Yo quisiera que estas líneas mías fueran un homenaje a la memoria de un cirujano, de un catedrático, que ante todo era una dignísima persona. Porque yo le debo muchas cosas, pero las más importantes para mí fueron su amistad. Era un conversador magnífico y en una ocasión me dijo que en los ejercicios a oposición a cátedra faltaba uno al que llamaba "el café" y debería consistir en invitar al candidato a tomar un café y descubrir de qué modo sabría comportarse.

Recuerdo emocionado su bondad. Un día cometí la estupidez de opinar: "¡La Real Academia!, una colección de prostáticos que no sirve para nada". Él, en vez de decirme "¡Massons, no diga tonterías!", me respondió acompañado de una sonrisa: "Massons, no hable mal de la Real Academia, porque vendrá un día en que a Usted le gustará entrar en ella". La profecía se cumplió: me ha gustado entrar en ella (J. M.^a Massons, Navidad 2002)."

* * * * *

Sus discípulos han reiterado la conveniencia de que el artículo que escribió el Prof. Joaquín Trias Pujol sobre el problema del secreto profesional, que él vivió de modo tan penoso en su ejercicio como cirujano, sea conocido de las generaciones posteriores. Su pensamiento expuesto con el título de "La responsabilidad moral en cirugía" será el mejor colofón de esta aproximación biográfica y a tal fin lo reproducimos.

RESPONSABILIDAD MORAL EN CIRUGÍA

El ejercicio de la Cirugía, como el de toda actividad humana, impone al que la practica una serie de problemas de responsabilidad; responsabilidad de "orden legal", consignada en los Códigos, responsabilidad "profesional", tributaria de la "Deontología", y responsabilidad "social", que afecta al prestigio y honorabilidad del cirujano.

No trataremos ninguno de estos aspectos, ya que estimamos que no tenemos ni autoridad ni competencia para ello, y nos limitaremos a dedicar unos comentarios a la responsabilidad moral, o sea aquella que siente el cirujano ante sí mismo, teniendo como juez a su "conciencia" y como sanción al "remordimiento".

Escarbando en nuestra memoria, recordamos accidentes desgraciados, en los que ya sea por imprudencia, distracción o negligencia, tenemos la impresión que podíamos haber evitado. Para tranquilizar nuestra conciencia, disponemos, como todo el mundo, de un mecanismo de defensa llamado "olvido", pero el recuerdo de aquel desgraciado accidente pasa al subconsciente, queda registrado y allí gravita como un lastre de amargura, del que ya no podemos desprendernos. Por esto, alguien ha dicho que pretender escapar a la responsabilidad moral es algo tan absurdo como querer separarse de la sombra proyectada por uno mismo.

En esto precisamente se basa la importancia, la fuerza y el valor de responsabilidad moral.

Misión del cirujano. - La misión estricta y específica del cirujano consiste en intentar conservar a todo trance la vida de un individuo humano, un órgano o una función amenazada.

Dice George Duhamel, que a la hora del sufrimiento y de la muerte, cada persona debe ser tratada como si fuera irremplazable.

Las prácticas de mutilación, experimentación cruenta, esterilización forzosa o voluntaria, de las que tanto se ha hablado durante las pasadas guerras y revoluciones, con regímenes anómalos, son aberraciones que rebasan los límites de la responsabilidad moral, adquieren el carácter de delito y van a caer en los dominios del Código Penal. Por algo han surgido estas nuevas figuras delictivas, como el "Genocidio" y otros crímenes llamados de guerra.

Desgraciadamente, en tiempos anómalos de guerra o revolución, algunos regímenes autoritarios o grupos sediciosos obcecados por la pasión, son capaces, mediante coacciones y amenazas, de poner en peligro la dignidad del cirujano, obligándole a negar determinados auxilios y a emplear ciertas prácticas quirúrgicas, incompatibles con su moral y con su conciencia.

Desgenettes, el célebre cirujano de Napoleón, refiere en sus memorias que poco antes de levantar el sitio de Jaffa, durante la campaña de Egipto en la época del Consulado, le llamó a su tienda y le propuso dar opio a los apestados, para evitar sus sufrimientos y terminar con el peligro que amenazaba al resto del ejército, a lo que el médico contestó que "su deber era a todo trance conservarle la vida".

Replicó Napoleón que también su deber era conservar el ejército y por consiguiente evitar que los enfermos abandonados cayeran víctimas de las cimitarras de los turcos. No intento, añadió, vencer vuestra repugnancia, pero espero encontrar quien sepa mejor interpretar mis intenciones, y efectivamente, fue administrado opio a dosis tóxicas a unos 30 apestados. Por suerte, muchos de ellos vomitaron el tóxico y algunos se salvaron de la peste, del tóxico y de la cimitarra de los turcos.

Claro que hay leyes internacionales, como la Convención de La Haya, los Estatutos de la Cruz Roja de Ginebra, y modernamente la Organización Mundial de la Salud, que intentan proteger los intereses de los heridos y dar garantía al médico para que pueda cumplir su misión, pero en tiempos anormales de guerra y revolución, no siempre se cumplen los reglamentos ni se respetan los tratados.

Carácter ineludible de la misión del cirujano. - Siendo la misión del cirujano intentar salvar la vida a todo trance, no puede negar sus auxilios facultativos a nadie, sea cual fuere la condición del herido en sí y las circunstancias materiales o espirituales que le rodeen. No puede haber para él ni enemigos, ni rebeldes, ni pobres, ni criminales. Decían los antiguos: "Oegroto miser, res sacra". El enfermo es cosa sagrada.

Con motivo de una revuelta en París en 1830, el famoso cirujano Dupuytren fue interrogado por las autoridades, que le reprochaban no haber comunicado que había asistido en el hospital a unos rebeldes. Replicó Dupuytren que él no sabía distinguir si eran o no rebeldes y que sólo podía apreciar que estaban heridos.

Uno de los más sensacionales procesos de los Estados Unidos, que ha dado lugar a multitud de publicaciones y ha servido de argumento para guión de algunas películas, a pesar de los años transcurridos, ha sido el proceso en que se condenó al Dr. Samuel Mudd, por haber asistido al asesinato del Presidente Lincoln. Últimamente, los doctores Herring y Prichaud han publicado un interesante libro titulado La maldición de Caín. También entre nosotros ha sido proyectado un interesante film titulado Prisionero del odio, en su versión española, que trata de este mismo asunto, y su hija Nattie Mudd publicó en 1906 un libro titulado La vida del Dr. Samuel Mudd, encaminado a justificar la conducta de su padre.

El asesino del Presidente Lincoln, John Wilkes Booth, era un actor dramático que al huir después de cometido su crimen, pasó disfrazado por el pueblo de Briantown, donde a la sazón ejercía el Dr. Mudd y acudió a él para que le tratara una fractura maleolar, que en su fuga se había producido. Tres días más tarde, el Dr. Mudd fue interrogado por las autoridades y no sólo no ocultó que había asistido al lesionado, sino que entregó la bota que el herido había abandonado, manifestando los honorarios que había percibido por su trabajo facultativo.

Como era conocido por sus ideas políticas de tendencia sudista, no pudo convencer a las autoridades de que se había limitado a cumplir con su deber, y considerado como cómplice o encubridor, fue condenado a trabajos forzados en el Fuerte Jeferson, situado en las Islas Tortugas, frente a la costa de Florida, de donde fue liberado por el Presidente Jackson cuatro años más tarde, por los valiosos servicios médicos que prestó a la población penal con motivo de una epidemia de fiebre amarilla que allí se produjo.

La desgraciada historia del Dr. Mudd, víctima de la pasión política desencadenada por la sangrienta Guerra de Secesión, plantea una serie de problemas médicos que se prestan a comentarios de carácter legal y moral sobre la responsabilidad que recae sobre todo cirujano.

Cuando muchos países de Europa fueron ocupados por ejércitos diversos en la pasada guerra, fueron numerosos los heridos pertenecientes al partido de la resistencia que se vieron obligados a solicitar asistencia facultativa. No se sabe de ningún cirujano que se negase a prestar dicho auxilio, pero sí consta que muchos de ellos tratados como cómplices o encubridores de un hecho considerado en aquellos momentos como delictivo pagaron con la prisión, el exilio o la muerte, el simple cumplimiento de un deber ineludible. Hay que reconocer, para orgullo de nuestra profesión, que puestos en este trance y a pesar de sus graves riesgos, la mayoría de ellos supieron obrar con arreglo a su conciencia y a su dignidad profesional.

Responsabilidad del cirujano ante la intervención. - Al plantearse la indicación se establece una responsabilidad preoperatoria que se acentúa en la misma intervención, no cesando hasta conocer los resultados tardíos.

Participación del médico internista en la responsabilidad. - Cuando la medicina y cirugía constituían dos profesiones distintas, la responsabilidad recaía exclusivamente sobre el médico, ya que él poseyendo latín, poseía la ciencia y por algo vestía toga y anillo doctoral, mientras el pobre cirujano sólo conocía su arte, le estaba vedada la ciencia, ya que no poseía el latín y sólo era un artesano y no de los más distinguidos. El médico, con su ciencia, representaba el cerebro y el cirujano la simple mano que ejecuta, bajo la inspección del primero, limitándose a seguir sus instrucciones.

Cuando después de enconadas luchas se unificó la profesión, entrado el siglo XIX, al quedar equiparadas las culturas de ambos la responsabilidad automáticamente vino a gravitar sobre el cirujano.

No siempre los límites de esta responsabilidad han quedado claramente establecidos, pues en esta misma Academia se han suscitado debates en épocas nada remotas sobre dicha responsabilidad y en ellos se han mantenido criterios diferentes. Recordamos que al discutir las indicaciones de la apendicitis aguda y otros procesos abdominales, como la oclusión intestinal, algunos cirujanos y no de escaso prestigio, mantenían el criterio de que el cirujano debía atenerse a la indicación del internista, fundándose, sin duda, en la creencia de que el médico, con su tendencia conservadora, representaba una garantía de equidad, evitando que el cirujano se excediera en sus tendencias intervencionistas.

Ningún cirujano actual tiene derecho a descargar su responsabilidad en el juicio ajeno, y debiendo solicitar toda clase de colaboraciones para completar el estudio del caso, no puede declinar la responsabilidad sobre ninguno de sus colaboradores, por eminentes que éstos sean.

Las tendencias o actitudes de tipo conservador o intervencionista son siempre estados de ánimo de orden subjetivo, que no nos ofrecen garantía alguna. Sólo el estudio clínico del enfermo, apoyado con los datos de laboratorio, radiología, endoscopia, etc., estudio funcional y capacidad de resistencia con el empleo del "test" apropiado, son los elementos que deben prevalecer en toda indicación, solicitando la colaboración de cuantos especialistas se estimen necesarios. El cirujano, sin pretender descargar su responsabilidad, no puede trabajar aislado y menos hoy que interviene en vísceras como el pulmón o corazón, que exigen precisiones de diagnóstico que sólo pueden aportar especialistas utillados y entrenados en el manejo de técnicas de exploración muy delicadas.

Una vez establecida la base científica y, por lo tanto, racional de la intervención, todavía nos falta consultar a nuestra conciencia, para poner a salvo nuestra responsabilidad. No faltan normas para ello. El malogrado Dr. Salvador Cardenal, maestro de todos, repetía con insistencia una norma moral, que no debía abandonar el cirujano: Imaginar si aquella operación la aconsejaría al más querido de los suyos y si se vería capaz de realizarla con pulso firme y ánimo sereno.

Ambrosio Pareo, en el siglo XVI, decía algo parecido inspirado en los Evangelios: "Sois avec autrui, que tu voudrais qu'on fust a ton endroit".

Los americanos suelen decir que para el ejercicio de la Cirugía hay que contar con las tres H: "Hand, head and heart". Manos, cabeza y corazón, lo que equivale a decir que al plantear una intervención debemos preguntarnos si la cabeza nos lo aconseja, si la conciencia nos lo autoriza y si nuestras manos poseen la destreza suficiente.

Sin embargo, jamás estas normas de prudencia deben intimidarnos ni inhibirnos ante un fracaso siempre posible, pues, como decía Hufeland, "cuando un enfermo está en peligro, hay que arriesgarlo todo para salvarle, incluso la reputación".

Errores temperamentales. - Los cirujanos, como todos los hombres, presentan temperamentos muy distintos entre sí. Unos, los "audaces", de temperamento ardiente, entusiastas de las novedades y atrevidos, se lanzan con cierto frenesí a emplear técnicas nuevas y arriesgadas, impulsados por el prurito de la "innovación", de la "originalidad" y a veces del "reclamo", aceptando indicaciones de dudosa utilidad para el enfermo, o bien emplean métodos, que siendo correctos, los aplican a enfermos poco adecuados.

Otros, los "tímidos", de carácter pusilánime, desperdician ocasiones que pueden ser vitales, con el prurito de no ensombrecer las estadísticas ni comprometer su reputación profesional. Esta actitud pasiva y abstencionista, con apariencias de prudencia, muchas veces encubre un espíritu egoísta, perjudicial a la vez al enfermo y al progreso de la Cirugía.

Los "oportunistas", adoptan una actitud variable, inspirada más en su estado de ánimo o en sus conveniencias que a las exigencias de la enfermedad y a las necesidades del enfermo. Según se encuentre animoso o fatigado, según sean las probabilidades de éxito o de fracaso, a veces también según sean las condiciones sociales del enfermo, se inclina a una decisión intervencionista o abstencionista.

Sólo la ciencia y la conciencia deben contar en nuestras decisiones quirúrgicas y toda la interferencia parasitaria debe ser eliminada.

Hace ya muchos años que la Academia de Cirugía de París adoptó el siguiente lema, que lo condensa en forma expresiva: "in Scienza veritas, in Arte probitus", (Verdad en la Ciencia, probidad en el Arte).

Responsabilidad peroperatoria. - Decía ya Hipócrates, hace 25 siglos, que el médico no sólo debe efectuar lo que más convenga al enfermo; sino que también debe cuidar que lo hagan los ayudantes y que las cosas externas sean adecuadas (ambiente). Esto equivale a decir que sobre el cirujano recae la responsabilidad de la actuación de su equipo y aun del ambiente moral y material.

Los cirujanos formados a principio de este siglo, pasamos unos años llenos de optimismo, ya que apoyados en el trípode de la anestesia, hemostasia y antisepsia, nos sentíamos bien armados con medios de seguridad suficientes para actuar a través de casi todas las regiones y aun de ciertas cavidades, con relativa impunidad.

En dicha Cirugía, hoy clásica, todo era simplicidad, sólo bastaba el viejo bagaje de la Anatomía, ser cuidadoso con la hemostasia y respetuoso con la asepsia. Decía Jean Louis Faure en 1932: "Hoy día nada nuevo ni nada verdaderamente grande puede ser intentado en Cirugía", ya que no tuvo ocasión de conocer la cirugía torácica moderna, la cirugía intracardíaca, de los grandes vasos, etc. Eran muchos los que en aquella época compartían la misma opinión creyendo que habían llegado a una meta; olvidaban que mientras existan sobre la tierra hombres dotados de inteligencia, intuición y originalidad, siempre existirán nuevos inventos y valiosas innovaciones.

Los progresos actuales permiten muchas más posibilidades, ya que el cirujano actual no se detiene ni ante el tórax ni ante ninguno de los órganos allí contenidos, pero claro está, a mayores posibilidades, mayores riesgos y mayor complicación. Ya no basta la competencia y habilidad personal del cirujano, sino que es indispensable disponer de un equipo de colaboradores especializados en las prácticas de anestesia y reanimación, disponer de un utillaje complejo para poder hacer frente a las numerosas contingencias que en esta delicada cirugía actual pueden presentarse. Es necesario que el cirujano tenga cualidades de organizador para poder actuar como jefe de equipo, atento a la labor de sus colaboradores, sin olvidar ni un momento su actuación personal.

Errores peroperatorios. - Los errores que pueden cometerse en el curso de una operación, pueden ser muy variados y escapan a cualquier tentativa de sistematización. Limitándose a los más corrientes, citaremos los que se cometen por imprudencia, por distracción, por torpeza, por improvisación e impericia.

Los errores por "imprudencia", son debidos generalmente a diagnósticos defectuosos motivados por examen insuficiente del enfermo o a falta de preparación de los mismos antes de la operación.

Es clásico citar la incisión de un aneurisma creyendo que es un absceso con piel alterada, desbridamiento de un absceso inguinal, que luego resulta ser un absceso estercoráceo por hernia estrangulada, operación de osteomielitis supurada, que resulta ser un sarcoma óseo tipo Ewing, etc. Estos errores dependen generalmente de la perniciosa costumbre de operar enfermos que no han sido examinados personalmente por el cirujano.

En este mismo capítulo de las imprudencias, debemos incluir aquellos enfermos que, presentando características patológicas importantes, como una insuficiencia renal, una diabetes, una cardiopatía mal compensada, una importante enfermedad de la sangre, o una grave alteración humoral, no han sido tratados adecuadamente, por no haber sido estudiados en su totalidad.

En el capítulo de los errores por "distracción", debemos incluir el hecho tan conocido de las compresas olvidadas dentro del vientre, pinzas de hemostasia o tubos de drenaje abandonados, etc., que tantos disgustos han producido al cirujano responsable y tantos perjuicios pueden originar al enfermo.

Los errores por distracción, son ocasionados por el defecto de no concentrar la atención en lo que se está haciendo y dispersarla en otras actividades ajenas a la operación que se está realizando.

Avisos más o menos urgentes al cirujano o a sus ayudantes, siempre intempestivos, atolondramiento ocasionado por accidentes inesperados como los que sobrevienen en una hemorragia masiva o por un defecto de anestesia, son factores que predisponen marcadamente a cometer esta clase de errores por distracción. Menos mal que se ha perdido la perniciosa costumbre que reinaba en muchos servicios, en los que el operador y sus ayudantes y el anestesador, se entregaban a charlas más o menos amenas y no faltaban en los quirófanos visitantes desocupados, que con el pretexto de presenciar la operación para un mayor conocimiento científico, convertían el quirófano en un salón

de esparcimiento. De ahí la oportunidad de una inscripción que el famoso cirujano Billroth colocó en el quirófano de su servicio del Allgemeine Hospital de Viena:

“Presente oegroto, taceat colloquiam, teneatis visus nunc omnia dominat morbus”.

También ha pasado de moda el cirujano con arrebatos coléricos, tipo “bourru bienfaisant”, que engendra crisis de atolondramiento con sus reacciones violentas y oculta, en general, una impotencia técnica.

Los errores por “torpeza”, que pueden realizar incluso cirujanos muy hábiles, se originan cuando el operador actúa con precipitación o ligereza, principalmente si padece la obsesión de “trabajar contra el reloj”. Ya decía Sedillot, de Estrasburgo, hace muchos años, que el éxito en cirugía más dependía de ser cuidadoso, que de ser brillante.

La herida de un asa intestinal adherida o no al efectuar una laparatomía, la sección del nervio radial al abordar el húmero en el curso de una osteosíntesis, la ligadura de un pedículo que resbala por haber sido ligado sin las debidas precauciones en la disección del mismo, conteniendo un vaso como la uterina, la tiroidea, la renal, etc., son errores evitables, que seguramente todos hemos visto cometer incluso a cirujanos experimentados.

La **imprevisión**, es una falta que se presenta con frecuencia al efectuar por primera vez una técnica poco conocida o de uso poco frecuente. La gravedad de la imprevisión, puede tener mucha importancia, sobre todo en las complicadas técnicas modernas, en las que no basta la habilidad del cirujano, sino el entrenamiento completo del equipo y tener a mano los medios materiales indispensables. El no disponer de una transfusión suficiente en caso de operaciones que sangran, el no disponer de una intubación apropiada en ciertas intervenciones del tórax; la carencia de un desfibrilador eléctrico en casos de fibrilación ventricular, pueden dar lugar a graves accidentes, que afectan la responsabilidad del cirujano por haber pecado de imprevisión.

La **impericia** depende de una falta de preparación del cirujano, cuando no posee la suficiente habilidad para una técnica determinada o cuando no dispone de un equipo suficientemente adiestrado. No basta hoy día el simple entrenamiento en el cadáver, sino que muchas veces es indispensable preparar las técnicas en el animal vivo, para lo cual es indispensable que en todos los centros quirúrgicos importantes existan laboratorios de Cirugía Experimental, donde puedan ser preparadas convenientemente todas cuantas técnicas representen una innovación en el campo de la cirugía.

Responsabilidad en el período postoperatorio. - Al amparo de los valiosos medios que dispone actualmente el cirujano, parecía que confiando a sus colaboradores subalternos la vigilancia de los operados, podía dormir tranquilo. Por un lado la reanimación, capaz de mantener el equilibrio humoral y aun de restablecerlo, si estaba alterado; por otro lado, el empleo de los antibióticos que protegen al enfermo de la infección y la aspiración por intubación en los casos de oclusión intestinal con otras técnicas no menos eficientes, el curso postoperatorio de los enfermos operados es evidente que ha mejorado, pero aun reconociendo los méritos de estas innovaciones, no han conseguido impedir que a veces se presenten accidentes que requieren un diagnóstico delicado y exigen una decisión urgente.

Unas veces los antibióticos disimulan la infección, la aspiración enmascara la oclusión y aparecen cuadros confusos como infecciones sin temperatura, oclusiones sin vómitos ni dolores, que exigen un diagnóstico difícil y delicado.

El cirujano, sobre el que recae la responsabilidad, acierta en general a descubrir lesiones y trastornos que pasarían desapercibidos a sus colaboradores, cualquiera que sea su celo y competencia. Sin duda la responsabilidad directa agudiza los sentidos y despierta el entendimiento.

Por estas razones el cirujano no puede excusarse de examinar por sí mismo a sus operados en este azoroso período en que se desarrolla la llamada enfermedad postoperatoria. La costumbre

de algunos cirujanos de confiar el examen de sus operados a sus colaboradores subalternos, por competentes que éstos sean, es censurable y al hacerlo de este modo puede jugarse su reputación y ser acusado de **negligencia**.

Crítica de los resultados. - Cuando escarbamos en nuestra memoria, todos recordamos en nuestro fuero accidentes desgraciados motivados por algunas de las faltas y errores que acabamos de comentar. No obstante es muy humano la tendencia que todos tenemos de recordar los éxitos y olvidar los fracasos. Por esto no es de extrañar que el **cirujano** se olvide con frecuencia de ciertos fracasos que están presentes en la memoria de sus **colaboradores**.

Perci, el célebre cirujano de las guerras napoleónicas, escribe en sus memorias "Malhaya el cirujano que no publica más que sus triunfos, pues un hombre de bien debe también confesar sus fracasos, aunque padezca su amor propio, ya que ello es preciso para instrucción de los demás y para descargo de su conciencia". Mayor responsabilidad incumbe al cirujano de gran prestigio que publique resultados poco sinceros, ya que son muchos los que fiados en su autoridad pueden aceptar como buenos dichos errores, con grave perjuicio de muchos pacientes.

Enfermedades iatrogénicas y responsabilidad. - Hoy día se habla mucho de iatrogénesis en Medicina. La enfermedad iatrogénica implica todo trastorno o estado morboso, creado o agravado por la intervención del médico, tanto si se produce en el momento de la exploración como si es debida al tratamiento. Con este amplio criterio, debemos englobar cuantos trastornos psíquicos somáticos, sociales o económicos puedan recaer en el paciente, considerado, no en sus partes, sino en su totalidad.

El profesor Bastos nos hablaba el otro día de la trascendencia que podía tener para el enfermo un gesto o una palabra poco adecuada en el solo acto de la exploración.

Limitándonos a los trastornos somáticos, son muchos los ejemplos que podríamos citar de lesiones y trastornos provocados más por el tratamiento que por la enfermedad o accidente. Contracturas isquémicas por vendajes excesivamente compresivos, pseudoartrosis por tracciones óseas excesivas, etc., en el terreno de la Traumatología. Úlceras pépticas del yeyuno originadas por una gastroenterostomía; ulcus pépticos del esófago, consecutivos a una anastomosis esofagogástrica, son también enfermedades iatromédicas que podríamos ampliar hasta el infinito en cada especialidad médica.

Entre el público existe una tendencia a atribuir a la operación todo cuanto acontece al operado después de la misma, por aquello de: "Post hoc, ergo propter hoc", y es necesario establecer ciertas limitaciones a nuestra responsabilidad, aunque no sea más que para defendernos de injustas reivindicaciones, unas de ellas de carácter demencial con posibles tendencias agresivas, otras de carácter interesado, limitando con el chantaje, que tienden a apoyarse en disposiciones legales.

Por esto estimamos que toda prudencia es poca tratándose de terreno tan resbaladizo como es el de ampliar con exceso las enfermedades iatrogénicas.

Hay accidentes que, indudablemente, son debidos a negligencia, ligereza o ignorancia de cosas que es obligatorio conocer, pero al lado de algunos casos de responsabilidad evidente, ¡cuántos y cuántos accidentes dependen de circunstancias que el cirujano no puede ni prevenir, ni evitar!

Conclusión final. - Decía Volkmann, antes del conocimiento de la asepsia, que la situación del cirujano después de una operación era parecida a la del labriego después de la siembra, que en espera de la cosecha, debía contemplar "impotente" la acción de los elementos como el frío, la sequía, el pedrisco o el vendaval, etcétera. Por eso decía también Ambrosio Pareo: "Yo te opero, pero es Dios quien te cura". Gracias a nuestros medios actuales, ya no somos tan impotentes como en otras épocas, pero todavía estamos expuestos a multitud de accidentes, que escapan a nuestros medios de seguridad y defensa. Para obtener de estos medios el máximo resultado, es indispensable que

pongamos en juego no solamente el entendimiento, sino también nuestra conciencia. Por esto la responsabilidad moral del cirujano es la mayor garantía que puede ofrecer al paciente. Para terminar, repetiremos lo que decía en el siglo XV Rabelais, por boca de Pantagruel: "Ciencia sin conciencia, ruina del alma".

(Medicina Clínica Octubre 1953).

Antonio Trías Pujol (1891-1970)

Es difícil entender la vida universitaria y académica desarrollada por Joaquín Trias Pujol sin conocer la de su hermano Antonio, con quien trabajó en íntima unión en todas las empresas que emprendieron en el campo de la cirugía, en su desarrollo, en su enseñanza, en su vida de sociedad científica y en la fundación de la revista. Ambos fueron avanzados reformistas de la enseñanza con la creación de la Universitat Autònoma y durante la guerra procuraron salvar a cuantas personas pudieron con independencia de las ideologías. Indirectamente nuestra cirugía ortopédica y traumatología le debe el acuerdo tomado entre ambos hermanos y el tercer catedrático de Clínica Quirúrgica, el Prof. Bartrina, para repartirse la enseñanza de la Patología Quirúrgica de modo distinto a como se venía haciendo. Cada catedrático se encargaba de una promoción y le explicaba durante tres años la asignatura. Ellos optaron por distribuir la asignatura entre sí y Joaquín Trías se responsabilizó del aparato locomotor, Bartrina fundamentalmente de la urología y abdomen y Antonio Trías del tórax, de la cabeza y del cuello. Fue gracias a esta organización que se pudo crear el primer servicio quirúrgico universitario dedicado a nuestra especialidad; sin este acuerdo tripartito no habría sido posible. El alumnado seguiría entonces con cada profesor la parte correspondiente de la patología quirúrgica.

En la cátedra de Antonio Trías Pujol se crearon unidades especialmente dedicadas a parcelas de la patología que les tocaba explicar. Así, nacieron la unidad de neurocirugía bajo la responsabilidad de Ley, que había estado en Estados Unidos, la unidad de angiocirugía impulsada por Rodríguez Arias, la de cirugía torácica con Caralps como cirujano y Sayé como neumólogo y la de anestesia, pionera en la especialidad, gracias a la dedicación de Miguel. Se formó entre ellos un foco de cirugía moderna que podía haber asegurado un mejor futuro si la postguerra no los hubiese dispersado.

Antonio Trías Pujol, alumno de la Facultad de Medicina de Barcelona entre 1914 y 1917, fue en ella profesor auxiliar en 1919 y al año siguiente ganó por oposición la Cátedra de Patología Quirúrgica de Salamanca, siendo catedrático a la temprana edad de 28 años. En 1927 llegó a la de Barcelona por traslado.



a) Joaquín Trias Pujol.
b) Antonio Trias Pujol.



Fue uno de los más importantes promotores y organizadores de la Facultad de Medicina en la Universitat Autònoma, facilitando el acceso a la docencia de grandes profesionales de los más importantes hospitales de la ciudad, en una tarea conjunta con Augusto Pi Suñer, creador del Institut de Fisiologia de Catalunya, quien a su vez fue gran amigo del profesor Negrin que en Madrid había desarrollado idéntico objetivo en el campo de la fisiología. Esta amistad fue esgrimida en los juicios que se celebraron después de la guerra dando un cariz altamente político a una relación que tuvo una base universitaria y científica. Antonio Trías fue uno de los Patronos de dicha Universidad en su Junta, siendo nombrado como tal por designación del Gobierno de la República. Entre sus más importantes realizaciones debemos referir el proyecto y organización de la Escuela de Enfermeras de la Generalitat que representó una novedad en la sanidad española. Entre 1936 y 1938 presidió la Academia de Ciencias Médicas y al acabar la guerra tuvo que exiliarse a Colombia, donde fue contratado como profesor de patología quirúrgica en la Universidad de Bogotá. A partir de 1954 pudo regresar en visita a su tierra natal y se instaló en ella una vez jubilado de sus funciones universitarias. Defendió los ideales de la autonomía universitaria y lo plasmó en su conferencia de 1955 publicada en la revista *Medicina Clínica* con el lema "Confiteor me". Siguió desarrollando la idea de relación libre entre universidad y país en su conferencia ante la Asociación de Cirugía de Barcelona en octubre de 1967 cuando ésta le concedió el Premio Pedro Virgili. El contenido de ambos textos guarda actualidad y merecen que las generaciones actuales los conozcan, para lo cual lo transcribimos en esta nota biográfica. En ellos se descubrirá el pensamiento y el ideario de Antonio Trías Pujol, compartido por su hermano Joaquín en el empeño de renovación de la enseñanza.

Antonio dejó escritos unos recuerdos de su hermano que han permanecido en el archivo familiar y que por gentileza de la familia podemos reproducir:

"Hablar de la infancia de mi hermano Joaquín es hablar de la mía, en lo que se refiere al lugar de nuestro nacimiento y al ambiente que nos rodeó hasta la terminación de nuestros estudios universitarios.

Nacimos en Badalona. Nuestro padre, marino civil, ex-alumno de la Escuela de Náutica de Barcelona, abandonó muy pronto la carrera para ocupar un cargo directivo en una fábrica de vidrio de esa población. Nuestra familia tenía fama de muy rica, sin serlo, en aquella población por unas supuestas herencias familiares de nuestra madre, que llegaron muy tardíamente. Por cierto que sobre ellas se tejieron muchas leyendas. Una de ellas decía que mi hermano era el "heredero forzoso" de todas ellas, quedando después en libertad de distribuir el patrimonio según su voluntad. Esto daba lugar a que nuestras amistades locales consideraran a nuestros padres como unos verdugos, ya que "martirizaban a su primogénito con estudios que no necesitaba". Lo peor es que al niño Joaquín intentaban intoxicarlo con el mismo disparate. Por cierto que cuando Joaquín cumplió 39 años, se enteró de que los famosos testamentos habían sido erróneamente interpretados. Una vez más dio muestras de su bondad y generosidad encargándose él de darnos a las dos hermanas y a mí la noticia de lo que había resultado ser para él una broma pesada durante toda su vida anterior, y una buena noticia para nosotros, sus hermanos.

El patrimonio quedaba dividido entre mi madre y sus hermanas, y la parte de mi madre entre sus cuatro hijos. Lo que podría haber sido para él una herencia fabulosa, quedaba reducida, más o menos, a la sexta o la octava parte. Joaquín tenía casi 4 años más que yo. Esta diferencia en aquellas edades representaba mucho, y yo me veía conducido y protegido por Joaquín, que era para mí un mentor y un oráculo. Yo no hubiera podido tener jamás un mejor director espiritual. Nunca le cansó mi compañía, ni cuando se reunía con las muchachas de su edad. Después me di cuenta de que yo era una especie de cuerpo extraño en sus conversaciones con ellas. Aquellas amigas, estoy seguro de que me toleraban a regañadientes y en obsequio a su buena amistad con Joaquín.

Antes de los 8 años ya había descubierto en él unas cualidades excepcionales que no le abandonaron el resto de su vida.

Tenía una incapacidad absoluta para el sentimiento de la envidia. No voy a ilustrar esta información con mil anécdotas que se me ocurren y que alargarían inútilmente estos recuerdos.

Otra cualidad excelsa era la sinceridad. No creo que saliera jamás de su boca una mentira, como no fuera alguna piadosa a la que su profesión de médico le obligaba. Aun así, las decía con la torpeza que da una profunda repugnancia. Creo que muchas veces el enfermo algo inteligente lo descubría, porque el mentir o disimular no era su fuerte. Esto me ha explicado de mayor algo que me producía extrañeza entonces.

Joaquín como estudiante, estaba siempre, sin buscarlo, entre los mejores de su clase. Era un trabajador metódico y tranquilo, y nunca le vi desplegar un esfuerzo extraordinario. Jamás perdió una noche preparando unos exámenes próximos. Esto, que sus amigos y yo interpretábamos entonces como una característica flemática, fui descubriendo después, que era un corolario de su culto a la verdad. Ante su conciencia, repugnaba de estos atracones de lectura de última hora, de esto que se llamó en el argot estudiantil "empollada", que, en realidad, es una forma clínica de la mentira, ya que con ella pretende el escolar simular unos conocimientos que no tiene, porque él sabe que lo que lea en aquellas horas quedará eliminado de su cerebro unos días después del examen. Joaquín se presentaba a los exámenes con sus conocimientos habituales digeridos, absorbidos y almacenados sólidamente en su cerebro, nunca con datos leídos la víspera. Igualmente obró frente a las distintas oposiciones en las que tomó parte.

Otra gran virtud de Joaquín era la serenidad ante el peligro físico. Jamás fue pendenciero y fue siempre un enemigo declarado de la violencia en cualquiera de sus formas, pero cuando el peligro era inevitable se enfrentaba con él con una serenidad admirable. En su corta vida militar hubo episodios dramáticos, como la muerte del caballo que montaba en una acción bélica de África, después de la cual recibió la cruz de M^a Cristina. Pero ya en la infancia demostraba gran valor y brío ante cualquier peligro.

Aun antes de ingresar en los estudios de bachillerato, mostraba gran afición a la disección de los animales, y una gran curiosidad por la botánica. La química fue su materia predilecta. En aquella época el bachillerato, que constaba de 5 cursos, apenas incluía una asignatura con el nombre de Física y Elementos de Química, que se cursaba en el 5º año.

Su afición a la Química le llevó a cursar, una vez terminado el bachillerato, dos materias en la Facultad de Ciencias que, si no recuerdo mal, fueron Química Inorgánica y Química Orgánica. Con estos estudios y los de bachiller, tenía derecho al título de Perito Químico, que no se preocupó nunca de legalizar. En aquella época el ambiente intelectual de nuestro país era muy bajo. Para satisfacer su curiosidad científica, a Joaquín no se le ocurrió otra cosa que cursar las materias que formaban parte de los planes de Estudios oficiales en las Facultades universitarias. Así se dedicaba en los veranos a estudiar asignaturas de la carrera de Farmacia. Recibió el título de médico al mismo tiempo que el de farmacéutico. Inútil decir que jamás pasó por su mente que este último título le pudiera acarrear consecuencia utilitaria alguna.

Su mayor placer era, desde los 12 o 13 años, leer historia y novelas históricas, especialmente españolas (Pérez Galdós, Pío Baroja, Valle Inclán...etc.). Los siglos XVIII y XIX eran su debilidad, Esta afición a la Historia no le abandonó en toda su vida. Tenía una gran capacidad de asimilación y una extraordinaria retentiva.

Recuerdo la cantidad de discípulos suyos que en los últimos años de bachillerato, o ya en sus estudios universitarios, acudían a nuestra casa para consultarle problemas de química o de matemáticas. Las mañanas de los domingos eran unas clases obligadas en nuestro dormitorio, que

además era nuestro cuarto de estudio. En él, había un enorme encerado que habíamos heredado de un tío abuelo. Siempre estaba lleno de operaciones matemáticas o de fórmulas químicas que se escribían durante estas clases domingueras. Fue también un buen aprendiz de piano, que por falta de tiempo no pudo ejercitar como deseaba. Tenía también una gran aptitud para este arte. Los dos éramos muy aficionados a las excursiones a pie. En época de vacaciones, con algunos amigos o los dos solos, recorríamos todas las montañas que rodean la población de Badalona. San Jerónimo de la Murtra, la Cartuja de Montealegre, La Conrería, eran lugares que visitábamos con frecuencia. Nuestras relaciones constituían un fenómeno psicológico que llamaba la atención de nuestros amigos y que en realidad no he observado en otra gente. En una reunión numerosa con motivo de una fiesta o en nuestros viajes diarios en tren de Badalona a Barcelona y viceversa, o sin darnos cuenta de que lo hacíamos, procurábamos juntarnos los dos para hablar de nuestras cosas, sin sentir nunca cansancio en estas conversaciones. Llegábamos a provocar la burla de los asistentes que nos preguntaban con sorna si no habíamos tenido tiempo de conversar en casa desde hacía mucho tiempo.

Aunque parezca paradójico, Joaquín y yo fuimos mucho más que hermanos. Fuimos amigos íntimos y entrañables, y para dar una prueba de su personalidad moral no puedo sustraerme al deseo de contar una anécdota, que tuvo una gran influencia en la emotividad de ambos. Joaquín y yo íbamos muchas tardes a ver a nuestra abuela. Yo no recuerdo nada de esto debido a mi edad, pero lo contaron mi madre y Joaquín, tantas veces que lo tengo grabado en la memoria como si lo hubiera vivido. La casa de la abuela era vecina de una fonda en la cual actuaba de botones un muchacho algo mayor que Joaquín, muchacho expósito que la dueña de la fonda había retirado de la Casa de la Caridad de Barcelona y lo consideraba como su ahijado. Se llamaba Agustinet. Parece que su obligación era jugar con nosotros y entretenernos cuando aparecíamos Joaquín y yo en la casa de nuestra abuela. Me contaba Joaquín que el argumento de nuestro juego era casi siempre el mismo: él era el lobo y nosotros las ovejas. Cuando en su persecución agarraba a uno de los dos nosotros resistíamos y entonces nos retenía Agustinet, con una fuerza brutal y la expresión de su cara se transformaba en forma tan espantosa que yo lloraba estrepitosamente y Joaquín, a pesar de tener su misma edad, también se estremecía de miedo. Así mi abuela llegó a advertirle a Agustinet que no le permitiría que nos asustase con sus muecas y gesticulaciones. Pasaron algunos años, no recuerdo cuántos. Murió nuestra abuela. No jugamos más con Agustinet ni lo vimos más. Él ya adolescente, continuó trabajando en aquella fonda como camarero y mandanero. Una de sus obligaciones era llevar todas las tardes una botella de leche a una señora vieja, madre de un ingeniero ex cliente de aquella fonda y vivía sola. Un día Agustinet estranguló a la pobre señora sin que se pudiera comprobar que el móvil había sido el robo. Toda la población se conmovió y la indignación popular hizo temer que el asesino fuera linchado por la multitud. Por falta de seguridad en aquella cárcel municipal, fue trasladado a una prisión más segura en Barcelona. Pero el motivo de contar todo esto es porque la reacción de Joaquín fue para mí una sorpresa. A las pocas horas del asesinato él y yo comentamos el caso. Joaquín, visiblemente nervioso, con su tic muy exagerado, me llevó a un rincón de la casa para decirme en voz baja que él estaba seguro de que Agustinet no era responsable de lo que había hecho. Que había actuado bajo un ataque de furia muy semejante a los que tenía años atrás cuando jugaba con nosotros.

Joaquín estaba decidido a ir a Barcelona en su defensa, o adonde fuera necesario. Esta idea suya quedó entre los dos porque la presión del ambiente era tan intensa que nadie se hubiera atrevido a sostener la inocencia del asesino. Estuvo preocupado mucho tiempo, obsesionado con este problema que a él le parecía un conflicto moral terrible. Seguramente su escasa edad le imposibilitaba para tomar alguna decisión. Aun muchos años después, cuando recordábamos este episodio Joaquín se ponía de mal humor. Las actuaciones en un año supimos que habían condenado a Agustinet a unos

17 años de reclusión y se....., Joaquín me dijo alguna vez que estaba convencido de que Agustinet sufría de equivalentes epilépticos y que la condena había sido injusta, Nunca supimos de él. Pero fue testimonio del impacto moral que el episodio le causó a Joaquín y de su noble reacción ante la desdicha de un pobre amigo de la infancia.

Un fenómeno psíquico que me ha interesado siempre es la adquisición y cristalización del sentido moral, que es en mi concepto el síntoma más elocuente de la madurez espiritual que el hombre adquiere con más dificultad y más tardíamente. Podemos asegurar que muchos son los hombres que pasan toda su vida sin llegar a tener nunca un pleno sentido moral. Es frecuente presenciar esta sordera y ceguera moral en hombres que han llegado no sólo a triunfar profesionalmente, sino que han merecido con razón el calificativo de genios. Cuando los juzgamos hemos de reconocer sus cualidades científicas, artísticas y técnicas, pero reconoceremos que no han llegado a tener un verdadero valor humano. La mayoría de la humanidad adquiere este sentido moral en edad adulta o en su madurez. Es el último sentido que se adquiere. Solamente algunos raros ejemplares demuestran un certero sentido moral desde la infancia, como si hubiera nacido ya con él. A esta selectísima minoría pertenecía Joaquín. La inteligencia despierta y el sentido moral aguzado constituyen los más excelsos dones que puede poseer el hombre a su paso por la tierra. Sólo de él podemos decir que es el hombre auténticamente civilizado. Así fue Joaquín desde su infancia.”

“Confiteor me”. (Medicina Clínica vol. XXV; 278-282; 1995).

Al invitarme a tomar parte de la celebración de unas bodas de plata con la profesión, se hicieron acreedores de mi gratitud en grado que no puede imaginarse, porque no es posible que se adivine cómo esta invitación ha removido en mí antiguos sentimientos de remordimiento por mi actuación universitaria. A medida que el exilio y los años transcurridos me han ido alejando del ambiente de aquel inolvidable Hospital Clínico de Barcelona, en el que nos reuníamos, unos como alumnos y yo como profesor, más profundo y entrañable se ha ido haciendo en mí este sentimiento de pesar por el deber no cumplido. Por esto, al pedirme unas líneas, he creído que nunca tendría otra ocasión de actuar de forma más justa, que dedicando estas páginas a hacer acto de constricción ante las víctimas de mis faltas, los alumnos que me han sufrido en la Universidad de Barcelona y anteriormente en la de Salamanca. y para que esta confesión sea justa, verídica y completa, es necesario que yo contemple el espectáculo de aquella cátedra, no desde mi punto de vista, sino desde el del alumno. Es decir: ¿cuáles eran las quejas que justificadamente tenían de la enseñanza que recibían en mi Cátedra? Entre ellas había algunas que eran comunes a todas las cátedras, y otras específicas de la mía. Pero de aquéllas me siento también culpable, porque el profesor de la Universidad española tenía funciones hasta cierto punto legislativas, actuando en las juntas de Facultad y en las reuniones de Claustro Universitario. Y aun cuando estas funciones estaban limitadas por muchos factores de centralización oficial, es indudable que una labor persistente y entusiasta, en aquellos organismos, hubiera podido conseguir grandes cambios en los sistemas pedagógicos y en el espíritu universitario. En mi caso, además, la responsabilidad fue mayor después, porque participé en las altas funciones rectoras como vocal del Patronato de la Universidad Autónoma, durante el corto período en que este régimen tuvo vigencia y sobre todo efectividad, y cuando los alumnos estaban ya segregados de la Universidad.

Pero concretemos la lista de quejas que razonadamente tenían derecho a formularme. Entre las comunes a todas las cátedras de la Facultad, se destacaban las siguientes:

A) Era excesivo el número de alumnos por la pobreza de medios prácticos y por tanto pedagógicos con que contaban las cátedras en aquella época. Aunque es difícil esquematizar en cifras, lo más conveniente en cantidad de enfermos para la enseñanza clínica, consideran muchas autoridades en esta materia, que en general una cátedra debe disponer de unos ocho enfermos ambulatorios

que deben ser objeto de un estudio más rápido en los dispensarios anejos. Mi servicio de Cirugía constaba de unos sesenta enfermos, internados, para un número de alumnos que jamás fue inferior al centenar. Aun la realidad daba una cifra mucho más desconsoladora, ya que muchas de las camas de mi servicio estaban ocupadas por enfermos evacuados del servicio de urgencia y, por tanto, inactivadas muchas de ellas para la enseñanza, por tratarse de enfermos ya operados o tratados en aquel departamento y con el síndrome ya corregido o modificado. Después, cuando la responsabilidad de la dirección desde el Patronato nos obligó a plantearnos este problema y su solución, comprendimos que ésta era imposible, ya que para poder acercarnos a lo aceptable, había que poner a disposición de la Universidad, todos los nosocomios del país, solución utópica por la hostilidad del medio y por la cantidad de intereses personales que se hubieran levantado contra tal providencia. Una medida transaccional fue nombrar profesores agregados, a varios directores de servicios clínicos o de laboratorio de reconocida competencia, pertenecientes a otros hospitales o instituciones médicas, con lo cual incorporábamos de hecho una cantidad extraordinaria de material clínico y práctico a la enseñanza sin mayor coste para la Universidad. Al mismo tiempo alcanzábamos una conquista mucho más importante al vincular a ella valores científicos positivos que hasta aquel momento actuaban al margen y hasta en pugna con la Universidad. Paso por alto lo ocurrido posteriormente en este aspecto, por no conocerlo.

B) Podían y debían quejarse, con razón, de que en mi cátedra se daban las conferencias teóricas en número excesivo, comparándolas con la insuficiente participación que se daba como alumnos, en las tareas prácticas del servicio. Y esto sí que era y será siempre positivamente grave, tratándose de la enseñanza de ciencias biológicas. Creo que es obligación ineludible de todos los que intervienen en la dirección de estas disciplinas, el dejar bien sentado que no se debe dar la menor explicación por parte del maestro, ni entablar el menor diálogo entre el profesor y alumno sobre cualquier hecho biológico que no sea con la presencia física del mismo. Escribir el cuadro clínico de la peritonitis sin tener el enfermo a la vista, equivale a pretender que la gente conozca a una persona por la descripción teórica de sus facciones, sin haberla visto nunca, ni siquiera en retrato. Sería objeto de una disquisición interminable e inútil, pretender enseñar a un niño la diferencia entre un tigre y un gato sin que él los vea. En cambio, mostrándole una sola vez los dos ejemplares, huelga ya toda explicación. Y esto era lo que se tenía olvidado en todas las Facultades de Medicina y en las Ciencias Naturales en nuestro país. El testimonio vivo del hecho biológico, estaba ausente en la mayor parte de tareas docentes, y la deformación de los alumnos en el terreno técnico era inevitable. Se dirá que es prácticamente imposible presentar un solo ejemplo de todas las enfermedades a los alumnos. Y esto es tan cierto, que yo no dejo de ver periódicamente casos nuevos y desconocidos para mí, a pesar de llevar cuarenta años ejerciendo esta profesión. Pero es preferible no opinar en una cuestión y saber que se desconoce, que creer que se tiene una idea de ella porque se han recibido varias referencias de segunda mano. Cuántos enfermos de apendicitis aguda han sucumbido porque el médico ante el síndrome real comenzó a repasar en su memoria todos los síntomas y signos que le habían obligado a aprender teóricamente sin haberle mostrado un solo caso clínico, con la consecuencia funesta de que llegado el caso no supo identificar el hecho real con la imagen falsa que se forjó de una descripción magistral verbal o escrita. En este terreno, mi actuación como profesor fue lamentable, porque el problema no tenía solución antes de la reforma universitaria; y en plena autonomía tampoco la tuvo perfecta ni muchísimo menos. Ante todo, el régimen horario en nuestras facultades era incompatible con toda labor eficaz: una hora de clase por cada materia y con la obligación por parte del alumno de asistir a tres o cuatro clases diarias, conducía a dos hechos lamentables: por un lado, el alumno no podía realizar labor

práctica alguna en ninguna de ellas. Por otra parte, el profesor sólo podía dar una conferencia de resumen, o en el mejor de los casos, presentar uno o dos enfermos; pero siempre como un espectáculo al cual asistía el alumno como espectador desde las butacas de platea y muchos desde la última fila (por su número excesivo), pero nunca entre bastidores ni menos tomando parte en la función, que es como en realidad debe ser. La enseñanza clínica en Medicina es de una deficiencia manifiesta siempre que los alumnos no puedan actuar en cada cátedra ejerciendo una especie de internado: redactando historias clínicas, ayudando al profesor y a sus asistentes en todos los trámites de exploración y hasta de terapéutica. Es superfluo discutir este punto, ni son necesarias grandes construcciones filosóficas para defender este criterio. Basta fijarse en cómo se realiza el aprendizaje del futuro carpintero o cerrajero.

Fue por esto que convencidos del daño que el sistema de los sesenta minutos de clase irrogaba a los alumnos, al estudiar las reformas de la Universidad dispusimos que los alumnos no simultanearan nunca más de dos materias, y que el tiempo de clase en cada cátedra fuera de dos horas y media, repartiendo este tiempo entre interrogatorio a los enfermos, exploración de los mismos por pequeños grupos dirigidos por ayudantes de cátedra, asistencia al Dispensario, a las intervenciones quirúrgicas, a las necropsias, etc. Las conferencias de síntesis no ocupaban más de dos horas semanales. Esta reforma dio grandes resultados, sobre todo cuando el profesor era persona competente, y resultó un fracaso cuando el profesor no sabía hacer otra cosa que "explicar" y "preguntar" lecciones teóricas. Algunos de estos profesores se plantearon seriamente el problema de la jubilación voluntaria si el Patronato no se caía antes, máxima prueba, según yo creo, de la bondad del sistema. No sé si esto subsiste o desapareció. Si fue así, sólo se explica por el triunfo del menor esfuerzo o el de la mediocridad docente. Forzosamente ese régimen obligaba a establecer duración muy distinta de los cursos según las materias. Por esto dábamos una extensión máxima a la Fisiología entre las materias básicas y a la Patología Médica en el periodo clínico. Esto fue el motivo también de abierta hostilidad por parte de algunos profesores de materias cortas, que consideraban que la reforma era un ataque a la "importancia de su asignatura", sin comprender que su deber era compensar la brevedad de su curso elemental, dedicando el resto del año a profesar cursos superiores o de especialización para postgraduados.

C) Se tenía motivos de queja contra mí en los dos aspectos en que hay que juzgar un profesor en España: como pedagogo y como "examinador". En otros países esta última condición en la práctica no tiene interés alguno. Pero en nuestro país los títulos universitarios se conquistaban entonces a fuerza de pasar exámenes más que como resultado de muchas horas de trabajo de Seminario, de Clínica o de Laboratorio. El profesor despertaba mucho más interés como juez de exámenes que por su labor docente. Continuamente se oía hablar de que tal título universitario o de que tal Escuela o Facultad había llegado a gran altura porque de 300 alumnos que empezaron los estudios, sólo 50 llegaron al final de la carrera. Casi nunca se decía que habían mejorado porque el número de sus laboratorios o sus clínicas se había triplicado, o porque habían aumentado las consignaciones para los trabajos prácticos. Así pues, cuando se juzgaba un profesor en nuestro país se hacía contemplándolo en su doble aspecto docente y examinador.

Bajo el punto de vista docente, considerando mi historia académica confieso con tristeza que fui un fruto auténtico del sistema de "Oposiciones". Fui nombrado catedrático "por oposición" a los 26 años. Con esta edad tan dada a la pedantería y con un bagaje de conocimientos, de los cuales una parte eran fruto legítimo de un trabajo intenso y continuado en el Hospital Clínico de Barcelona, como interno primero, luego como Médico de Guardia y más tarde como auxiliar de la cátedra de mi maestro, el Dr. Bartrina, pero la otra parte de mis conocimientos eran la cosecha de dos años

de preparación memorística de las oposiciones, masturbación mental que deforma el espíritu y de la que sólo se curan personas de voluntad muy fuerte con gran vocación científica y con cualidades morales de modestia y autocrítica que no posee todo el mundo. De mi sé decir que cuando recuerdo mis primeras andanzas por la Universidad de Salamanca, me sonrojo recordando mi petulancia, mi inmadurez y mis errores técnicos en la clínica y en la sala de operaciones. La peor era la pedantería, inevitable en un adolescente que se ve ungido catedrático casi por los motivos que un monaguillo pudiera encontrarse elevado a la dignidad episcopal. El sistema de las oposiciones en aquella época era funesto: eliminaba automáticamente a los hombres maduros y competentes que eran en realidad los que debían ocupar las cátedras; y por otra parte, hacía estragos entre la juventud estudiosa, que para poder triunfar en las oposiciones tenía que apartarse de la verdadera tarea plasmadora de su personalidad profesional y científica en las clínicas y laboratorios, para entregarse a lo que se llamó despectivamente "empolladura", para salir airoso de aquellos monstruosos ejercicios memorísticos y en su mayoría verbales. El sistema era tan absurdo que podía compararse a lo que ocurriría si se decidiera un campeonato de tenis, no como es lógico, dándole a cada jugador una raqueta, una pelota y una pista donde luchar, sino sentándolo en un salón y obligándole a describir dimensiones del campo, el reglamento del juego, las jugadas históricamente más célebres, los accidentes más frecuentes y el nombre de los campeones más notorios. Así pues, yo, como tantos otros profesores, tardé mucho o quizá no alcancé nunca a perder mis estigmas de ex opositor. Profundizando más en las deformidades espirituales que trae el sistema de oposiciones uno llega a descubrir un hecho más grave. En general, hay un tipo de defecto psicológico que constituye una gran tarea para el que cultive cualquier ciencia biológica. Para estos estudios se requiere una gran capacidad de observación y también una disciplina rigurosa para huir de las precipitaciones y de las concepciones simplistas. Muchos hombres brillantes por la rapidez y facilidad de asimilación de los conocimientos, adolecen de ligereza en los juicios; otros de gran personalidad mental cometen el pecado de querer sintetizar aquello que no está aún completamente esclarecido. Otros, poseedores de una gran facultad de síntesis, simplifican los problemas más complejos sacrificando la verdad a la claridad de la exposición. Hay, en fin, hombres de tal poder creador que desbordándose por el lado de la imaginación describen los hechos biológicos no como son, sino como ellos quieren que sean y sin darse cuenta de la enormidad de su desviación critican o corrigen la Naturaleza. Pretender legislar en ella por cuenta propia. Entre estos hombres los hay eminentes e incluso descubridores geniales que con su intuición han sospechado fenómenos que luego ellos u otros investigadores han podido confirmar. Pero al lado de esto, ¡cuántos caminos perdidos en la investigación, cuántos falsos descubrimientos y cuántas doctrinas equivocadas! El único preventivo contra estas fallas es que desde los primeros pasos en la Universidad el alumno se encuentre sometido a la más rigurosa disciplina en el cultivo de la verdad, que aprenda a no hablar más que de lo que ha visto, procurando ejercer la mayor autocrítica en la interpretación de lo que cree haber visto correctamente. Esta atmósfera de rigor científico indispensable en toda labor universitaria, es la más contraria al espíritu que crea el sistema de las oposiciones. El opositor para triunfar en esa palestra necesitaba el mayor acopio de datos memorísticos de segunda mano, sin la menor criba de reflexión. Había de fingir saber mucho más de lo que sabía, estigma moral terrible y difícil de corregir para el futuro; y tenía que luchar más que con la madurez y dominio de sus conocimientos, con la habilidad de su oratoria para adornar la información superficial, y para tapar los huecos de su auténtica incompetencia. He conocido ejemplares de opositor con cualidades tan arrolladoras, que de ellos podía decirse que dándoles varios meses de <<empolladura>> resultaba un candidato tan temible en Patología Quirúrgica como en Derecho Canónico. En mi empeño de hablar lo menos posible, diré solamente que a pesar de ser enemigo irreductible de las oposiciones, me consideré siempre como un caso clínico afectado por las que emprendí después para lavar mi espíritu de semejante lacra.

Y pasemos a las quejas que podían presentarme como calificador de méritos, como examinador. En este terreno, en mi cátedra ocurrían hechos catastróficos, que yo era, con toda seguridad, el primero en lamentar, pero que nunca supe corregir. Mi opinión de entonces y de ahora, es que los alumnos no deberían ser sometidos a actos de examen que tengan aire espectacular, pues con ello sólo se consigue ponerles en una situación artificial y desventajosa de emotividad. Lo único razonable es que la calificación de los alumnos sea el producto de su actuación durante el curso a base del trabajo realizado en la clínica y en sus distintos aspectos, de los cuales el profesor ha de tener una noticia exacta. Igualmente debe éste conocer personalmente al alumno por haber tenido con él varias conversaciones durante el curso, y una más, pero sin mayor solemnidad, debe ser la última antes de la calificación. Así hubiera querido yo poder calificar a mis alumnos, y así lo entienden en todas las escuelas modernas de Medicina. Pero todo conspiraba entonces contra este sistema. Los factores que lo hacían irrealizable eran: el número excesivo de alumnos, la falta de material clínico, y los sesenta minutos de clase por cada materia. Todos ellos juntos constituían un obstáculo insalvable para la convivencia entre profesor y alumno; y sin esta convivencia, no era posible otra calificación que la que resultara de un examen final odioso en todos sentidos. Porque no era cosa de mixtificar el sistema repartiendo las calificaciones por lo que llamaban algunos profesores las "notas del curso". Esto era una ficción farisaica a la que nunca me presté. Consistía en pasar lista en las clases, robando a la ya tan escasa hora de clase, bastantes minutos en una tarea insubstancial, y luego preguntando al alumno, en un terreno teórico durante el curso, sobre alguna lección del "programa de la asignatura". Como todo esto me hubiera parecido la entronización de un sistema fosilizado, verdadera estafa del tiempo de trabajo en la Universidad y pésima disciplina formativa para el alumno, no tenía más remedio que acogerme a los exámenes finales con todos sus tremendos defectos. Y allí era donde yo pasaba mis mayores amarguras. Por un lado, tenía la convicción de que los profesores de Medicina, aparte de las funciones docentes, teníamos el deber de defender a la sociedad de la incompetencia de los futuros médicos. Luego siempre vi con gran hostilidad la exhibición de conocimientos memorísticos que no fueran acompañados de un mínimo de reflexión. Mi deseo era que los alumnos no tuvieran más conocimientos que los indispensables a un futuro médico general, pero estos conocimientos debían estar basados en un mínimo de lógica y de sentido biológico. Pero ocurría que los alumnos estaban deformados por haber sufrido exámenes en ciertas materias en donde se les exigía detalles y datos teóricos más propios del especialista que del médico general. En cambio, era frecuente que ante la emisión de ciertas palabras técnicas se les calificara favorablemente aunque aquéllas no se apoyaran en racionamiento alguno y a veces incluso ni el conocimiento de su significado. Así resultaba que ante cualquier aclaración que yo pidiera a lo que el alumno estaba diciendo era interpretado como exigencia por mi parte de conocimientos más alambicados. Y así se establecía un forcejeo en el diálogo durante el cual el alumno perdía la serenidad y yo me fatigaba y deprimía extraordinariamente. Para evitar estos inconvenientes, intenté en distintas épocas acudir a las pruebas escritas, pero entonces los resultados fueron peores. Hasta la salida de mi país, puede decirse con dolor que los escolares desde la educación primaria hasta culminar los estudios universitarios estaban sometidos a una educación exclusivamente verbal. Esto les daba una situación de indefensión en cuanto se les sometía a pruebas escritas. No sólo era frecuente descubrir faltas de ortografía que desviaban la atención del examinador hacia terrenos no médicos, pero no por ellos despreciables, sino que llegué a la conclusión de que mis alumnos se defendían mucho peor en las pruebas con ejercicios escritos. En efecto, varias veces ensayé el dialogar con ellos sobre el tema que habían escrito y a propósito de errores garrafales que había encontrado en sus cuartillas. Después del diálogo llegaba a la conclusión de que se trataba más de una deficiencia grave de redacción y de estilo, que de verdaderos errores médicos.

Resumiendo, nunca conseguí que las calificaciones fueran resultado del estudio normal y realista que debe hacer el profesor de su alumno. Me imagino que yo, por mi parte, fui una pesadilla para mis alumnos, pues en el transcurso de los exámenes, cuando yo pedía una pequeña aclaración a lo que estaban diciendo con el buen deseo de convencerme de que entendía lo que decían, veía en la expresión de terror adoptaban, que mi pregunta era considerada como un intento de hundirles definitivamente. Así, el resultado global de los exámenes en mi cátedra era una verdadera hecatombe. La calificación de suspenso la aplicaba muy poco, porque, como seguramente se recordará, más de la mitad del curso renunciaba a presentarse a exámenes. Para formarse una idea de mis torturas morales, hay que tener en cuenta que yo siempre he creído, y sigo creyendo, que el resultado global de las calificaciones son más que una demostración de la altura de los alumnos, una calificación del profesor. Reconozco que fui en todo tiempo persona no grata para los alumnos como examinador y que ello tenía su fundamento; pero por mi parte veía acercarse la época de los exámenes con más terror que ellos.

En la reforma del Patronato procuramos modificar el sistema, haciendo que el profesor diera simplemente un certificado de aptitud o lo negara en vista de la actuación del alumno durante el curso, y cuando esto era ya un hecho posible por el régimen de las dos y media horas de clase, en que el alumno veía de cerca y en cierto modo participaba en el trabajo diario de la clínica. Sin embargo, contra la verdadera convivencia entre el profesor y los alumnos actuaba siempre el número excesivo de estos últimos.

Para impedir el peligro de que el alumno abandonara abusivamente el conocimiento teórico de las materias, se les sometía a las pruebas por grupos de materias similares, a las que debían presentarse sólo cinco veces en los seis años del período de licenciatura. La gran extensión de conocimientos contenidos en estos cinco grupos, obligaba a los profesores a no pedir detalles impropios del futuro médico general; e impedía que los alumnos improvisaran la preparación memorística de sus conocimientos en vísperas de pruebas.

Abandoné mi país convencido de que no hay en el mundo labor más lenta y que requiera mayor esfuerzo, que la dirigida a conseguir el menor progreso de la cultura, en cualquiera de sus ramas, por modesta que sea. ¡Cómo desearía saber que los alumnos de Medicina tienen su periodo final de internado obligatorio y que éste se practica en todos los hospitales del país; que la enseñanza libre con la fisonomía monstruosa que había adquirido en los veinte años anteriores a la reforma, ha desaparecido ya de la vida universitaria; que los profesores son nombrados por llamamiento directo o por contrato, a base de su prestigio científico, de sus publicaciones, de su historia profesional y académica y de sus facultades intelectuales y hasta físicas! Sé que algunos de mis ex alumnos ocupan ya merecidamente altos puestos universitarios y clínicos. La lucha para el perfeccionamiento de la enseñanza es la contienda más noble a que pueden dedicarse las energías. ¡Ojalá la suerte y el ambiente les sea propicia en esta empresa!

Y hago votos para que sus hijos hallen en la Universidad mejores sistemas, más facilidades pedagógicas y mejor profesorado que el que la suerte y la época deparó a mis antiguos alumnos, sin olvidar gloriosas excepciones.

DEBERES DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA PARA CON EL PAÍS DONDE RADICAN (Barcelona quirúrgica, nº12, 15-20; 1968).

Hasta pasados los primeros treinta años de nuestro siglo, la Universidad en general y también la facultad de Medicina, sin faltar a sus deberes, podían vivir enquistadas dentro de sus actividades específicas prescindiendo absolutamente de los problemas del ambiente en el cual estaban sumergidas. Sólo es preciso hacer la excepción de los casos de epidemias graves o de las épocas de guerra en las

cuales era todo el mundo quien tomaba parte en los esfuerzos dramáticos del país, sin distinción de profesiones ni de conocimientos.

Pero desde el decenio treinta de este siglo la medicina ha tomado un empuje tan fabuloso que, sin exagerar, podemos decir que, a pesar de las investigaciones anteriores de C. Bernard, de Pasteur, de Lister, de Pawlow, de Cajal y de algunos otros ejemplares geniales, en estos treinta años últimos la medicina ha hecho evolución mucho más abundante que la que había hecho desde Hipócrates hasta el año treinta y cinco. Pero esto justamente comporta unos problemas y complicaciones que abren vías de actividad gigantescas. Capítulos extensísimos en el estudio de las enfermedades, de la inmunología, de los antibióticos, de los virus, capítulos completos de la endocrinología, tanto en su aspecto fisiológico como patológico, de la radiología, etc.

La medicina se ve hoy apoyada e invadida por la química biológica y la físicoquímica. La morfología moderna nos ofrece como medio valiosísimo la microscopia electrónica, el cultivo de tejidos, la microdissección y otros; y así sería interminable la enumeración de tantos y tantos avances. Todo esto complica la medicina curativa hasta un grado indescriptible, impulsando, cada día más, la especialización.

Pero algunos de estos avances, sin duda muy valiosos, aplicados a la terapéutica y a otras actividades, originan unos desórdenes desconocidos antes. Por ejemplo: la energía nuclear, la patología aeronáutica, la astronáutica y un sinfín de factores que predisponen al desarrollo del cáncer y otros.

Pero no es sólo la medicina que progresa. Y estos avances, especialmente los industriales, producen grandes cambios en la vida de la humanidad. Así, por ejemplo, vemos un éxodo masivo de la gente del campo a las grandes ciudades, al extremo que éstas se convierten en un infierno de hacinamiento, de desnutrición y de desempleo. Las dificultades de adaptación a la vida urbana crean un sinfín de desequilibrios nerviosos que son fruto de este desplazamiento y de esta aglomeración, con déficit de nutrición y de viviendas.

Al mismo tiempo, el abandono del campo provoca una merma en la productividad del país y un aumento de la miseria. Todo esto plantea una cantidad infinita de problemas socioeconómicos y sanitarios que hacen que la medicina no sólo se vea obligada a asesorar y orientar a la sociedad, sino que ha tenido que tomar una posición de protagonista en el estudio de estos problemas en los cuales ella es la que tiene que resolverlos, junto con otros sectores de la administración pública, como son: los departamentos de sanidad, economía, trabajo y seguridad social. Pero en la vida diaria del médico general, sobre todo en los medios rurales, a menudo se presentan cuestiones socioeconómicas y sanitarias. Aún hay algo más importante. Todo el mundo sabe hoy que un elemento esencial para la productividad y la riqueza de un país es la salud de la población. Y la salud y la prolongación de la vida no dependen sólo de curar a los ciudadanos que están enfermos, y en hacer que sus condiciones físicas y psíquicas sean las más aptas para el trabajo. De aquí viene la gran obligación de las escuelas de medicina: **formar a médicos que sean eficientes no sólo en medicina individual y curativa, sino también, y quizá todavía en mayor grado, que sean competentes en la medicina preventiva, social o colectiva.**

El médico, pues, tiene que intervenir en la planificación de la salud y tiene que estar capacitado para formar parte de organismos de salud y asistencia en que se deba legislar sobre muchas cuestiones sanitarias; o tomar medidas de urgencia ante problemas graves de epidemiología u otros similares.

Y aquí es oportuno preguntarse: primero, ¿qué tienen que hacer las escuelas de medicina ante estas necesidades apremiantes? Pero antes otra pregunta: ¿se tendrá que preparar para esta medicina preventiva también a los futuros investigadores y los futuros especialistas dentro de la medicina?

En esto es unánime la opinión de todas las convenciones y congresos de pedagogía médica: no tenemos que reconocer la existencia de ningún futuro investigador ni de ningún futuro especialista que no haya cursado completamente todas las materias indispensables para ser un buen médico general. Por falta de tiempo no nos entretendremos enumerando los mil argumentos que hay que sostener esta posición. Así pues, es necesaria la planificación de los estudios médicos, iguales para todo el mundo, hasta alcanzar el título médico. Es por esto que en la mayoría de países, donde los estudios de bachillerato no acostumbran a ser perfectos, ha sido necesario preocuparse hondamente de los estudios generales que debe cursar el alumno antes de ingresar en la facultad de medicina. Pero es preciso saber que estos estudios básicos preuniversitarios tienen que ser comunes a los futuros estudiantes de medicina, ciencias fisicoquímicas, ciencias biológicas y ciencias económicas. Todos estos alumnos mezclados estudiarán estas materias un mínimo de dos cursos. Antes de continuar, aprovecho esta ocasión para decir que un solo curso, cada año, intercalado con unos tres o cuatro meses de vacaciones, es una pérdida de tiempo y entrenamiento mental que tiene, por lo menos, el carácter de una orgía económica y cultural que no debe continuar en ningún país del mundo. El mínimo trabajo que deben practicar profesores y alumnos son cursos de cinco meses con un mes de descanso intercalado entre ellos. Las materias preuniversitarias a estudiar son las clásicas, matemáticas, física, química, biología, pero añadiendo dos lenguas extranjeras, a escoger. Aquí quiero detenerme un momento para recalcar que incluso en estas materias básicas, el método pedagógico no tiene que ser nunca lo que, usando un benévolo eufemismo, se llama ahora "enseñanza masiva o conferencia magistral", que traducido a la cruel realidad quiere decir que un profesor sobre la tarima recitando, mejor o peor, unos conceptos que los alumnos encontrarían en cualquier libro; y estos alumnos, en cantidades multitudinarias, haciendo ver que escuchan, y llenando unas aulas propias, más bien para un mítin político que para una labor pedagógica, amontonados en forma inhumana y teniendo a veces grandes dificultades para encontrar un asiento, tal es el número de asistentes. Pues bien, ya en este período básico preuniversitario se ha prescindido de este espectáculo medieval en las universidades modernas. Los alumnos en las materias de ciencias naturales, por ejemplo, están dedicados a trabajos de laboratorio o de museos, dirigidos por el personal docente que orienta al escolar, para hacerle resolver personalmente problemas que él no conoce; inculcándoles el espíritu de observación y experimentación. En los cursos de matemáticas se le encarga al alumno que resuelva en su casa un problema que presentará al día siguiente en clase, con discusión y comentarios de sus compañeros distribuidos en pequeños grupos y bajo la orientación de un docente. Y así en humanidades y en economía. Este método, que llamamos de *autoaprendizaje*, es el que se tiene que utilizar en el transcurso de todos los estudios. Lo que se ha llamado "conferencia magistral" sólo tendría que ser permitida para hablar de cuestiones nuevas, no fácilmente encontrables en los libros que manejan corrientemente los escolares, o bien para tratar temas de difícil comprensión. No obstante, en muchas escuelas de medicina sustituyen estas conferencias magistrales por una especie de mesa redonda semanal entre todos los docentes de la misma materia, con asistencia obligatoria de todos los alumnos y con derecho, por su parte, de hacer uso de la palabra y discutir o pedir aclaraciones sobre cualquier punto del tema que se ha planteado. En otras escuelas han sustituido las conferencias magistrales por un diálogo semanal entre el profesor y los escolares sobre determinadas cuestiones estudiadas en días anteriores.

Y entramos ya en los propios estudios de las escuelas de medicina. En este nivel tenemos que recordar varios principios:

- 1º. En toda una vida, ningún médico puede abarcar todos los conocimientos técnicos de la medicina, pero con la ayuda de los conocimientos básicos, con una buena orientación clínica y con cierta información de las ciencias sociales que acabamos de mencionar, si el escolar

está entrenado a razonar por su cuenta, a estudiar solo, a saber moverse en las bibliotecas para poder buscar lo que necesita, en una palabra, infiltrándole una buena disciplina mental y técnica, el médico estará con capacidad para orientarse en el futuro, en todos los conocimientos que necesite, aunque de momento no los posea.

- 2º. La formación que tenemos que dar a los escolares tiene que ser en tres terrenos fundamentales: eficiencia práctica, competencia técnica en un sentido general y sentido humano. Volvamos a considerar la conveniencia de formar investigadores (biólogos o clínicos), después de graduados. Tiene que reconocerse que, en general, no se encontrarán más que en las escuelas de alto nivel. Pero tenemos que hacer lo posible para tenerlos, convencidos de que representan prestigio, productividad y riqueza. A propósito de esto, un profesor universitario de un país rico, discutiendo en una convención sobre si la investigación era o no indispensable, dijo: " En mi país somos demasiado pobres para permitirnos el lujo de poder prescindir de los investigadores científicos".

Para que la formación escolar sea eficiente en medicina preventiva, es preciso que la escuela conozca las necesidades sanitarias y sociales de la región donde está enclavada. Entonces podrá elaborar el "plan de salud", que se tiene que basar en las investigaciones sobre morbilidad y mortalidad, condiciones culturales, de habitación y psíquicas, en sus variedades. Para que todo lo que se estudia en el terreno profiláctico y colectivo tenga un auténtico interés actual, es necesario que la escuela de medicina tenga unos cambios de opinión periódicos y frecuentes con las instituciones de salud pública y con todas las organizaciones asistenciales públicas y privadas, para coordinar esfuerzos y criterios. De todos estos esfuerzos saldrá un proyecto homogéneo de salud, siempre respetando las diferencias que dependen de las características regionales. Pero, en todo caso, las escuelas de medicina tienen unos deberes ineludibles. Desde el primer día de su entrada en la facultad, el alumno tienen que estudiar prácticamente la asistencia social y no tiene que abandonarla hasta el día que reciba el diploma de médico. Hoy las materias que se tienen que hacer estudiar al futuro médico general tienen que ser revisadas todos los años, teniendo en cuenta las variaciones que se van presentando a medida que avanza la medicina. Algunos capítulos han perdido la categoría de materias que merecen todo un curso, por ejemplo, la sifilografía, mientras cada día aparecen especialidades en las cuales es necesario fijar la atención del escolar. También ha cambiado el concepto que deben de tener las escuelas de medicina respecto a la clasificación de las materias que tiene que cursar el alumno. Aquel clásico compartimento estanco que está dirigido de manera absoluta que recuerda el poder feudal de otros siglos, esto se está acabando. Un rector fallecido hace años, decía: "Esta universidad es una república de reyes, es decir, cada ciudadano o catedrático tiene un rey en el cuerpo y para él no cuentan". Esto ha sido sustituido por la refundición de las cátedras afines, que trabajan en forma de departamentos mediante una íntima colaboración y un intercambio de labores y experiencias. A pesar de que el período básico está constituido por unas materias un poco alejadas, en general, del aspecto patológico del organismo humano, se considera muy conveniente que haya colaboración entre las materias básicas y las clínicas. Así vemos que la fisiología no es sólo el estudio de las funciones normales, sino también la visión clínica, aunque un poco rudimentaria de lo que sucede cuando esta función se altera. Así, por ejemplo, el clínico lleva al departamento de fisiología uno o más ejemplares de acromegalia cuando se estudia la función hipofisaria. O bien, presenta a los escolares un síndrome de anasarca o de congestión pasiva del hígado, cuando se estudia la mecánica del corazón. Esto es lo que se llama "integración vertical". Otra enseñanza que ha cambiado por completo es la anatomía. Hoy esta materia ya no es el potro de tortura memorístico de los escolares. Su estudio se limita a todo lo que tiene un interés clínico o funcional, añadiéndole, en cambio, el estudio del hombre vivo. Sobre todo la radiografía normal de todos los sistemas y aparatos orgánicos.

También es necesario preparar el futuro médico en la metodología de la estadística, que será el auxiliar más constante e indispensable en su futura actuación social.

En este terreno profiláctico se tienen que considerar los siguientes factores: la disminución de las muertes prematuras y de la invalidez. El alargamiento de la vida productora de riqueza, la orientación profesional de los viejos, que hasta hace poco, al jubilarlos, quedaban condenados a esperar pasivamente la hora de la muerte; en tanto que hoy, en países de alta civilización, mediante los institutos de orientación profesional geriátrica, se les busca la actividad adecuada para que todavía puedan ser útiles a la sociedad, y se sientan eufóricos, o menos obsesionados por la próxima muerte. La "explosión demográfica" y su relación con el desarrollo económico del país es una cuestión muy compleja que cae de lleno en el campo de la medicina preventiva. También la eugenesia. El estudio de la incidencia de retrasos mentales y otros estados degenerativos, hereditarios o no. En fin, la salud moral y mental, individual o colectiva, amenazadas por las grandes ciudades y por las tensiones y fatigas de la vida moderna.

Contemplemos ahora qué es lo que debe hacer una facultad de medicina en el terreno práctico para preparar a sus alumnos en estos aspectos.

Las escuelas de medicina tienen que tener lo que en otra época habríamos llamado "dispensarios de asistencia social" y que hoy se llama "**laboratorio de la población**". En estos dispensarios los docentes sociales y los escolares desarrollarán todas sus actividades, que consistirán en equipos de exploración médica, archivos y elementos para sus estadísticas. También es necesario tener un laboratorio para las investigaciones elementales que deben acompañar siempre la clínica. Una sala de pequeñas reuniones para poder dialogar sobre los problemas que vayan surgiendo. El estudiante dedicará unas dos horas semanales, a ser posible por la tarde, durante la época de sus estudios, a esta actividad. Allá no escuchará discursos, sino que desde el primer día trabajará orientado por el docente de cada consultorio. Éste le presentará el primer día un cuestionario referente a todos los datos individuales, familiares, sociales, económicos, etc., del hombre objeto de estudio. Y se considera obligatorio que el sujeto que tiene que ser primeramente estudiado sea el propio escolar. De aquí se pasará al estudio social, económico y sanitario de toda su familia y después del grupo social más próximo.

Es necesario hacer constar que esta medicina preventiva es de un sostenimiento muy oneroso, y muy poco se conseguirá si esto no tiene la ayuda financiera de otros departamentos de la administración pública y también de la aportación privada.

Que nadie piense que todo esto son utopías irrealizables. Estoy seguro de que antes de seis u ocho años este será el ambiente obligado de todas las escuelas médicas por mucha que sea la resistencia rutinaria que opongan a la renovación. De otro modo, hoy esto es ya una realidad en algunos países avanzados. En efecto, algunos de ellos ya han procurado incorporar los centros de investigación médica, la medicina social, mediante la organización de centros interdisciplinarios. Esta tendencia es muy acusada en los países nórdicos de Europa, especialmente en Inglaterra y en Holanda. En Suecia han creado cátedras de medicina social. Ésta tiene una actividad notable en la Universidad de Upsala. El Instituto de Desarrollo Social de las Naciones Unidas ha hecho hasta hoy una gran labor planificando la influencia recíproca de las instituciones sanitarias, sociales y económicas. La Organización Mundial de la Salud, hija de la ONU, ha contribuido a elaborar el plan de estudios medico-sociales en muchos países. Igualmente lo están haciendo con gran dinamismo la Asociación Panamericana de Escuelas de Salud, conocida por la sigla OPS. En Checoslovaquia han creado un organismo dedicado exclusivamente a hacer que los proyectos sanitarios y social económicos influyan en el tratamiento de los futuros médicos.

En Europa, la llamada "alta autoridad" de las Comunidades Europeas, representando especialmente la Comunidad del Carbón y del Acero, coordina los trabajos científicos de diferentes institutos

y universidades de los seis países integrantes del Mercado Común, para patrocinar programas de psicopatología y de clínica, destinados a conocer diferentes enfermedades profesionales.

Aparte de la participación que tenga Francia en estos organismos europeos, por su parte se puede decir que a pesar de haber sido uno de los primeros países del mundo en organizar la medicina preventiva, lo ha hecho profusamente dividida en compartimentos, que hasta ahora se han mantenido separados entre ellos y todos ellos alejados de la enseñanza médica. Tiene que decirse, en defensa de Francia, que, desde la reforma de Robert Debré en 1958, en este país se ha producido una honda revolución en lo referente a la enseñanza de la medicina curativa, lo mismo en las facultades de medicina que en los hospitales del Estado. Como sucede siempre que se establece una gran reforma, surgen protestas, inconformidades y sugerencias que retrasan el establecimiento definitivo del cambio. A pesar de todo, ésta ha sido de una trascendencia extraordinaria. Entre otras innovaciones, han establecido lo que se llama "enseñanza integral", que consiste en presentar periódicamente a los escolares de materias clínicas, determinadas enfermedades bajo los diferentes aspectos, médico, social y económico, tomando parte en la misma sesión docentes de materias médicas básicas, de las clínicas, asistentes sociales y económicos.

En el continente americano se ha constituido desde hace pocos años la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, de la cual forman parte actualmente todos los países americanos, desde Canadá hasta Argentina. Esta federación está sostenida económicamente por la Organización Panamericana de la Salud, por la fundación Milbank Memorial y también por las fundaciones Ford, Kellog y Rockefeller.

Hay pues bastantes hechos concretos que son garantía del camino que deberán de seguir todas las escuelas de medicina, más allá de lo que pueda parecer actualmente.

Pero antes son inevitables estos cambios, **fundamentados** en los siguientes principios:

- 1º. La educación médica en un futuro muy próximo no podrá ser un monopolio del Estado a través de su ministerio de educación, por motivos económicos y técnicos.
- 2º. Todos los centros hospitalarios importantes del país podrán y deberán colaborar en esta obra sanitaria, no sólo facilitando el material clínico de que disponen, sino también ofreciendo colaboración de su personal médico, el cual podrá hacer labor docente tan importante y tan reconocida pública y económicamente, como la del personal docente de la facultad. Entonces podrá ejecutarse esta colaboración de maneras diferentes: si se trata de un gran hospital donde hay material clínico abundante y ambiente científico suficiente, debe ser convertido en facultad de medicina, sin perder nunca su carácter de institución privada y su peculiar sistema de nombramiento de personal médico en todos los grados. Si la institución hospitalaria es más pequeña, pero en ella hay jefes de servicio o de laboratorio con categoría científica y con vocación para la enseñanza, aquel departamento podrá ser agregado a la facultad clásica del Estado o a la institución donde radica.
- 3º. El nombramiento del personal docente, y aprovecho para decir que esto debe aplicarse a toda la universidad, tiene que ser hecho por la propia universidad. Es un espectáculo excéntrico y de difícil explicación, por no decir absurdo, que los profesores titulares de la universidad de algún país que conocemos, sean nombrados por unos tribunales formados por otros profesores de cualquier universidad del país, escogidos, estos jueces por un mecanismo automático que maneja la burocracia oficinesca del ministerio de educación, sin que la universidad donde hay la vacante tenga relación alguna, ni nada que decir.

Por ser un tema ya muy discutido, no es preciso insistir en la falta de razón que hay para celebrar ejercicios de oposición entre los que aspiren a una cátedra. Tenemos centenares de motivos

para condenar semejante sistema. Pero para ser breve, me limito a recordar la siguiente anécdota: un profesor escandinavo después de visitar España, al hacer un reportaje en una revista universitaria de su país dijo: "En España los profesores titulares de las universidades son elegidos por el mismo procedimiento que nosotros utilizamos para examinar a los estudiantes".

4º. Sin olvidar que los gastos de la enseñanza tal como la proponemos son extraordinarios y que deben ser financiados por todas las ramas de la administración pública que ya hemos nombrado antes, es preciso tener presente que esto no quiere decir que las facultades de medicina tengan que estar sometidas al régimen centralista que produce la esterilización de todos los esfuerzos más heroicos de las universidades. Este problema es vital. La universidad en general y con más motivo las escuelas de medicina, por todo lo que acabamos de decir, o lograrán una absoluta autonomía o serán un organismo muerto; un cuerpo extraño dentro de la sociedad que las rodea, en lugar de ser uno de los temas de discusión del llamado Coloquio de Caen que se ha celebrado en noviembre de 1966 con participación de las figuras más destacadas de la educación médica de Francia. Yo me he congratulado de que por fin se levanten en aquel vecino país voces enérgicas condenando este centralismo indiscutido allá desde hace un siglo y medio, y el contagio del cual ha hecho tanto mal en países como el nuestro, donde la historia, la cultura, la economía y la voluntad popular piden a gritos un régimen de autonomías nacionales en todos los aspectos.

Si la educación médica tiene que mejorar el estado sanitario del país, con todas sus consecuencias de progreso y riqueza, es necesario que se mueva con toda la libertad que reclaman las características sanitarias de cada región. Y no aceptaremos nunca que las necesidades administrativas hagan obligatorio este centralismo. Ya es hora de que se entienda que la sección administrativa del Ministerio de Educación ha sido creada para servir a las necesidades de las universidades y no para someterlas a una esclavitud medieval. En cada escuela de medicina puede haber un funcionario administrativo delegado por todos los organismos del Gobierno. Este funcionario tiene que ser portavoz al ministerio de las necesidades de la universidad. Y esto tiene que ser resuelto en las altas esferas administrativas con un espíritu de realidad, que quiere decir de cara a los intereses de los estudiantes y de los enfermos actuales y futuros. Esto hasta que la universidad logre la autonomía que merece y necesita.

5º. Las escuelas de medicina tienen que limitar el número de alumnos matriculados para dar enseñanza que no sea una farsa. El argumento de que el país necesita muchos médicos no se resuelve practicando este delito que se llama "enseñanza masiva", que quiere decir el discurso solemne, y que es igual que tirar agua a un cesto. El mayor número de alumnos se tiene que resolver, o bien aumentando el número de escuelas de medicina, o bien dando mayores medios de enseñanza a las actuales facultades y aumentando el personal docente. Pero nunca engañando a los escolares y a la sociedad con una ficción de enseñanza.

6º y último. Cuando hablamos de la universidad es preciso que nos entendamos. No basta poner en un edificio el rótulo que diga "universidad" si esta institución no hace otra cosa que dar una enseñanza mediocre y unas calificaciones, después de unas pruebas o exámenes más o menos precipitados. Esto sólo es una pobre parodia de la universidad. Pero si la universidad es el centro donde se estudian todos los conocimientos y todos los matices del pensamiento humano, sean los que sean los tiempos pasados o presentes de su creación, y sea cual sea el país que los ha engendrado; si los escolares van a ella como a su segundo hogar; si la universidad tiene el ferviente deseo de formar el espíritu de los escolares con más interés y con más eficacia para darles una instrucción técnica, es decir, si es capaz de formar ciudadanos cultos, honestos, además de excelentes profesionales, entonces tenemos que tener el máximo amor y todo el respeto a la que

podemos llamar ya con la clásica palabra de "alma mater". Y su calidad es la que determinará la categoría espiritual del país. Para lograr esta meta de perfección es necesario que los profesores tengan toda la libertad para establecer antes de comenzar cada curso el plan de estudios que considere mejor. Este planeamiento lo tendrá que hacer todos los años, teniendo en cuenta los cambios vertiginosos actuales de la ciencia. Y los estudiantes de esta universidad tienen que tener una curiosidad universal, precisamente porque son universitarios; y no tienen que escuchar las voces encogidas que les digan aquello de que "los estudiantes se tienen que dedicar a sus estudios y no se deben meter en política". Precisamente cuando la universidad sea lo que tiene que ser, los estudiantes se meterán en todo, porque esta es su misión y el deber que contraen con el país, para el día de mañana. Porque de ellos tienen que salir los máximos dirigentes del país en todos los órdenes. Espero que no crea nadie que estoy predicando las huelgas estudiantiles y la violencia. Precisamente entonces, ni la una ni las otras serán necesarias.

En cambio, es necesario que estos profesores para los cuales recabamos la máxima libertad pedagógica, renuncien a ciertos privilegios y prerrogativas de que disfrutaban actualmente. Por ejemplo, el nombramiento de profesores titulares, lo que llamamos "junta de facultad", podrá asesorar, si es consultada, a las altas autoridades universitarias sobre la valía de los aspirantes, pero no son ellos los que tienen que hacer de árbitros definitivos de esta cuestión. Y así en muchos otros aspectos. Es preciso que quede bien claro. Porque en el régimen universitario actual, cuando se habla de que la universidad ha tomado tal o cual decisión, se entiende que ha sido la Junta de la Facultad o el Claustro ordinario el que la ha tomado. En realidad, su libertad de decisión tiene que limitarse a la confección de los planes de estudio para cada año y a la distribución y organización de la enseñanza de cada materia; así como el profesor, como hemos dicho, tiene que tener absoluta libertad para su actuación pedagógica. Pero identificar la universidad con el claustro de profesores no tiene sentido. Estos profesores son los funcionarios técnicos que tiene la universidad para dar la mejor enseñanza posible. Pero en los demás aspectos no deben intervenir ellos solos en ninguna solución definitiva. Porque su intervención es funesta si tiene un carácter ejecutivo, sin apelación. Otra cosa será que dé su opinión si el consejo directivo de la universidad se lo pide. ¿Quién tiene que formar, pues, el consejo directivo de la universidad? Primeramente tiene que existir un rector que, siendo o habiendo sido un hombre de formación universitaria, no sea docente en ningún grado, o al menos activo, mientras sea rector. No tiene que tener otra actividad en su época de rectorado. También tomarán parte en este consejo los decanos de las facultades universitarias. Los demás elementos que forman el consejo tienen que ser representantes de diferentes ramas de la intelectualidad del país. En primer lugar, una nutrida representación de ex alumnos de la propia universidad que, a ser posible, sean ya valores intelectuales o sociales reconocidos. También los profesores titulares podrán tener dos representantes y otros tantos los docentes más jóvenes, así como los estudiantes. También estarán representadas las academias oficiales y privadas, así como las sociedades científicas del distrito universitario y las instituciones económicas, industriales y comerciales, así como los productores industriales. También pueden formar parte ciudadanos que lo merecen por su amor a la universidad o por su mecenazgo a favor de ella. Si queremos que la universidad de nuestro país adquiera la personalidad que no ha tenido nunca, es preciso que en este consejo directivo intervengan todos los factores que representan una fuerza intelectual y económica del país, prescindiendo del lugar que ocupen en las esferas oficiales, porque solo así la universidad será el eco del alma del país y el motor más importante de su progreso.

FRANCISCO JIMENO VIDAL

(1906-1978)

JUVENTUD

Nació el 25 de agosto de 1906 en Reus porque su padre era militar con destino en esta plaza como Comandante Mayor en el Regimiento de Cazadores de Caballería nº 17. Al cabo de tres años su padre fue destinado a Barcelona como Teniente Coronel del Regimiento de Dragones Montesa y toda la familia enraizó en la ciudad condal, siendo Jimeno Vidal un barcelonés a todos los efectos.

Estudió bachillerato en la escuela de los Hermanos Maristas y recibió una sólida formación y además, ya que era un estudiante aventajado, llegó a ser bachiller a los catorce años. Aunque aún no podía seguir los estudios superiores dada su juventud, se planteó cual sería su futuro y por influencia familiar pensó en la carrera militar, pero su mismo padre, valorando las pasadas guerras carlistas, las de Cuba y de Filipinas, le disuadió.

El período final de la adolescencia hasta llegar a la edad requerida para empezar los estudios universitarios lo pasó trabajando para ayudar a su propio sustento y al de la familia, ya que su padre había sido jubilado y pasado a la reserva. Trabajó en las oficinas de una empresa comercial y después en las de una casa de suministros quirúrgicos, aún existente, y cambió más tarde por una farmacia como aprendiz. Llegó a la edad necesaria para cursar los estudios de Medicina y se inscribió en el curso de Ampliación, equivalente a una selectividad. Aprobó todas las asignaturas y pudo matricularse en la Facultad de Medicina. Logró combinar trabajo y estudios gracias al puesto de trabajo en otra farmacia con turno de tarde y posibilidad de asistir a la facultad por las mañanas. Entró en contacto con vendedores de específicos y tuvo la idea de visitar directamente a los médicos para presentarles productos clásicos y novedades. El proyecto fraguó y así se convirtió en el primer visitador médico de Barcelona.

En la facultad consiguió la "Beca Dr. Esquerdo" y pudo dedicarse plenamente al trabajo de estudiante con mayor holgura económica y más concentración. Al llegar al período clínico ganó por oposición la plaza de "alumno interno pensionado" con el número uno y así conoció al Prof. Joaquín Trias Pujol, que era el presidente del tribunal. Éste le reclamó para su Clínica Quirúrgica del Hospital Clínico y allí tuvo por compañeros a Pedro Piulachs, a Moisés Broggi y a Fernando Martorell, que fue el creador de la angiología española.

POSTGRADO

Acabó brillantemente los estudios de Medicina en 1929 licenciándose con la calificación de sobresaliente y con un currículum en el que constaban nueve sobresalientes con premio, catorce sobresalientes y cuatro notables. Siguiendo a las órdenes del Prof. Trias Pujol consiguió la plaza de médico de guardia de cirugía por oposición del Hospital Clínico. De común acuerdo con el profesor y con sus compañeros, Jimeno Vidal se encargó de la Cirugía Ortopédica y de la Traumatología. La Academia de Ciencias Médicas de Cataluña había creado unas bolsas de estudio para perfeccionarse en el extranjero y Jimeno Vidal consiguió la primera de ellas, que aplicó, siguiendo los consejos de Trias Pujol, a una estancia en el sanatorio heliomarino que en Berk-Plage, en el norte de Francia, lindando con Flandes, dirigía el Prof. Etienne Sorel. Éste se dedicaba junto a su esposa Mme. Déjérine, hija del famoso neurólogo, al estudio de la tuberculosis osteoarticular y de las paraplejías del mal de Pott; con ellos permaneció durante dos meses. Descubrió el valor de los tratamientos ambulatorios, ya que los enfermos vivían en pequeñas casas y acudían al Hospital Marítimo en carritos o en cochecitos a veces tirados por burros. Allí se le ocurrió la idea de crear un centro heliomarino en Tarragona, donde existía el Hospital de la Savinosa, que de momento funcionaba como casa de

colonias infantiles; su situación frente a las playas lo hacía idóneo. No recibió ayuda de las autoridades sanitarias locales, que consideraban poco apropiado para la salubridad y la fama de sus costas el centro dedicado a tuberculosos. El futuro depararía a Jimeno Vidal una sorpresa inesperada en la Savinosa.

A su regreso a Barcelona, en el mismo año de 1929, toma la decisión de trasladarse a Madrid para realizar los estudios de Doctorado. La renovación de la "Beca Dr. Esquerdo" le cubrió las necesidades económicas de su estancia madrileña. Coincidió con Fernando Martorell y ambos, además de estudiar, conectaron en el Ateneo con la intelectualidad del momento, a cuyas conferencias asistían; escucharon a Ortega, a Marañón, a Unamuno, a Azaña y otros, todos ellos en la oposición a la dictadura del General Primo de Rivera. El más importante encuentro de Jimeno Vidal en Madrid fue el Prof. Manuel Bastos Ansart, el cual le admitió como asistente voluntario en sus sesiones quirúrgicas y en las consultas en el Hospital Militar de Carabanchel.

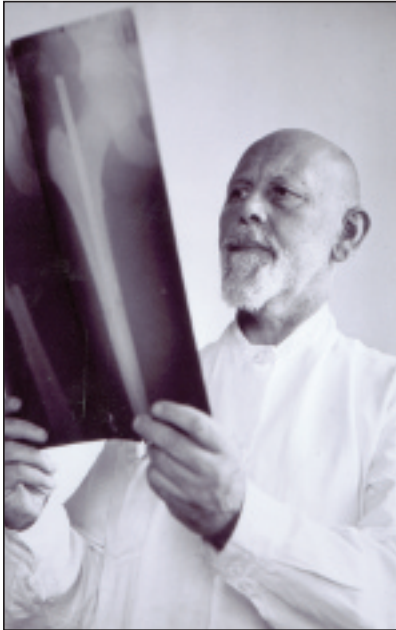
Junto a Bastos Ansart aprendió el tratamiento de las fracturas y heridas con vendaje de yeso o cura oclusiva, que éste había aplicado en su labor ardua en la guerra de Marruecos como cirujano militar, destino que también compartió Trias Pujol. Pudo conocer el tratamiento de las secuelas de la poliomielitis, sobre todo la técnica de trasplantes tendinosos, porque le llegaban enfermos de toda España hijos de familias militares o de guardias civiles. Jimeno Vidal descubrió en el Prof. Bastos a un hombre de gran capacidad de trabajo y de organización y de gran valía e inteligencia. Contaba de él que para no olvidar la práctica de la lengua alemana dictaba las hojas operatorias en este idioma a un taquígrafo alemán, antiguo paciente al que había tratado de heridas de guerra. Antes de acabar los estudios de Doctorado ganó la "Beca Dr. Cardenal" que convocaba el Ayuntamiento de Barcelona para ampliación de estudios en el extranjero.

VIENA Y BÖHLER

Cuando vuelve a Barcelona, programa bajo los consejos de Trias Pujol, una estancia en Viena para conocer la moderna Traumatología organizada por Lorenz Böhler, cuya fama ya había traspasado las fronteras de Austria; dos cirujanos barceloneses que le habían visitado, Ribó Rius y Soler Terol, proclamaban sus excelencias. Trias Pujol acababa de recibir la primera obra de Böhler, traducida por el cirujano argentino Zeno, y se percató de la importancia de las modernas aportaciones que contenía. Jimeno leyó también dicho tratado –primitivo en comparación con el desarrollo a que llegó con los años- y se reafirmó en los fines de su viaje a Viena. Lo preparó de manera que las doce mil pesetas del importe de la beca pudieran mantenerle el mayor tiempo posible, aceptando unas condiciones de austeridad. Para trasladarse embarcó en un navío mercante que hacía la travesía de Génova y la oficialidad le proporcionó un camarote, con lo que el viaje resultó más apacible. Llegó a Viena después de visitar Venecia y Milán con asistencia a una representación de ópera en La Scala. Al día siguiente de su llegada, a las siete de la mañana, se presentó en el Unfallkrankenhaus y solicitó ser recibido por el Prof. Böhler para saludarle y hacerle entrega de una carta del Decano de su Facultad de Barcelona, a modo de credencial del becario.

Ni Jimeno hablaba alemán ni Böhler conocía el castellano, pero la dificultad surgida se solucionó utilizando el latín –lengua básica del bachillerato- durante la conversación. Así empezaba en 1931 una estancia de 23 meses junto a Böhler durante los cuales se impregnó de sus métodos de tratamiento, de la conducta hospitalaria en equipo y del registro y el control de la casuística y de los ejemplos más destacados. El mismo Jimeno Vidal decía en su Tesis Doctoral: "Cuando el Prof. Böhler entraba en la sala se encontraba los enfermos de pie (se trataba de lesionados del espinazo) al lado de su cama con el torso descubierto. Las radiografías de cada uno, ordenadas cronológicamente, y sus historias clínicas, sobre una mesita a los pies de la cama, podían ser examinadas y consultadas a medida que

el enfermo era visitado, dando el encargado de la sala toda clase de explicaciones sobre el caso. La entrada del Profesor era recibida por los enfermos con un taconazo, al que son tan aficionados los alemanes. Seguidamente entraban en doble fila los médicos ayudantes, cirujanos mayores seguidos de los médicos asistentes, los secundarios y gran número de médicos extranjeros de todos los países y razas. También se encontraban dos taquígrafas que cuidaban de anotar las observaciones de los jefes; luego las enfermeras, los auxiliares sanitarios y una monitora de gimnasia médica.”



El Profesor Böhler en una sesión clínica en Viena.

En abril de 1932 en España fue proclamada la república, a consecuencia de lo cual se devaluó la peseta y la beca de Jimeno perdió poder adquisitivo. Para ayudarle el Prof. Böhler le nombró secretario particular y le encargó el registro bibliográfico de las publicaciones de Traumatología. A partir de este bagaje Jimeno pudo hacer trabajos de revisión y de divulgación y pudo vivir con mayor desahogo económico. Conoció a una joven vienesa, Gerta Kromarich, estudiante de Bellas Artes y procedente de los Sudetes (Chequia) y se casó con ella, estabilizando así su vida en Austria. El padrinazgo de Böhler le permitió asistir a cursos y congresos del ámbito germánico, y en una visita al centro de Traumatología del Prof. Kock pudo tratar, a modo de demostración requerida, a un minero de 17 años con fractura de segunda vértebra lumbar aplicando el método böhleriano mediante reducción en hiperextensión, control roentgenográfico e inmovilización con corsé de yeso. A la par que fue dominando los procedimientos terapéuticos, también fue publicando en revistas médicas españolas artículos sobre sus experiencias en el Unfallkrankenhaus y trabajos científicos bajo la dirección del maestro. Su trabajo más arduo y de mayor influencia en la Traumatología española fue la traducción al castellano de la cuarta edición alemana del libro de Böhler, que ya era un tomo voluminoso de 768 páginas.

HOSPITAL CLÍNICO

En noviembre de 1932 regresó a Barcelona y se reincorporó a la Clínica Quirúrgica del Prof. Joaquín Trias Pujol y obtuvo por oposición la plaza de Profesor Ayudante de Patología Quirúrgica en su Cátedra, siendo éste Presidente de la Junta Administrativa del Hospital Clínico y Decano de la Facultad de Medicina. En tales circunstancias pudo Trias Pujol vencer las dificultades burocráticas que representaba su idea de repartir la patología quirúrgica entre las cátedras, de manera que a él le correspondiera la concentración de los accidentados en un servicio o centro traumatológico con profesorado especializado. Jimeno Vidal se puso manos a la obra y en cinco meses el encargo de su maestro era una realidad, de manera que ya en la primavera de 1933 funcionaba la Segunda Cátedra de Patología Quirúrgica como Centro Traumatológico, dotado de material y aparatos necesarios y con un Ambulatorio para tratar los enfermos no hospitalizados y los que habían recibido el alta hospitalaria. En este dispensario –como se decía en el Clínico- tuvo como colaboradores a Pedro Arquer Cuixart, a José María Cortés Lladó y a José Paravisini Parra. Se organizaron cursos y entre los profesores invitados destacaron Laureano Olivares, Martín Lagos, Argüelles y López Trigo.

La labor de divulgación de la escuela böhleriana fue tal que a partir de este momento varios jóvenes cirujanos catalanes empezaron a trasladarse a Viena para ampliar sus conocimientos en la materia. En 1934 aparece la segunda edición española del libro de Böhler prologada por el Prof. Trias Pujol y se consuma así la influencia de Jimeno Vidal como propagador insigne de las ideas de Böhler.

Al año siguiente tiene lugar en Madrid la fundación de la SECOT gracias a la sintonía entre el Prof. Trias Pujol y el Prof. Bastos Ansart, antiguos compañeros como cirujanos militares en las guerras de Marruecos y Presidente y Vicepresidente, respectivamente, de la nueva sociedad; Jimeno estuvo en el acto fundacional y se le puede ver en la clásica foto que nos queda de aquellas efemérides. En junio de 1936 se celebró en Barcelona el primer congreso de la SECOT y Jimeno participó en la ponencia "Tratamiento operatorio de las fracturas recientes de los huesos largos" junto con Juan González-Aguilar, de Santander, y Antonio Hernández-Ros, de Murcia.

CIRUGÍA DE GUERRA

Al mes siguiente estalla la guerra civil y la llegada de accidentados y heridos de guerra obligó a crear centros especializados en su atención, ya en hospitales de retaguardia, ya en las ciudades. Jimeno Vidal decidió permanecer en Cataluña y aportó toda su sabiduría y todo su esfuerzo para llevar adelante esta dura tarea. El Prof. Böhler vino a visitarle y comprobó satisfecho el modo sistemático con que se realizaba siguiendo sus enseñanzas.

Buena parte de los equipos quirúrgicos que se crearon tuvieron su embrión en el cuerpo de guardia quirúrgico del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico que organizó el Prof. Joaquín Trias Pujol junto con su hermano el Prof. Antonio Trias Pujol. Uno de los jefes del equipo fue el ya Prof. Jimeno Vidal y entre sus colaboradores tuvo junto a él hasta el final de la guerra a Ignacio Ponsetí, posteriormente ilustre Profesor de la Universidad de Iowa. Su destino inicial fue el Centro Psiquiátrico "Pere Mata" de Reus que debían transformar en hospital de guerra a partir de los pabellones de arquitectura modernista, obra de Doménech y Montaner al igual que el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. Consiguieron ayuda del Sindicato Metalúrgico, de la alcaldía de Reus y de la población para llevar a cabo su misión. Consiguieron además organizar un centro de evacuación para liberar camas y tener sitio disponible para los recién llegados del frente y lo ubicaron en el Hotel Terramar de Sitges. Cuando la organización funcionaba correctamente el mando del Quinto Cuerpo del Ejército a las órdenes de Valentín González, apodado "el Campesino", requirió los locales del "Pere Mata" y el equipo, los enfermos y las instalaciones tuvieron que trasladarse a Tarragona al Centro "La Savinosa"; Jimeno Vidal había pensado hacía unos años que podría ser un Centro Heliomarino para el tratamiento de la tuberculosis osteoarticular a la manera de lo que conoció en Berck-Plage. En La Savinosa se construyó un ramal de la vía férrea para que los heridos del frente de Aragón llegaran lo antes posible al hospital en el tren adaptado con quirófano de extrema urgencia y hospitalización durante el transporte.

En 1938 la ofensiva militar de las tropas franquistas obligó a desalojar La Savinosa y a trasladar el hospital al monasterio de Banyoles. Los heridos con tracción continua eran mantenidos en su misma cama en los vagones de tren especialmente preparados y el ramal construido permitió esta difícil maniobra sanitaria. Al cabo de unos días ya funcionaba el hospital de Banyoles y como centro de evacuación utilizaron el Colegio de los Escolapios de Olot. En todos los equipos se aplicaba el método de la cura cerrada y había dado orden expresa de que así se hiciera el Dr. Joaquín D'Harcourt, asesor de la Sanidad Militar Republicana, amigo de Trueta y antiguo colaborador de Bastos. El hospital de Banyoles tuvo un ilustre visitante en la persona del Prof. Rudolf Matas, padre de la cirugía vascular yanqui e hijo de emigrantes de Gerona que no había olvidado el catalán familiar. Su misión consistía en conocer la experiencia en cirugía de guerra en los equipos quirúrgicos de uno y otro bando, pero en Banyoles comprendió la verdadera organización para los cirujanos militares y a su regreso a Estados Unidos redactó su informe hablando del método catalán en el tratamiento de las heridas y fracturas de guerra en el Monasterio de Banyoles. Este informe fue presentado en diciembre de 1939 en la 52ª jornada de la Southern Surgical Association y en él decía:



Fracturas de húmero derecho e izquierdo:
 a) Tratadas por Böhler con férula de abducción en la 1ª guerra Mundial. b) Tratadas por Jimeno Vidal con vendaje de yeso tóraco- braquial en la guerra española.
 Fracturas de fémur: c) Tratadas por Böhler con contracción continua en la 1ª guerra mundial. d) Tratadas por Jimeno Vidal con contracción continua en la guerra española. (Montaje del autor con fotos de Jimeno Urban).



El Hospital de Guerra de la Savinosa en Tarragona. a) durante la guerra civil. b) Estado actual de abandono.

“La experiencia más interesante que recogí fue en Banyoles, cerca de Gerona, cuyo vetusto Monasterio había sido transformado en un Hospital dedicado a heridos de guerra, excluyendo las fracturas de cráneo, las cuales eran atendidas por neurocirujanos en otros hospitales. Jamás habría podido imaginarme semejante concentración de fracturas como las que vi allí. Había grandes salas en las cuales centenares de hombres eran clasificados y separados unos de los otros según el miembro afectado por la fractura. En un Departamento dedicado exclusivamente a fémures fracturados había 75 pacientes en tratamiento. También existían salas exclusivas para los fracturados de pierna, de brazo y de antebrazo.”

“Así el Dr. Jimeno, Jefe del Servicio en Banyoles, que es uno de los más devotos discípulos de Böhler de Viena, y profundamente familiarizado con sus métodos, resolvía el problema de la tracción esquelética con agujas de Kirschner, tenazas de Schmerz o clavos de Steinmann. En efecto, sus salas del Hospital de Banyoles podían pasar por una Clínica Militar alemana, si no fuera porque los pacientes hablaban catalán.”

Uno de los miembros de su equipo fue el Dr. Musons y en el libro de homenaje al Prof. Jimeno Vidal recordaba que “en Banyoles el Profesor Jimeno nos enseñó hasta la saciedad, como si ya no

conociéramos con antelación, la bondad y el beneficio del vendaje en cura oclusiva en el tratamiento de las heridas contaminadas...una vez efectuada la toilette quirúrgica y que, como ya se sabe, no se podían suturar o cerrar”.

En enero de 1939 tenía bajo su dirección más de mil heridos de guerra y Jimeno Vidal, con el ejército ya en retirada hacia Francia, no quería exponerlos al esfuerzo de una marcha que serían incapaces de aguantar. La brigada Líster llegó a Banyoles y el capitán Trigo, lugarteniente de Líster dispuso la total evacuación. Aprovechando la visita semanal de Jimeno a sus enfermos evacuados a Olot, detuvieron a todo el personal, los subieron a un camión y partieron hacia Francia; entre ellos se encontraba la esposa de Jimeno, Gerta Kromarch. La mayoría fueron asesinados en el pueblo de Bàscara y también su esposa, que tenía un tiro en la nuca; su hija Gerti fue encontrada por él en Banyoles. En estas trágicas circunstancias acabó la guerra civil para el Prof. Jimeno Vidal, en días coetáneos de los hechos narrados en la novela “Los soldados de Salamina”.

REGRESO A VIENA

Después de pasar por la etapa de tribunales de depuración regresó a Barcelona y se encontró con que había perdido su plaza docente en la Universidad y su puesto en el Hospital Clínic; sus compañeros vencedores le denegaron la reincorporación. Se dedicó a ordenar sus archivos de historias clínicas de heridas de guerra que alcanzaba la cifra de unas siete mil, pero en la inmediata posguerra no existía ni tranquilidad ni tiempo ni medios para tan arduo propósito, cuando las necesidades más primarias de subsistencia y de trabajo eran lo primordial. A finales de 1939 recibió una carta de su querido Prof. Lorenz Böhler ofreciéndole una plaza de médico asistente en el Unfallkrankenhaus de Viena que aceptó gustosamente. Expuso al Maestro su deseo de estudiar las historias clínicas de su archivo, cosa que éste asumió, y las embaló en cajas de madera que llegaron a su destino vienés.

Ya en Viena en el hospital se le dispensó de hacer guardias para que tuviera tiempo dedicado al estudio y análisis de su casuística. De sus observaciones concluyó que el tratamiento de las fracturas de húmero con férula de abducción de Pouliquen –puesta en boga durante la guerra mundial del 1914- no había dado los resultados esperados y que era mejor la inmovilización con vendaje de yeso toracobraquial, idea que fue ampliamente aceptada. El 29 de junio de 1940 contrajo nuevo matrimonio con Hanne Urban, amiga de la familia de la primera esposa y también de origen sudete. Alemania invadió Polonia y empezaron a llegar a Viena heridos de guerra y las fracturas abiertas le permitieron aplicar otra vez la experiencia de la guerra española. Austria había sido anexionada al Reich y el Prof. Böhler había sido militarizado y destinado al frente del Este.

En el mismo año de 1940 se celebró en Berlín el 64º Congreso de la Sociedad Alemana de Cirugía y en él el Dr. Kuntscher, de la Clínica Quirúrgica de Kiel, presentó su revolucionario método de enclavado intramedular en el tratamiento de las fracturas diafisarias. Los cirujanos ayudantes de Böhler, que dirigían el hospital durante su ausencia, aceptaron este método y acumularon una amplia experiencia, con resultados espectaculares, pero también con fracasos peroperatorios o postoperatorios. El diseño y construcción del aparato de reducción operatoria de Wittmoser facilitó la técnica quirúrgica del enclavado. A su retorno del frente el Prof. Böhler quiso conocer los auténticos resultados y se retiró en la estación alpina Semmering donde el estudio de las historias clínicas le permitió precisar las indicaciones del enclavado y deslindar los casos que aún debían de ser tratados con el método clásico conservador. Para conocer cuáles serían los beneficios del enclavado precoz cerca de primera línea de guerra volvió a un Hospital de Sangre del frente ruso y aplicó personalmente el método, lo cual le permitió evacuar a Viena a sus enfermos con menor riesgo. Allí los recibían y Jimeno Vidal seguía el tratamiento.



El Profesor Jimeno Vidal en el Unfallkrankehaus por segunda vez.

El duro invierno ruso se saldó, como sabemos por los estragos sobre los soldados españoles de la División Azul, con gran número de congelaciones que causaron más bajas que las armas de fuego. Fue necesario crear un centro para estos congelados y la dirección recayó en Jimeno Vidal; se instaló en Karlsplatz y pronto tuvieron 400 ingresados. Para Jimeno Vidal esta experiencia no era nueva porque el invierno en el frente de Teruel durante la guerra civil española causó parecidas consecuencias. En esta época había acabado su revisión de historias clínicas de la guerra civil y publicó sus resultados

en revistas, destacando el "Archivo de Cirugía Ortopédica y Traumatología" de Viena. Para atender al creciente flujo de heridos de guerra se creó un centro especializado en el Rudolfspital de Viena y a su vez sirvió de centro de formación de cirujanos incorporados a la Sanidad Militar para que así fueran unificados los criterios de tratamiento, contando con la experiencia española de Jimeno Vidal que divulgó una vez más la cura retardada con vendaje enyesado y oclusivo.

En otro Centro de Cirugía de Guerra el Prof. Karl Lehmann trataba los lesionados de nervios periféricos y perfeccionó el sistema de sutura termino-terminal o neurrorrafia, que practicaba con gran habilidad y rapidez. Allí pasó una temporada Jimeno Vidal ayudándole en el programa quirúrgico que alcanzaba entre diez y doce casos diarios. Con los ejércitos alemanes en retirada la aviación aliada alcanzó a bombardear Viena y una bomba cayó cerca del quirófano mientras estaban operando. Ante la tesitura que tomaba en el Reich el final de la guerra, decidió regresar a Barcelona. Su destino tuvo que ser Suiza donde llegó a través del Tirol con esposa e hijos utilizando esquís en algún momento. Allí esperó casi seis meses a tener la documentación para trasladarse a España atravesando el sur de Francia ocupada por los alemanes y con patrullas de la Resistencia en las que militaban buen número de exiliados españoles los cuales, por su condición de "antifascistas", no veían de buen grado a quienes regresaban a la España franquista. Se benefició de ciertas atribuciones diplomáticas que le había asignado el Embajador de España en Austria, a quien ayudó como Valijero, y ello facilitó su tránsito de regreso a Barcelona el 23-4-1945.

RETORNO

En Barcelona tuvo que empezar de nuevo su vida profesional, alejado de la Universidad y de su Hospital, y la enfocó hacia la Traumatología laboral y privada. Fundó su Instituto de Traumatología y Clínica de Accidentes de Barcelona, fue nombrado asesor médico de General Española de Seguros, consiguió una plaza de médico de Asistencia Médica Municipal y al organizarse el Seguro Obligatorio de Enfermedad le fue asignada una plaza de traumatólogo. Muchas compañías de seguros solicitaban sus servicios, tanto para asistir a sus asegurados, como para ser asesorados con sus informes periciales que tuvieron gran prestigio en Magistratura del Trabajo.

Compaginó este ejercicio profesional con las actividades académicas y destacan entre sus cargos la Presidencia de la SECOT en 1961-62, la Presidencia de la Asociación de COT de Barcelona (Academia de Ciencias Médicas) en 1964-65 y la Presidencia del IV Congreso Hispano-Portugués de COT celebrado en Barcelona. Fue miembro de Honor de las Sociedades de COT de España, Alemania, Francia, Portugal y Austria y también de la SICOT. Fue distinguido con la Gran Cruz de Sanidad Civil Española y el día 8-11-1976 fue inscrito en el "Cuadro de Honor de los Médicos Españoles". A todos estos méritos añadimos, como obra magistral en la que muchos de nosotros

bebimos los primeros conocimientos de la Traumatología, sus traducciones castellanas de las obras de Böhler y de sus discípulos: Técnica del Tratamiento de las Fracturas, a lo largo de ediciones cara vez más extensas hasta alcanzar cuatro volúmenes la última; Técnica del Vendaje Enyesado, de Friz Schnek; Tratamiento Operatorio de las Fracturas Abiertas de los Huesos Largos y sus Resultados, de Walter Ehalt; Traumatología de la Mano, de K. Krömer; Tratamiento Operatorio de las Fracturas y de las Pseudoartrosis del Cuello del Fémur y sus Resultados, de Lorenz Böhler y W. Jeschke. El libro El Enclavado Medular de Kunstcher, de Lorenz Böhler ya fue traducido por otro discípulo del Maestro vienés, el Dr. José Soler Sabaté. Estas obras han formado el mayor cuerpo doctrinal de la Traumatología jamás elaborado por un maestro y sus discípulos. Jimeno Vidal resumía los principios básicos de la Traumatología böhleriana en tres conceptos: reposición exacta, inmovilización hasta la curación y recuperación funcional. Y decía de su Maestro: "Esta titánica labor sólo podría realizarla un hombre especialmente dotado, genial y entusiasta que se entregara en cuerpo y alma a su cometido". Pero él también dio muestras de haber asimilado del Maestro tales virtudes con la conducta, tenacidad y superación en condiciones de infortunio, dando de sí para los suyos y para nuestra especialidad tanto como pudo a lo largo de su vida.

Transcribo de su último alumno, Juan Boloix, estas impresiones: "Con el Prof. Jimeno ocurrió lo de tantas figuras en nuestro país. Por las circunstancias que fueran, y que aquí no vienen a colación, vieron desaparecer su trabajo entre la incomprensión y la impotencia. A pesar de tantas dificultades no perdió nunca su jovialidad, ni su innata energía, aunque a veces le dominara la nostalgia de lo que pudo hacer y le impidieron. Entonces era cuando en pequeñas conversaciones, más bien confidencias consigo mismo, daba suelta a su amargura. "Yo, que siempre había soñado con tener una gran cantidad de alumnos, para formarlos y enseñarles todo lo que he aprendido, en estos momentos me he de conformar con uno solo, usted". Su expresión era grave y triste."

El Prof. Francisco Jimeno Vidal falleció rodeado de su esposa e hijos el día 1 de mayo de 1978.



El Profesor Jimeno Vidal a los setenta años.

Como colofón y para exponer la relación que nació con el Prof. Trias Pujol, quien le guió en sus primeros pasos en la especialidad, transcribimos su discurso de la reunión en memoria del Maestro barcelonés:

"Durante los diez primeros años de nuestra actuación médica, convivimos con el Maestro cuya memoria hoy enaltecemos. Día por día sus enseñanzas, sus consejos, su ejemplo constante iban forjando nuestra vocación y moldeando nuestro modo de ser. Luego la distanciación geográfica, impuesta por causas de todos conocidas, incrementó si cabe nuestra gratitud, respeto y amor al venerado maestro.

No esperéis de mí en esta sesión necrológica una pieza oratoria en la que rebuscando los adjetivos y las alegorías intente el estudio de la recia personalidad del Prof. Trias Pujol. Ni tengo aptitud para tamaña empresa, ni debo emprenderla. Estimo que no es el discípulo el llamado a filosofar sobre la figura del maestro. Por esto, me limitaré al relato de algunos acontecimientos vividos junto al maestro, que contribuyen a descubrir una de las facetas más interesantes de su ingente labor.

En el año 1927, al ser nombrado interno de guardia por oposición de la sección de Cirugía de la Facultad de Medicina, fui adscrito a la Cátedra de Patología quirúrgica segunda. Al presentarme al Doctor Trias Pujol éste me acogió con su proverbial naturalidad y sencillez, tanto es así que después de darme normas generales sobre mi ulterior trabajo, me expuso incluso su preocupación por la defectuosa asistencia que recibían los traumáticos y sus proyectos para reorganizarla. Me aconsejó

asimismo que dirigiera especial atención a mi formación traumatológica, pues cambios fundamentales se avecinaban.

A la noche siguiente, en el curso de mi primera guardia de interno de pensionado de cirugía, pude percatarme de la autenticidad de su preocupación. Recuerdo lo acaecido como si fuera hoy mismo.

Serían las dos de la madrugada, cuando la puerta de mi cuarto fue golpeada con violencia, a la vez que una voz estentórea gritaba: ¡Urgencia! ¡urgencia! Rápidamente me levanté y a zancadas bajé los dos pisos y recorrí los 200 metros que me separaban de la Comisaría de Entradas.

Allí los camilleros de una ambulancia esperaban a que se aclarara cuál era la Sala a la que correspondía el ingreso del paciente. Las diversas salas de cirugía admitían las urgencias por turno y las encargadas no se ponían de acuerdo acerca de cuál era la Sala que había recibido el último. Novato en esos trances sugerí que examinaran el libro de entradas en donde hallarían con exactitud el dato discutido. Esta sugerencia no fue aceptada pues, cuando luego lo intuí, lo que interesaba no era saber a quién tocaba el turno, sino evitar que el enfermo recién llegado ocupara una cama en el servicio de las que estaban de guardia aquella noche. Aquél era un vulgar traumático, un fracturado, un paciente incapaz de interesar a nadie y que inmovilizaría una cama semanas y semanas. Todo chalaneo parecía laudable con tal de colar al lesionado en otro servicio. Así, pues, se decidió al fin ingresarlo en la única Sala que por no tener nadie de guardia aquella noche, carecía de valedor para oponerse a la supuesta intrusión.

Desde que llegó la ambulancia hasta que el fracturado estuvo encamado, había transcurrido cerca de una hora. Entonces me fue entregado el parte de baja con el diagnóstico de fractura de fémur (no se mencionaba ni el lado ni el nivel). Con el parte en la mano recorrí 100 metros de galería, subí 3 pisos para llegar al cuarto del médico de guardia. Percutí tímidamente en la puerta, pero hasta que no perdí la timidez no obtuve contestación. No me franqueó la entrada. Desde fuera di cuenta de la novedad, y leí el parte diagnóstico. Proveniente del otro lado de la puerta oí una voz que decía: 'Ponle un Tillaux'. A esta lacónica orden siguió el silencio. Es verdad que tampoco me atreví a romperlo solicitando una explicación, una aclaración o un consejo.

Rehice de nuevo mi camino, esta vez descendí por las escaleras con lentitud, y avancé por las galerías pausadamente, bajo el incesante martilleo del fonema 'Ponle un Tillaux, ponle un Tillaux'. Ni en las lecciones magistrales, ni en las clases de prácticas de Quirúrgica nos habían presentado fracturados. Mis conocimientos sobre fracturas eran escasos y puramente teóricos. A esto se sumaba mi congénita dificultad para retener nombres propios. Naturalmente que todo esto son excusas hueras esgrimidas como atenuantes de mi absoluta ignorancia de lo que era aquello de "poner un Tillaux". En cambio, recordaba relativamente bien las figuras del libro de texto y hasta algunos nombres como Hennequin, Bardenheuer, Steinmann, Delbet, pero acoplar dichos nombres a las figuras ya me resultaba más difícil y el buen Sr. Tillaux era entonces para mi un desconocido.

Sin saber, pues, qué iba a hacer, llegué hasta la cama en donde yacía el nuevo ingresado y a cuyo lado estaba la hermana de guardia que me sacó de mi tribulación preguntándome: '¿Va a aplicarle una extensión con esparadrappo?' Asentí como un autómatas y rogué me trajeran lo necesario. Marchó la hermana y al cabo de un buen cuarto de hora regresó con un poco de esparadrappo. Intenté aplicar una tira longitudinalmente y cuando ya tenía un lado listo me di cuenta de que el esparadrappo no era suficientemente largo. En busca de otro carrete salió la hermana y como tardara en volver, fui a su encuentro, hallándola en uno de los quirófanos esperando vanamente que la jefa le suministrara más esparadrappo. Toda mi persuasiva la puse a contribución con tal eficacia que obtuve un carrete completamente nuevo y además una maderita con un gancho que yo no había pedido. Pude así continuar la ardua tarea. Para pegar la tela adhesiva en el otro lado era necesario levantar la pierna

fracturada, pero el menor movimiento producía atroces dolores al lesionado quien prorrumpía con los quejidos más lastimeros que en mi vida hubiere oído. En mi afán de ir deprisa, la tira se me retorció y arrugaba y en vez de pegarla a la pierna lesionada se adhería a mis dedos. Además, no disponía de tijeras, por lo que, al terminar la aplicación de una porción de tira, tenía que rasgarla, cosa que a veces salía bien y otras no tanto. En fin, el tesón pudo más que mi torpeza y las tiras longitudinales y circulares, mejor o peor, quedaron aplicadas. Tampoco fue extraordinariamente fácil colocar la maderita con el gancho en el lugar adecuado, pero también esto se consiguió. Para terminar la 'extensión' faltaban cuerdas, pesas y mordaza con la polea. En gracias a la brevedad pasaré por alto las aventuras acaecidas durante la busca y captura de aquellos tres elementos que, después de singulares lances, logramos ver reunidos. Claro está que el trozo de sogá estaba tan deshilachado que parecía iba a romperse al primer envite, que las pesas eran saquitos de arena de peso desconocido, que la mordaza no se adaptaba bien al travesaño de los pies de la cama por ser aquélla demasiado ancha y que la polea no giraba por estar oxidada. Pero todas estas cosas no las veíamos, sumidos en la contemplación de la obra terminada.

Tocaban ya a maitines cuando, derrengado, me retiré a descansar con la firme impresión de que había equivocado el oficio. No pude conciliar el sueño pues me tenía desvelado el pensar en el pitorreo o la bronca que me esperaba, cuando los médicos del servicio se dieran cuenta de mi versión del "Tillaux". Me levanté pronto y aquel día, excepcionalmente, fui el primero en llegar a la Sala. Poco a poco comparecieron los internos que comenzaron sus curas con gran lujo de irrigadores y sin prestar atención alguna a mi paciente.

Bastante después se presentó el Jefe de Sala, quien seguidamente pasó a la enfermería acompañado de la hermana. Sólo se interesó por los pacientes pendientes de operar, por los fabricitantes y por los recién operados. Al llegar a los pies de la cama ocupada por mi lesionado la hermana le dijo: 'Este es un fracturado de muslo que ingresó ayer noche, los de guardia le han puesto una extensión'. Esta información debió bastarle, pues pasó de largo sin preguntar ni comprobar nada.

La escena se repitió exactamente a media mañana cuando el catedrático con todo su séquito de batas blancas pasó visita, con la única diferencia que esta vez en lugar de informar la hermana, habló el Jefe de Clínica. Confieso que hubiera preferido mil veces una reprensión a tal indiferencia.

Pero dejémonos de consideraciones y continuemos nuestro relato. Fui siguiendo la evolución del paciente día tras día. Consulté mi libro y me enteré que, sin saberlo, aquello que le puse era algo así como una caricatura de Tillaux, pero Tillaux al fin. Las tiras adhesivas iban despegándose y hubiéranse soltado del todo si no les hubiese puesto remiendos. Un saquito se agujereó y perdió la arena. Como no pude conseguir otro para sustituirlo, colgué de la cuerda un trozo de chatarra que encontré en la sala de curas. Transcurridos unos 50 días trajeron unas muletas y al día siguiente, al ir como siempre a ver el enfermo, comprobé que le había quitado todos los esparadrapos. Según me dijo, le habían ordenado que se levantara y probara a andar apoyado en las muletas. Pocos días después, aunque no podía pisar con el pie del lado fracturado, ni apenas había empezado a andar con muletas, le enviaron a su casa porque necesitaban la cama, Eso sí, le entregaron un boleto para que fuera admitido en el Servicio de masajes y mecanoterapia. Tuve curiosidad en leer su historia clínica y en ella estaba escrito sólo lo siguiente: Fractura de fémur derecho, Tillaux, alta por curación (?).

Un año después, casualmente, encontré al paciente que andaba cojeando apoyado en un bastón y gracias a esta coincidencia pude saber que anduvo con muletas cerca de 6 meses, que el muslo estaba torcido, la rodilla rígida y el miembro lesionado 4 cm más corto. Quedé horrorizado y entonces me di cuenta de lo interesante que era seguir el consejo que el Maestro me diera un año antes; desde aquel momento decidí estudiar con especial atención el menospreciado tema de las fracturas y dedicar el máximo interés al tratamiento de los fracturados.

El deplorable resultado final de aquel fracturado del fémur no era algo insólito pues revisando las estadísticas de las entidades aseguradoras de toda Europa, se podía comprobar que del 85% al 92% de los fracturados de fémur eran dados de alta con incapacidad permanente. Pero la prepotencia y el enfatuamiento de las rutilantes estrellas quirúrgicas del primer cuarto de siglo no les permitía rebajarse a considerar tales estadísticas, y tampoco dedicarse personalmente a la Traumatología, menospreciada por su carencia de brillantez.

Era la época en que Eiselberg detenía una discusión científica proclamando: 'el tratamiento de las fracturas es un capítulo concluso, sobre el cual no vale la pena insistir'. Este punto de vista era el que prevalecía en la mayoría de servicios quirúrgicos universitarios, pero no en la segunda cátedra de patología quirúrgica de nuestra facultad. Su jefe, el Prof. Trias, estaba convencido de que no sólo la terapéutica de las fracturas, sino que toda la Traumatología era un capítulo bien abierto en espera de su ampliación, corrección y refundición. Mientras meditaba sobre la mejor manera de encauzar esta cuestión, en 1930 recibe un pequeño manual de 190 páginas editado en Viena, y cuyo título era: "El tratamiento de las fracturas". Böhler, su autor, no tenía cargo docente alguno y sólo se presentaba como Director de un Hospital de Accidentados, que en la capital austriaca se había fundado 3 años antes.

Si la casualidad hizo nacer mi vocación, otras casualidades la encauzaron de la mejor manera que imaginar se pueda: Böhler acababa de comenzar su revolucionaria tarea en Viena. El único ejemplar de su librito que entró en España fue enviado por el editor al Prof. Trias, para que hiciera su crítica y éste, que alentaba mis orientaciones, me lo pasó para que lo estudiara. Fue providencial que cayera en manos de la persona mejor dispuesta para comprender su importancia. La descripción de los originales métodos empleados era clara y concisa, la excelente iconografía cumplía perfectamente su objetivo, pero Trias descubrió inmediatamente que contenía además algo de mayor importancia y trascendencia destinado a proyectarse en el futuro: su contenido doctrinal, su precisión al enunciar los principios fundamentales de la Traumatología, las proposiciones que pregonaban el nacimiento de la Traumatología como bien definida especialidad quirúrgica, que exigiría prestar atención a la influencia decisiva de la organización, a la conveniencia de fundar servicios exclusivos para accidentados y a la necesidad de reestructurar las enseñanzas quirúrgicas, creando Cátedras de Traumatología. Esto era todo un plan cuyo desarrollo debía realizarse por etapas.

Como primera providencia decide enviar a Viena a alguno de sus discípulos, y si entre esos fue elegido el que os habla, no lo fue por sus méritos, sino por la feliz coincidencia de haber ganado la beca Cardenal para ampliar estudios en el extranjero.

Llegué a Viena y quiso la casualidad que al mismo tiempo que yo entraba por primera vez en el hospital de Böhler, ingresara un fracturado de fémur y así mi aprendizaje se inició viendo asistirle. En mi carnet anoté lo siguiente: 'La camilla de la ambulancia es depositada sobre la mesa de la Sala Röntgen. En una bandeja servida por una enfermera está dispuesto todo lo necesario para anestesia local. El asistente busca en el muslo por suave palpación el lugar de máximo dolor y a este nivel introduce una aguja en dirección al hueso. Inyecta 10 cc de solución novocaína al 2%. Retira sólo la jeringa y por el pabellón de la aguja salen unas gotas de líquido sanguinolento, testificando que el anestésico se inyecta en el foco de fractura. Se administran 20 cc más de la solución. La anestesia focal es perfecta. Sin causar dolor alguno, el ayudante levanta un poco el muslo fracturado para dar paso al chasis. Radiografía. En la misma camilla el paciente es trasladado a la sala contigua. Allí está ya preparada una cama con trapecio, tablero bajo el colchón firme y bien igualado, con sábanas tensas y sin una arruga, con respaldo graduable y mullidas almohadas. Una férula tipo Braun, pero de mayor estabilidad que el modelo original, descansa bien revestida sobre la cama. En una bandeja estéril está preparado todo lo que se requiere para la anestesia local, en otra, también estéril, varios

clavos de Steinmann, martillo, estribo giratorio y dos pinzas. En una mesilla veo dos juegos de 5 pesas de a kilo y cuatro cuerdas. De la pared pende una tira de esparadrapo cuyos cabos trifurcados son mantenidos separados por sendas espátulas de madera. Dos enfermeras y un sanitario aparatista, bien adiestrados y prestos al trabajo, completan el cuadro’.

El fracturado que aún permanecía en la misma camilla en que fue acomodado en el lugar del accidente, fue pasado a la cama con el máximo cuidado, su miembro inferior afecto reclinado suavemente sobre la férula. En este momento entra una enfermera con la radiografía practicada que cuelga frente al negatoscopio. Entretanto el médico inyecta la solución anestésica a ambos lados de la tuberosidad anterior a la tibia, y seguidamente clava el tallo de Steimann, transverberando esta apófisis. Acoplar el estribo, anudar la cuerda a este último, y colgar el número de pesas correspondiente a la tracción necesaria prevista y aplicar el esparadrapo para la suspensión del pie, fueron los actos complementarios consecutivos. Inmediatamente después y cuando sólo había transcurrido una media hora desde su ingreso en el hospital, el fracturado dejó la Sala de curas, transportado en la misma cama a su habitación. Allí estaba a punto un cuadro balcánico con sus poleas, el sujetador dentado para la férula, el cajón de apoyo al pie indemne y una grada. En un santiamén estuvo todo acoplado.

Comprendí la importancia de la enseñanza adquirida en mi primera hora de estar en el hospital vienés, porque no me abandonaba el recuerdo de la noche aciaga en que comencé mis guardias de interno. Claro está que durante aquella hora aprendí una serie de pormenores prácticos y de técnica, pero además y ante todo, algo trascendental y rotundo: los fracturados deben ser asistidos en un servicio organizado especialmente para el tratamiento de fracturas, dirigido por un facultativo experto y entusiasta que dedique exclusiva o preferentemente su actividad médica a las afecciones traumáticas.

A idéntica conclusión llegaron muchos de los 10.000 médicos de todas las partes del mundo que han visitado la Clínica de Böhler en estos 25 años. Y así como nosotros, al regresar, pese a nuestras menguadas fuerzas, conseguimos introducir las nuevas ideas en el nuevo ambiente, gran número de aquéllos lograron en sus respectivos países fundar hospitales y clínicas a imagen y semejanza del nosocomio vienés. En estos últimos 25 años la simiente esparcida por Böhler ha fructificado en unas proporciones que no tiene igual en la historia de la Medicina.

El funcionamiento en casi todos los países del mundo de servicios organizados es uno de los factores que explican el gigantesco progreso de la Traumatología en el último cuarto de siglo. Gracias a dichos servicios han podido revisarse concienzudamente todos los métodos de tratamiento para, de esta manera, rehusar los inadecuados, antaño tenidos por buenos, se han adquirido nuevos y numerosos conceptos doctrinales, que han orientado la terapéutica por nuevos derroteros; en suma, se han mejorado los resultados de una manera portentosa. Como muestra recurriré de nuevo a la fractura del fémur: hace 25 años, aquel fracturado que según mi narración ofrecía un estado deplorable a los 12 meses del accidente, no era un caso insólito. Según las estadísticas, análogo resultado se comprobaba en el 88% al 95% de los casos. En cambio, hace poco, asistí a un lesionado que presentaba una fractura del fémur idéntica a la de aquél de antaño. A las cinco semanas del accidente me lo encontré paseando por la Rambla, andando casi normalmente y sin claudicar. No llevaba apósito ni se observaba acortamiento alguno y las articulaciones gozaban de libertad de movimientos. De la contención de los fragmentos reducidos con perfección anatómica se cuidaba el clavo de Küntscher, que, poco después del accidente, le introduje en el conducto medular de su fémur quebrado.

Entretanto, Trias estudió cómo llevar a la práctica en nuestro ambiente el precepto böhleriano más decisivo: la asistencia de traumáticos en servicios especializados. Así cristalizó el proyecto de

centralizar las urgencias quirúrgicas en un servicio destinado exclusivamente a la asistencia de las mismas.

Sólo una persona absolutamente convencida de la importancia de la innovación podía tener el tesón, entusiasmo y habilidad necesarios para vencer las dificultades que a ella se opusieran. Y entrando en el terreno anecdótico les revelaré que entre aquéllas no fue la menor la de hallar en el Hospital Clínico un local adecuado para instalar el Servicio, y al no encontrar otro que la planta tercera del pabellón de entradas, tener que negociar con sus ocupantes, el Administrador y los dos capellanes del Nosocomio, para persuadirles a desalojarla.

Durante las obras de rehabilitación e instalación, Trias subía diariamente a inspeccionarlas para que todo se realizara según sus planes y deseos. Además, él mismo eligió personalmente el instrumental, las mesas de operaciones, las lámparas de quirófano, las férulas, los aparatos y restante material destinado al servicio. Procuró también que las camas fueran adecuadas y estuvieran provistas de trapecios y de colchones lisos y de todos los accesorios requeridos.

En fin, para el uso exclusivo del servicio adquirió un magnífico aparato Röntgen transportable y totalmente protegido. Tampoco olvidó la instalación de una cámara oscura contigua a los quirófanos.

Terminadas las obras, Trias inauguró el servicio en la intimidad y con toda sencillez. Seguidamente empezó a funcionar.

Desde aquella fecha han transcurrido más de 30 años. Miles y miles de pacientes se han beneficiado de la rápida y eficaz asistencia prestada en el servicio de Urgencias y varias generaciones de cirujanos y traumatólogos se han formado en su seno.

El sólido prestigio alcanzado por dicho servicio ha rebasado el estricto campo profesional para extenderse por todos los ámbitos, demostrando cuán feliz fue la iniciativa del Prof. Trias.

Los equipos de guardia han ido relevándose, pero los médicos veteranos, al ceder el bisturí a sus jóvenes ayudantes les transmitieron también el espíritu que en su obra supo infundir el Prof. Trias Pujol.

En 1958, Böhler, al exponer su programa para el porvenir, proclama: 'dos son los problemas de la Traumatología: la ENSEÑANZA y la ORGANIZACIÓN'. Y añade, 'la importancia económico-nacional de la Traumatología permite prever que en un futuro muy próximo será necesario crear en todas las Facultades de Medicina del mundo Cátedras de Traumatología y de Peritación, con sus correspondientes clínica anexas. La Traumatología será una asignatura obligatoria'.

Pocos son los que creen en las predicciones de Böhler, pues la mayoría del actual profesorado opina que los Estudios de Licenciatura de Medicina están ya demasiado recargados para soportar una asignatura más. A nuestro entender, esta objeción no es válida, ya que el problema puede ser solucionado sin necesidad de aumentar las materias a enseñar, ni el número de Cátedras. Sólo se requiere una razonable reorganización de los estudios quirúrgicos de la que ya hay precedentes bien notorios.

En efecto, Trias Pujol fue el artífice de tal reorganización de los estudios quirúrgicos, la que fue posible gracias a la buena disposición de los otros dos catedráticos de Patología quirúrgica, que aceptaron el reparto de las materias a enseñar propuesto por aquél. De acuerdo con el plan de Trias, cada cátedra de Patología quirúrgica enseñaría una parte de la asignatura, y siempre la misma. Trias se reservó la parte correspondiente en la que estaba incluida la Traumatología a cuya enseñanza dedicó todo su entusiasmo. Con ello, además, se adelantó en más de 30 años a recorrer el camino que en la actualidad empieza a ser explorado tímidamente.

Con objeto de disponer de un número suficiente de casos para presentar en sus lecciones magistrales y en las sesiones prácticas, dispuso la creación de un dispensario de Traumatología. De esta manera se pudo seguir el tratamiento y evolución de los accidentados después de salir del

hospital y a la vez asistir a los numerosos traumáticos que no requerían internamiento. Con el material proporcionado por la Clínica, por el Servicio de Urgencias y por el Dispensario, todas las lecciones pudieron ser iniciadas con la presentación de varios lesionados, A fin de curso los alumnos habían visto todos los tipos de lesiones traumáticas en las diferentes fases de la evolución y se familiarizaban con las terapéuticas que convenían a cada una de ellas.

La labor de enseñanza se completaba con los cursos de ampliación para post-graduados, cuya tribuna fue honrada por la mayoría de Profesores de Quirúrgica de las demás Universidades españolas.

Insensiblemente la Cátedra del Prof. Trias albergaba la 1.^a escuela de Traumatología preparada para incorporar todos los progresos terapéuticos. Como muestra basta recordar que en el ámbito latino fue Trias el primero que practicó una enclavación del cuello del fémur con clavo trilaminar y el primero que aplicó una tracción continua transesquelética.

La labor de Trias en pro de la Traumatología no se detiene después de poner en marcha la organización estacional y solucionar el problema de su enseñanza. Considera necesario agrupar a los que van a dedicarse exclusiva o preferentemente a cultivar la nueva especialidad. Con este objeto se pone en contacto con D. Manuel Bastos, de Madrid, y juntos se lanzan a la empresa de crear la Sociedad española que reunirá cirujanos ortopédicos y traumatólogos.

En el colegio de Médicos de Madrid, el día 6 de julio de 1935, celebramos la reunión que daba nacimiento a la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. La presidencia de la misma recayó en el Prof. Trias y el nombramiento fue por aclamación.

En la misma reunión se acordó la publicación de una revista, órgano oficial de la Sociedad, y se nombró al Prof. Trias jefe del comité de redacción de la misma. Su primer número apareció en 1936.

En la Asamblea fundacional se designó a Barcelona como sede del primer Congreso de la Sociedad y se nombró al Prof. Trias como Presidente del Comité organizador. El Congreso se celebró con gran éxito en esta ciudad en los días 19 a 22 de junio de 1936.

Los 28 compañeros que aquel 6 de julio de 1935 fundaron la Sociedad han visto engrosar sus filas de tal modo que hoy ésta cuenta con cerca de un millar de miembros.

La semilla sembrada por el Prof. Trias ha fructificado esplendorosamente y actualmente la Escuela española de Traumatología se precia de marchar al frente de las escuelas que cultivan la especialidad.”

EL GRAN TRADUCTOR

Jimeno Vidal fue gran traductor de las obras de la escuela del maestro Böhler. El primer testimonio que nos legó de este fiel esfuerzo fue el prólogo de la edición de 1948, ya con dos volúmenes, de la Técnica del tratamiento de las fracturas. Lo transcribimos aquí:

El año 1929, Böhler publicaba un pequeño librito, que apenas llegaba a las 200 páginas y estaba ilustrado con un poco más de 200 figuras. Han pasado diez años. La obrita ha sido traducida a siete idiomas y el número de ediciones ha llegado a veinte.

Cuando en enero del año 1931 visitamos el servicio del Dr. Böhler conocíamos ya las principales clínicas de nuestro país y buen número de las de Francia, Italia, Austria y Alemania. Podíamos ya establecer comparaciones.

Desde el primer momento comprendimos que nos hallábamos ante un servicio excepcional, que por su organización y por su espíritu se apartaba de lo que habíamos visto hasta entonces. Nuestra visita casi accidental se convirtió en una permanencia de dos años, junto al Maestro.

El Unfallkrankenhaus ocupaba el quinto y parte del cuarto piso de un edificio construido para oficinas. Su capacidad era de cien camas.

En un local tan exiguo y al parecer tan poco adecuado, trabajaba el Maestro, lo que no fue obstáculo para que en cuatro años lo convirtiera en el primer Instituto de Traumatología.

Esta titánica labor sólo podía realizarla un hombre especialmente dotado, genial y entusiasta que se entregara en cuerpo y alma a su cometido.

Böhler emplea todos sus esfuerzos en curar, enseñar, investigar y organizar. Le vemos desde primeras horas de la mañana hasta las últimas de la noche en su puesto de trabajo. Conoce hasta el menor detalle de cuanto acontece en su clínica. Además de su actividad personal en el quirófano, presencia, dirige y colabora en la reducción de todas las luxaciones y fracturas abiertas sin excepción. Tres veces al día, como mínimo, recibe el parte de novedades de su primer asistente. Examina personal y detenidamente a todos los hospitalizados, graves o leves, lo menos una vez cada dos días. Interpreta y comenta los roentgenogramas en sesiones trisemanales, a la que asisten todos los médicos ayudantes y visitantes. Los jueves baja al dispensario, en donde le son presentados aquellos lesionados que llevan más de seis semanas de tratamiento y que por lo tanto es presumible hayan sufrido graves lesiones o bien incidentes en el curso de su curación. Hasta tal punto llega su concentración de espíritu respecto a sus pacientes, que Böhler recuerda y llama por el apellido a casi todos sus miles de lesionados. En una palabra: vive intensamente la clínica.

La mayor parte de los heridos asistidos en el Unfallkrankenhaus ingresan poco después del accidente, la mayoría antes de transcurrida una hora. La cultura del pueblo vienés y la magnífica organización de los servicios de socorro permiten la recepción precoz del traumático, sin que se interponga una primera cura intempestiva o inadecuada.

Desde el momento del ingreso hasta la curación, el lesionado permanece bajo una misma dirección terapéutica. En el Unfallkrankenhaus no existen los traslados a otros servicios. Así se obtiene una visión completa del curso y evolución del traumatismo, que en último extremo redundará en beneficio del paciente.

La íntima conexión del Unfallkrankenhaus con el Instituto del Seguro Obrero, permite localizar al accidentado aún mucho tiempo después de su curación y obtener rápidamente datos concretos sobre su capacidad de trabajo y sobre la valoración del mismo. El examen objetivo de un número considerable de accidentados, con lesiones semejantes, seguidos durante años y años, permite obtener una visión exacta del valor de los métodos terapéuticos en ellos empleados.

El Director del Unfallkrankenhaus vive intensamente sus pacientes y sigue su evolución hasta mucho después de terminado su curso clínico. Böhler tiene pues, un material científico valiosísimo e inagotable, del cual nada se desperdicia y que ha permitido al Maestro edificar su Traumatología y comprobar la exactitud de sus concepciones.

La Traumatología Böhleriana tiene un tema fundamental, que son sus principios básicos, a saber: reposición exacta, inmovilización hasta curación y tratamiento funcional. Sobre este tema fundamental, como en una sinfonía, se desarrollan las más infinitas variaciones.

La tercera edición española del libro de Böhler que tenemos el honor de presentar es la traducción directa de la séptima edición alemana. Tiene el óctuplo de páginas con relación a la primera edición y el número de figuras es quince veces mayor. Representa doce años más de vida del Unfallkrankenhaus y es el espejo de la labor realizada en este Instituto de Traumatología. Sólo contiene conceptos, métodos y resultados que han pasado por el tamiz de la experiencia del Maestro. Su fuerte y recia personalidad explica la originalidad de la obra.

Las críticas circunstancias por las que pasa Europa dificultan extraordinariamente los trabajos editoriales. Después de dos años de esfuerzos y de vencer un sinnúmero de obstáculos se pudo terminar la versión española del primer tomo de esta obra. Entretanto el profesor Böhler trabajaba ya en la preparación de la séptima edición, pues la sexta alemana hacía tiempo que estaba agotada.

Conocedores de ellos, nuestro deseo fue incorporar a la edición española que se estaba preparando, las innovaciones que el autor pensaba introducir en la obra original. Para ello acudimos a Böhler, y éste, atendiendo a nuestro ruego, puso a nuestra disposición el manuscrito todavía inédito, de modo que pudimos proceder a la traducción de la obra antes de ser entregada a la imprenta.

Las modificaciones y adiciones al primer tomo, cuya versión española de la quinta edición alemana estaba ya impresa, no era posible intercalarlas debidamente, por lo cual las hemos recopilado en varios capítulos que bajo el título "Ampliaciones a los temas del primer tomo" constituyen el apéndice a este volumen. La Cirugía de guerra, que en la edición alemana se estudia al tratar de las fracturas de cada región, figura aquí al final de la obra constituyendo un extenso capítulo. Por lo demás, el segundo tomo es la traducción fiel de la séptima edición alemana.

Debido a la extensión con la que trata las cuestiones relativas a la Cirugía de guerra, el autor ha modificado el título de la obra, que en la edición alemana dice así: "Technik der Knochenbruchbehandlung im Friede und im Kriege" (Técnica del tratamiento de las fracturas en la paz y en la guerra), modificación que hemos estimado necesaria en una obra como ésta, ya clásica.

Gracias a la amabilidad del profesor Böhler, la tercera edición española corresponderá pues, exactamente a la séptima edición alemana y podrá ser dada a luz al unísono de aquélla. Creemos que esta solución será saludada con satisfacción por los médicos ibero-americanos, de quienes tantos testimonios de afecto he recibido por mis esfuerzos encaminados a facilitar a los facultativos de habla española el estudio y comprensión de las teorías y tratamientos de la Escuela de Böhler.

La Editorial Labor ha hecho un esfuerzo extraordinario y ha logrado vencer todas las dificultades que se oponían a que la obra se publicara con el lujo y pulcritud de siempre. Nosotros desde aquí se lo agradecemos.

Dr. F. Jimeno Vidal. Profesor Adjunto de la Facultad de Medicina de Barcelona. Asistente del U.K.H. de Viena.

Al aparecer la cuarta edición de la obra de Böhler, ya con cuatro volúmenes e igualmente traducida por Jimeno Vidal, él mismo la prologó por encargo del Maestro. Dice así:

La última edición de la ya clásica obra de Böhler continúa llevando el título de las anteriores, es decir: "Técnica del tratamiento de las fracturas".

Estimamos, empero, que más le convendría el de "Traumatología", pues el Autor no se limita a la exposición de las experiencias adquiridas en la terapéutica de las fracturas, ya que se ocupa también de las cuestiones referentes a las demás lesiones traumáticas.

En efecto, en la parte general hallamos nuevos capítulos sobre hemorragias, hemostasis, transfusión, shock traumático, heridas, complicaciones vulnerarias, etc. En la parte especial, son también numerosos los capítulos nuevos no dedicados a las fracturas, entre los cuales citaremos los que tratan de los traumatismos cerrados y abiertos del tórax, del abdomen y del aparato urinario, los desgarros del tendón de Aquiles, las luxaciones habituales de los tendones peroneos, las artrodesis de la garganta del pie, etc.

Por otra parte, ya en las sucesivas ediciones de la obra se advierte la tendencia a ir incorporando a la misma cada vez mayor número de temas traumatológicos. Así en la segunda edición española se incluyeron todas las luxaciones y demás traumatismos articulares, las lesiones tendinosas, las de partes blandas e infecciones de la mano y unos capítulos de extraordinario interés sobre "las fracturas y la Traumatología en sus relaciones con el medio ambiente". En la tercera edición española fue incluida, además, una parte muy extensa dedicada a la Cirugía de guerra.

De esta manera Böhler ha ido formando y delimitando el cuerpo de doctrina que corresponde a la nueva especialidad independiente, con tanto acierto y éxito por él creada: la Traumatología. No

en vano, desde hace más de cuarenta años, el maestro suele cerrar sus discursos con la siguiente proclama: *ceterum censeo traumatologicam independentem esse creandam aut construendam*.

A pesar de que la nueva edición ha sido profundamente reformada y muy ampliada con respecto a la anterior, continúa animada con el inmarcesible espíritu de la obra böhleriana. En razón de su eminente y esencial pragmatismo, los temas son desarrollados, sin interceptaciones meramente especulativas, hacia el objetivo primordial: la exposición y descripción de los métodos de tratamiento que la práctica ha demostrado y comprobado, que con el menor riesgo, mayor sencillez, mínimas molestias y en el más breve plazo, permiten obtener los mejores resultados.

Para seleccionar los procedimientos terapéuticos que mejor cumplen dichos objetivos, Böhler investiga periódicamente los resultados logrados en grandes grupos de lesionados afines. Con implacable autocritica y sin ninguna indulgencia para sí mismo juzga su labor; sin excepción revisa tardíamente a todos y cada uno de sus antiguos accidentados, confrontando el estado en el momento de la revisión, con los datos consignados en sus completísimas historias clínicas, con sus interminables series roentgenográficas y en los asegurados con la valiosa documentación de sus expedientes. Para salvaguardar la pureza, precisión y exactitud de sus estadísticas utiliza el método de Hollerith. Dichas investigaciones no tropiezan con dificultades gracias al magnífico archivo que posee. Iniciado en el año 1916 y llevado con un celo y orden admirables, guarda en aquél la documentación de todos los casos tratados por él y por sus ayudantes en las clínicas que ha dirigido. Contiene ya muchos y varios millones de roentgenografías.

Antes de recomendar en su libro un nuevo procedimiento terapéutico, Böhler recoge los resultados obtenidos en un número importante de casos tratados personalmente por dicho método y los coteja con los hallados en sus anteriores estadísticas.

La escrupulosidad con la que realiza tales investigaciones y la importancia que les concede se refleja en el Prólogo del segundo tomo de la 13.^a edición alemana, en el que con ingenua sinceridad manifiesta: "han transcurrido tres años y medio desde la publicación del primer tomo; para refundir y ampliar el segundo tomo he necesitado un plazo desmesuradamente prolongado, porque antes de recomendar tal o cual método deseaba conocer los resultados de las últimas revisiones de nuestros lesionados, encomendadas a mis colaboradores".

"Habent sua fata libelli". En ésta como en las demás obras del maestro, no hallará el lector transcripciones del trabajo ajeno, sino sólo la proyección escrita de su propia labor, la expresión de su trabajo personal experiencia y valoración de hechos exactos, observados, recogidos y revisados meticulosa, concienzuda y rigurosamente.

No queremos decir con ello que Böhler sea un solitario indiferente a los trabajos de otras escuelas. Muy al contrario, su interés en conocer cuanto acontece en el mundo traumatológico es extraordinario. No se conforma con el estudio de las publicaciones que continua e incesantemente afluyen en su completísima biblioteca particular; quiere además conocer a sus autores y verles trabajar en su ambiente. Desde 1911, fecha de su promoción, distribuye de modo sistemático su tiempo, para anualmente destinar un número mayor o menor de días a sus viajes de estudio. Así ha peregrinado por todos los continentes, tomando contacto con innumerables médicos de los más diversos países, recogiendo de primera mano valiosísimas experiencias sobre métodos terapéuticos empleados, sobre sus verdaderos resultados y sobre la influencia que en ellos ejercen las condiciones económicas, las leyes sociales, las antañonas tradiciones y el grado de organización de la asistencia y de la enseñanza.

Muchas otras influencias ajenas han contribuido a la elaboración de su obra, entre las cuales merecen especial mención las infiltradas a través de la peritación. En el Unfallkrankenhaus de Viena, la labor pericial es de enorme importancia: anualmente unos 4.000 accidentados tratados en otros servicios son reconocidos para dictaminar sobre el estado de sus lesiones residuales, sobre el grado

de incapacidad que determinan y sobre las posibilidades terapéuticas de combatirlas. Es indudable que tales peritaciones contribuyen extraordinariamente a descubrir los fallos de la organización asistencial y las ventajas e inconvenientes de los métodos empleados, sirviendo también en último término, para diferenciar netamente las consecuencias ineluctables de las lesiones primitivas, de las secuelas evitables del tratamiento.

En los tres decenios transcurridos desde la aparición, en 1929, del primer libro de Böhler, han visto la luz hasta 30 ediciones del mismo; 13 en lengua alemana y 17 en otros idiomas (inglés, español, ruso, polaco, francés, italiano, chino, etc.).

Este éxito sin precedentes en la historia de las publicaciones médicas, no sólo es expresión del triunfo de la genial obra de Böhler, sino también del acierto con que el maestro supo exteriorizarla. Buena prueba de ello es el modo claro, conciso y terminante como, en 1916, formuló sus aforísticos postulados fundamentales de la Traumatología, que aún continúan lozanos presidiendo la actual edición.

Sobre estos postulados inmutables, el maestro edifica sus conceptos doctrinales que expone con sencillez, naturalidad y lacónica precisión. Quiere ser comprendido bien y fácilmente, y por esto escribe con llaneza y sinceridad, rehuyendo toda vanilocuencia y evitando ambigüedades y circunloquios. Además, para ayudar al mejor entendimiento de los conceptos salpica diestramente el texto con oportunos ejemplos, entre los que descuellan numerosas historias clínicas glosadas magistralmente.

Asimismo, persuadido de que las ilustraciones gráficas apropiadas, especialmente en las cuestiones técnicas, instruyen con mayor claridad y rapidez que las mejores descripciones, adorna su libro con más de 4.000 figuras, todas ellas primorosas, pues si las reproducciones roentgenográficas son impecables, las copias fotográficas son perfectas y los dibujos esquemáticos excelentes y altamente demostrativos.

El valor didáctico que confieren tales virtudes expositivas es acrecentado por el sentido práctico con que está concebida la obra.

Por mi parte, ofrezco esta traducción al "Padre de la Traumatología" en el 75 aniversario de su nacimiento. Böhler es acreedor de este título que unánimemente se le confiere por su incansable y tesonera labor desarrollada durante medio siglo y que ha visto coronada con el más rotundo éxito. La plena realización de sus beneficiosas ideas, dotándolas de sus fundamentos doctrinales, técnicos y terapéuticos y consiguiendo que arraigaran en la conciencia de la Humanidad es el feliz resultado de toda una vida dedicada y consagrada a la Traumatología.

F. Jimeno Vidal – Sitges, agosto de 1959.

* * * * *

En el Prólogo el propio Böhler reconoció la importancia de la labor quirúrgica de Jimeno Vidal durante la guerra civil española y destacó la inclusión de su experiencia dentro de su Obra:

"Técnica del tratamiento de las fracturas" rezaba el título en nuestras anteriores ediciones, pero en ésta lo hemos ampliado añadiendo "en la paz y en la guerra". He expuesto el tratamiento de las fracturas y heridas articulares por arma de fuego de acuerdo con las experiencias adquiridas en mi larga actividad como cirujano de guerra. Desde el año 1914 al 1916, en guerra de maniobra, tuve ocasión de atender a más de 30.000 heridos en mi puesto de socorro divisionario. Más tarde, en Bolzano, con frente estabilizado y en el hospital de campaña especializado para el tratamiento de aquella clase de lesiones, que yo mismo fundé, traté hasta la curación de 1.400 heridos. En 1937 tuve ocasión de hacer una corta visita al teatro de guerra español. A todo esto se añaden las experiencias recogidas, como cirujano consultor, durante la última guerra mundial. Como en tiempos de guerra la

organización tiene una importancia todavía mayor que en tiempos de paz, he dedicado un capítulo a esta cuestión.

Quedo muy agradecido por su colaboración a mi discípulo, el doctor Francisco Jimeno Vidal, quien en España, al frente de un hospital de guerra especializado, consiguió llevar a la práctica mis proposiciones respecto a organización y tratamiento que desde el año 1916 vengo propugnando. Él ha puesto a mi disposición sus experiencias adquiridas en el tratamiento, desde el principio hasta curación, de casi 7.000 fracturas por arma de fuego, que ha recogido y estudiado científicamente.

Lorenz Böhler

* * * * *

En el prólogo que escribió Jimeno Vidal para el libro de Kuntscher sobre el enclavado medular nos ofrece una visión crítica de veinticinco años de evolución de la Traumatología y por ello añadimos este texto al final de estas notas biográficas.

Presentación:

Tuve la fortuna de participar en el LXV Congreso de la Sociedad de Cirugía alemana que se celebró en la <<Virchow-Haus>>, de Berlín, inmediatamente después de la Pascua de Resurrección del año 1940.

Gerhard Küntscher, nacido en Zwickau 40 años antes y a la sazón primer ayudante de la Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Kiel, presentó en dicho Congreso un procedimiento originalísimo para tratar las fracturas diafisarias recientes, al que daba el nombre de Enclavado intramedular.

Manifestaba Küntscher que el enclavado intramedular merecía la calificación *de osteosíntesis cerrada, absolutamente estable*.

Se trataba de una osteosíntesis, porque la contención de la fractura se obtenía mediante un largo clavo introducido en el <<cavum medullare>> de ambos fragmentos.

El clavo penetraba en el conducto medular a través de una incisión ínfima, trazada en lugar muy distante del foco de fractura: por tanto, sin abertura directa de este último. Se trataba, pues, de un método cerrado de osteosíntesis.

Como si fuera <<un clavo de carpintero uniendo dos trozos de madera>>, el largo clavo, introducido correctamente en la cavidad medular, confería a los fragmentos óseos una estabilidad absoluta: tan absoluta, que inmediatamente dejaba de existir la impotencia funcional determinada por la solución de continuidad ósea.

Consecuencia derivada de la desaparición de la impotencia funcional era:

- 1.^a La recuperación inmediata de la función cinética, es decir recobro de la capacidad de movilizar activamente todas las articulaciones del miembro fracturado, lo que constituye la mejor prevención de las rigideces articulares, atrofas musculares y trastornos circulatorios causados por la inacción.
- 2.^a La recuperación inmediata de la función estática, es decir, el restablecimiento de la capacidad de sustentación del miembro fracturado, razón por la cual, una vez introducido el clavo de Küntscher, resultaba superflua la aplicación de cualquier otra medida contentiva (vendajes enyesados, tracciones continuas, etc.).

Añadía Küntscher que, una vez comprobada la consolidación de los fragmentos, procedía a la extracción del clavo. Dicha operación era prácticamente inocua y de técnica sencilla.

En consecuencia, según Küntscher, su método para tratar fracturas diafisarias recientes se componía de dos actos principales: 1.º, reducción de los fragmentos y contención de los mismos por

clavo intramedular; 2.º, extracción del clavo después de obtenida la consolidación de la fractura. En el intervalo entre los dos actos mencionados, el fracturado apenas si daría trabajo, pues podíamos prescindir de la innumerable serie de medidas terapéuticas y diagnósticas, tan engorrosas como necesarias en el curso de los tratamientos corrientes.

Küntscher terminó su comunicación presentando sus doce primeras fracturas diafisarias del fémur tratadas por clavo intramedular. Los portentosos resultados logrados tenían clara explicación: para proceder al enclavado intramedular era condición previa indispensable la perfecta reducción de los fragmentos, que no se malograba secundariamente gracias a la absoluta estabilidad de la osteosíntesis, y además, el ejercicio de la función apenas se interrumpía. Concurriendo tales circunstancias es posible obtener resultados anatómicos y funcionales tan ideales como insuperables, y además, en el plazo más breve que pueda imaginarse.

La comunicación de Küntscher fue seguida con extraordinaria atención por los 2.000 congresistas que abarrotaban el Aula Máxima de la <<Virchow-Haus>>. Terminada su oración y abierta la discusión, sucede un período de silencio embarazoso, pues parece que nadie se atreve a intervenir en el debate. Finalmente, se levanta el anciano patriarca de la Cirugía alemana, Prof. König, quizás el más entusiasta partidario y propulsor del tratamiento operatorio de las fracturas. König, en pocas palabras, desaprueba el método. Inmediatamente interviene otro de los más prestigiosos cirujanos universitarios, el Prof. Nordmann. También sus palabras son reprobatorias, fundándose preferentemente en el indudable insulto que ha de sufrir la médula ósea dislacerada por cuerpo metálico tan voluminoso.

Ante el desacarnado ataque de personalidades tan relevantes, el prof. Fischer, jefe de Küntscher y en cuya Clínica universitaria se habían practicado los enclavados intramedulares, se ve obligado a levantarse para apoyar a su colaborador y para defenderse a sí mismo. En el ambiente flotaba la sensación de que se trataba de un método antifisiológico y, además, algo bárbaro y brutal, por lo que podría tildarse de despreocupado al director de un Servicio que permitiera su práctica. Fischer se sinceró, aludiendo al éxito de las pruebas previas experimentales, que demostraban la inocuidad al método. Por su parte, Küntscher recordó los estudios de Waltherhoefer y Schramm, que hacen referencia al tratamiento de la anemia perniciosa por extirpación del tejido medular de un hueso diafisario, sin que éste por ello resulte dañado.

Tuve la impresión de que ni los alegatos de Fischer ni la réplica de Küntscher conseguían de momento aminorar la desfavorable atmósfera del método. Es curioso que en esta discusión no interviniera alguno de los acérrimos partidarios del tratamiento conservador de las fracturas, y fuera precisamente König, representante máximo de la tendencia intervencionista, quien dirigiera su recusación.

De todo lo relatado se infiere que, en el LXIV Congreso alemán de Cirugía, el método de Küntscher no fue acogido favorablemente. Su desarrollo parecía trancado ya en el período preliminar.

No obstante, después se comprobó que su seductora simplicidad y pregonada eficacia hicieron mella en muchos cirujanos del auditorio y, preferentemente, entre el elemento joven.

En las clínicas quirúrgicas de las Facultades de Medicina de Europa Central, que corrientemente disponen de varios centenares de camas, los fracturados solían ser internados en salas especiales, cuya dirección estaba encomendada a ayudantes jóvenes. Eran éstos los que se enfrentaban diariamente con los continuos problemas que plantea el tratamiento de las fracturas, pues el profesor solo de vez en cuando se dignaba pasar fugaz visita por su sala de traumáticos. Se comprende, pues, que fueran los cirujanos jóvenes quienes más se interesaran por el método de Küntscher, que les prometía la práctica de una intervención brillante, les liberaba del oscuro y menospreciado trabajo de aplicar vendajes enyesados y de vigilar incesantemente los artilugios dispuestos para las tracciones

continuas, y, a fin de cuentas, les garantizaba una consolidación de los fragmentos en posición anatómica perfecta y una curación del miembro fracturado sin secuelas funcionales.

Aquel método, que, en virtud de los mandobles asestados por los maestros consagrados, pareció nacer muerto, fue reavivado por los segundones de las Clínicas, más audaces, quizá por más inexpertos.

No podemos negar que, al principio, el valor del método se enjuició sin la ponderación que debe presidir toda discusión científica. Prevalció un apasionamiento que llevó a entusiasmos desmesurados y a recalcitrantes recusaciones. Si la fortuna acompañó al entusiasta en sus primeras armas, la victoria terapéutica le llevó al delirio. El joven cirujano, victorioso, nos aparece entonces como un obseso, blandiendo un clavo de Küntscher y buscando con afán un hueso en donde introducirlo.

Cirujanos consagrados y cirujanos jóvenes forman a modo de dos bandos: el de los detractores, sin ni siquiera haber probado el método, y el de los partidarios, que ansían emplearlo. Sin embargo, un cúmulo de factores, como la guerra, la dificultad de obtener el instrumental, la desorganización de las Clínicas por la incorporación de su personal al ejército, etc., obligan a los partidarios a retrasar el momento de ensayar el enclavado intramedular. Aproximadamente transcurre más de un año hasta que comienzan a practicarse enclavados en servicios ajenos al de Fischer, en donde trabaja Küntscher.

Es el segundo semestre del año 1941 cuando nosotros, en el <<Rudolfspital>> de Viena, y los demás cirujanos de la escuela de Böhler en los <<Unfallkrankenhäuser>> de Viena y de Graz, y en los servicios de traumáticos de Wels, Wiener Neustadt y Klagenfurt, comenzamos a tratar las fracturas diafisarias mediante el enclavado intramedular, mientras nuestro maestro recorría las estepas rusas en cumplimiento de su misión castrense.

Cuando, a principios de 1942, regresa Böhler del frente, encuentra sus servicios hospitalarios llenos de fracturados tratados por el método de Küntscher. Ve como los fracturados del fémur andan a los pocos días del accidente y no necesitan ni vendajes enyesados ni tracciones continuas; cómo los del húmero mueven libremente las articulaciones de su miembro fracturado; cómo la mayoría en breve plazo presentan voluminosos callos, etc. Verdaderamente parece que estamos ante una revolución terapéutica que destrona las técnicas minuciosas que tanto trabajo costó elaborar. Así lo comprende Böhler, por lo que, solemnemente, el día 6 de marzo de 1942, en memorable sesión, se declara entusiasta partidario del enclavado intramedular, precisamente en el mismo Salón de Actos de la Sociedad de Médicos de Viena en el que tantas diatribas había dirigido contra el tratamiento operatorio de las fracturas.

El inesperado cambio de postura causa sensación en todos los ámbitos traumatológicos. Los prejuicios contra el método de Küntscher se desvanecen casi por completo ante la autoridad que lo avala. A partir del año 1942, la difusión del procedimiento en Alemania es tan asombrosa, que su popularidad desborda los círculos profesionales.

A pesar de que la guerra dificultaba extraordinariamente el intercambio científico con el extranjero, fue posible dar a conocer el método de Küntscher allende las fronteras. Mi condición de súbdito de una nación amiga fue una circunstancia muy favorable para llevar a cabo la labor de divulgación que me había propuesto.

En mi servicio del <<Rudolfspital>> de Viena rodé varias películas cinematográficas en las que se representaban diversos tipos de enclavado intramedular y la evolución de los casos tratados hasta la curación completa. Presenté dichas películas en las conferencias que pronuncié en Roma (25-V-42), Bratislava (8-II-43), Budapest (25-III-43) y Copenhague (8-V-43). También proyecté las películas en las conferencias dadas en 16 ciudades de España durante el segundo semestre de 1943, y luego, en enero de 1945, en Berna, Basilea, Lausana, Winterhur, Zürich, Lucerna y Ginebra.

Sorteando múltiples dificultades, conseguí que la Revista Médica de Chile (número 71, año 1943) publicara un artículo mío dedicado al *Enclavado Intramedular*, siendo éste el primer trabajo aparecido en América sobre el método de Küntscher.

Terminada la Segunda Guerra mundial, el método de Küntscher se divulga por vías bien singulares: entre los repatriados, cierto número de ex prisioneros y ex deportados son portadores de clavos intramedulares que les habían sido aplicados para tratar sus fracturas. Al llegar a destino, son reconocidos por los facultativos locales, quienes descubren con estupefacción el extraordinario medio de contención usado, lo que les impulsa a estudiar el nuevo método y a dar cuenta de sus observaciones. Por otra parte, los médicos de los Ejércitos de ocupación, al inspeccionar los hospitales alemanes, encuentran numerosos fracturados tratados según el método de Küntscher, y se asombran y maravillan al contemplar las imágenes radiográficas y la capacidad funcional de los lesionados a quienes les fue aplicado el clavo intramedular.

Así, el colapso de la nación vencida, que hizo enmudecer a sus Sociedades científicas e interrumpir la publicación de sus Revistas médicas, no impidió que el genial método de Küntscher se propagara con inusitada rapidez por las otras naciones, como lo demuestran los numerosísimos trabajos científicos sobre el *Enclavado intramedular* aparecidos en corto tiempo.

En efecto, excluyendo toda la bibliografía alemana, he podido recoger personalmente 276 trabajos científicos, 13 tesis doctorales y 7 monografías, que sobre el Enclavado intramedular se publicaron en el quindenio 1945/1950. Numéricamente va a la cabeza Francia, con 115 trabajos; le sigue América del Norte, con 50; España e Hispanoamérica, con 30; Escandinavia, con 22; Suiza, con 16; Italia, con 15; Inglaterra, con 11; Rusia, con 9, y con menos Portugal, Holanda y Japón.

Al examinar tan copiosa bibliografía, pronto se advierte que muchos de sus autores, probablemente porque no bebieron en fuentes originales, no supieron captar la esencia del método de Küntscher, definido por su autor como una osteosíntesis cerrada, absolutamente estable. En una fractura diafisaria reciente, abrir el foco de fractura para ensartar los fragmentos con cualquier clase de varilla metálica que no confiere ninguna estabilidad absoluta, no es seguir el método de Küntscher.

Precisamente esta derivación doctrinal y técnica es en realidad causa de los fracasos, complicaciones, fallos, incidentes y contratiempos surgidos en el empeño de introducir sin discernimiento cuerpos metálicos en las cavidades medulares de los fragmentos óseos.

Böhler, en 1944, publicó los resultados de la revisión de los primeros 500 enclavados intramedulares realizados en sus servicios, y llegó a la conclusión de que el no seguir las prescripciones formuladas por Küntscher era la causa principal de los esporádicos fracasos.

Revisiones ulteriores a gran escala han sido realizadas por los traumatólogos suecos (1950-1951) y por los anglosajones (1950). La inobservancia de las formas prescritas por Küntscher explican las dificultades y complicaciones sufridas.

En cambio, Lempert (1951) estudió 100 enclavaciones intramedulares que, siguiendo rigurosamente la técnica de Küntscher, fueron practicadas en 27 hospitales gremiales alemanes. Todos los operados curaron sin incapacidad y en un plazo sorprendente por su brevedad.

La aparente y seductora simplicidad con que pueden obtenerse resultados portentosos, es el mayor peligro que encierra el método de Küntscher, pues incita a emplearlo sin conocer sus fundamentos teóricos, sus indicaciones precisas y su aparatosa técnica.

La dificultad o imposibilidad de obtener información, a causa de las circunstancias ambientales imperantes, explica que en el primer decenio del Enclavado intramedular muchos tuvieran que adquirir experiencia sobre este método a través de sinsabores operatorios y sorpresas postoperatorias.

Restablecida la fluidez del intercambio cultural y abiertas las fronteras, continuaba, en parte, la dificultad informativa respecto al método del Enclavado intramedular, pues la bibliografía completa era inasequible por lo abundante.

Tanto es así, que ni siquiera estaba al alcance el estudiar todo lo escrito por Küntscher sobre el tema, por su dispersión en 117 publicaciones.

Es verdad que Küntscher había publicado dos monografías sobre el Enclavado intramedular, una en 1945 y otra en 1950. Ambas se agotaron rápidamente y no fueron reeditadas, porque, como nos decía Küntscher, deseaba dar otra forma a su obra, aportando las investigaciones y resultados de las importantes innovaciones introducidas en su método, a saber: dilatación de la cavidad medular (1951), para que adquiriera un calibre uniforme y así conseguir una perfecta congruencia con el clavo que garantiza la absoluta estabilidad de la osteosíntesis; fabricación de un talador flexible y deslizable sobre un tallo-guía (1954), para poder realizar automáticamente la enclavación; construcción de un "distractor" adecuado (1957), que facilitaría considerablemente el enclavado cerrado de las fracturas recientes.

Es evidente que la evolución del Enclavado intramedular se veía influida e impulsada por dos progresos científicos muy importantes: la introducción de los antibióticos y la fabricación del reforzador de imágenes roentgenológicas acoplable a un aparato de televisión.

Todo ello ha contribuido a crear una nueva forma de Cirugía ósea, una que podríamos llamar *Cirugía subcutánea de precisión*, la cual exige gran habilidad, destreza, capacidad para la representación espacial, aptitud para resolver problemas mecánicos y tanto aplomo como circunspección.

Hasta hace muy poco Küntscher no terminó el manuscrito de su Monografía sobre el Enclavado intramedular, cuya traducción castellana me honro en presentar. El lector se dará cuenta en seguida de que se halla ante la obra de un genio: Küntscher está dotado de una extraordinaria fuerza intelectual, que tanto le permite inventar cosas admirables como engendrar doctrinas fundamentadas en la observación reflexiva de los fenómenos desencadenados por sus inventos. Pero además de genial, la obra de Küntscher se distingue por su ejemplar originalidad: todo su contenido se basa en experiencias, ideas e inventos del autor.

Varias razones me permiten augurar una excelente acogida a esta edición española de la obra de Küntscher, a saber:

- La extraordinaria popularidad y prestigio que goza entre los médicos de habla española la ilustre personalidad del autor.
- La general aceptación entre nosotros del Enclavado intramedular, que desde sus primeros tiempos ha entrado de lleno en la práctica diaria de todo traumatólogo calificado.
- El anhelo con que esperaban su aparición todos los médicos españoles e iberoamericanos interesados por la Cirugía ósea.
- La excelente traducción del Dr. J. Profitós, fruto de su dominio del alemán y del profundo conocimiento de la materia a traducir adquirido en prolongada permanencia junto al maestro.
- La pulcritud, el lujo y esmero con que, como tiene norma la Editorial Científico-Médica, ha presentado la obra.
- Al profesor Gerhard Küntscher, que tanto nos aprecia –el cual lo ha demostrado por su asidua participación en nuestros Congresos quirúrgicos y traumatológicos-, nada le será más grato en estas fechas, en las que podríamos celebrar las bodas de plata del Enclavado intramedular, como la presentación, tan primorosamente editada, de la versión española de su obra.

Dr. F. Jimeno-Vidal

Febrero de 1965

MANUEL BASTOS ANSART (1187-1973)

INFANCIA Y JUVENTUD

Nació el 22 de julio de 1887 en Zaragoza en la plaza de Aragón, en un edificio que en aquellos tiempos era conocido como "casa de la Lorenza". Su padre era militar por vocación y por abolengo, veterano de las guerras carlistas y en aquel año se encargaba de la secretaría del Gobierno Militar de Zaragoza. Además había organizado un centro de preparación para el ingreso en las academias militares y creado una fábrica de instrumentos para geodesia y topografía.

Su madre había llegado a dar a luz a doce hijos, de los cuales ocho vivían. Sus padres mantuvieron un ambiente hogareño modélico y consagrado al trabajo y a los afectos, y en él se modeló su carácter juvenil, su propia vida y más tarde su hogar.

Acudió al parvulario de la Religiosas de la Caridad de Santa Ana y al del Colegio de San Felipe donde la querida hermana María, profesora de párvulos, le influyó de modo beneficioso gracias a sus dotes pedagógicas.

Preparó su ingreso en el bachillerato con Don Arturo, profesor que, gracias a su habilidad docente, le hizo comprender perfectamente las matemáticas y descubrir las posibilidades del aprendizaje con imágenes y en pequeños grupos. Hizo el bachillerato en el Colegio de San Felipe, bajo la dirección de don Felipe, con profesores de variadas filiaciones políticas en un régimen de magnífica convivencia y en una atmósfera de tolerancia y de respeto mutuo. Allí él y sus compañeros tuvieron conciencia de estar formándose "en un medio enteramente opuesto al de compacta regimentación imperante en ciertos centros de enseñanza". Los aledaños del colegio, sito en la plaza del mismo nombre, eran callejuelas estrechas y pasadizos inmundos poblados de lumnas que pregonaban su comercio. Esta experiencia le creó un rechazo en su libido juvenil y le liberó de correrías, verificándose en él "la paradoja de un acontecer favorable ante el impacto de adversas motivaciones"; al mismo tiempo las toses y las náuseas de los primeros cigarrillos le impulsaron a dejar de fumar definitivamente.

Los años de su vida escolar en primera y segunda enseñanza corresponden a los de las primeras insurrecciones en el Rif y en Cuba, cuando los episodios guerreros empezaban a aparecer en las revistas gráficas de la época; arribaban a los puertos españoles barcos hospitales cargados de enfermos esqueléticos y miserables. Para no ir a Cuba los soldados recurrían a proporcionarse un sustituto a cambio de una compensación económica que pagaba el liberado. Así descubrió el adolescente Manuel Bastos que con aquel vergonzoso cambalache afrontaron los peligros tropicales los desheredados de la fortuna y que ello no indignaba mucho a la gente de entonces. Tenía once años cuando en 1898 se perdieron las islas antillanas y a partir de ahí nació la reacción de la "generación del 98" que llenó sus años de juventud en el ambiente literario.

Su padre se retiró del servicio activo en el ejército acabada ya la catástrofe americana "por el desprestigio que pesaba después de la guerra sobre la carrera militar". Su hermano mayor, militar del cuerpo de ingenieros, había sido destinado a Cuba y se trasladó con su esposa, por lo que allí nació su hija, la que después sería su esposa. Su padre pasó a ser el director de Azucarera de Tudela. Éste, al terminar el bachillerato su hijo Manuel, daba por supuesto que ingresaría en la escuela de ingenieros y recibió con sorpresa su decisión de ser médico. Habían influido los estudios de ciencias naturales del bachillerato y los de anatomía y fisiología del último año. Pensando en su propia vocación, el joven Manuel recordaba los consejos de su profesor de retórica que había descubierto en él dotes de observador y creía que era idónea para sus aptitudes. Octogenario ya, manifestó que "la vocación no es otra cosa que el don de vislumbrar el camino más fácil... porque tenemos la intuición de que en ella vamos a movernos con más soltura que en ninguna otra".

ESTUDIOS DE MEDICINA

Había acabado los estudios de bachillerato a los trece años porque los había iniciado a los ocho y, dado que se requería la edad de quince años para entrar en la universidad, se encontró en la tesitura de tener que esperar dos años para matricularse en medicina. Decidió asistir al curso preparatorio como oyente por su cuenta y al final del curso pudo matricularse como libre y su inscripción fue admitida con permiso para examinarse; aprobó e hizo los estudios de medicina entrando por una puerta falsa gracias a beneficiarse de una negligencia burocrática, con lo que fue el más joven entre los compañeros de clase. Guardó excelente recuerdo del profesor Gila de Zoología que les llevó al conocimiento del transformismo con las teorías evolucionistas de Lamarck y de Darwin, utilizando una pedagogía práctica.

Algunos de sus recuerdos del período preclínico nos darán idea de la calidad de aquella enseñanza: la Anatomía era profesada por un prestigioso dermatólogo con un casi exclusivo verbalismo y con rica oratoria, pero con raras exhibiciones de piezas; la Histología y la Anatomía Patológica se limitaban a unos libritos o compendios escritos por el profesor con olvido total de grandes temas; el catedrático de Fisiología era a la vez Decano de la Facultad y explicó una materia fosilizada y anterior a Bernard; la Terapéutica estuvo en manos de un profesor dedicado a prolegómenos constituidos por definiciones, citas, tópicos y vacuidades; la Patología General, en manos del profesor don Félix Cerrada, hombre de dotes excepcionales, como las de Novoa Santos, representó una auténtica experiencia docente en el camino de hacerse médico.

En el tercer año de carrera accedió a una plaza de alumno interno interino asignado a la sala de operaciones, gracias a lo cual al cabo de un año, ya en cuarto curso, ingresó en el servicio de Cirugía, cuyo responsable era un catedrático con deficiente práctica profesional en quirófano y con escaso valor didáctico en el aula. La Patología y Clínica Médicas a cargo del profesor Iranzo, hombre de gran experiencia y buen ojo clínico, fue un periodo altamente provechoso. Igual sucedió con la Obstetricia y la Ginecología explicadas por don Pedro Ramón y Cajal, hermano del histólogo y parecido a él por su físico y por su talento, y con la Pediatría a cargo del profesor Borobio. Poca suerte tuvo con el profesor de Anatomía Topográfica y Operaciones, Apósitos y Vendajes, cuyas clases combinaban esquemas por él hábilmente dibujados y un verbo tedioso y monótono justo después de comer a primera hora de la tarde. Gran elogio mereció la experiencia de la Medicina Legal enseñada por el profesor Bastero con carácter eminentemente práctico en el laboratorio y presentando casos de Biología Jurídica.

Solamente aquellos alumnos que por propia decisión habían llegado a hacerse internos tuvieron acceso a la experiencia del laboratorio y al contacto con los enfermos en las clínicas; los demás no pudieron ni asomarse a estas vivencias. Las prácticas de seminario con un profesor auxiliar y unos pocos alumnos alrededor de una cama aún no existían. Y así acabó Bastos sus estudios en la Facultad y fue médico a la edad de diecinueve años. Corría el año 1906.

SANIDAD MILITAR

En pleno verano, Bastos Ansart se trasladó a Madrid y se alojó en una pensión, donde ya vivía un hermano suyo, para así preparar el ingreso en la Academia de Sanidad Militar. Contemporizó el estudio con la asistencia al Teatro Real para satisfacer su afición a la ópera desde el último piso, que en la jerga madrileña se conocía como el "paraíso", equivalente al "gallinero" de los melómanos barceloneses. Allí entabló amistades nuevas con otros jóvenes asiduos a las representaciones. Con algunos de ellos acabó en la comisaría de policía a raíz de un altercado por cierre de las taquillas, y de otro por abuchear los "gallos" de un tenor.

Superó satisfactoriamente las oposiciones de ingreso en la Academia y accedió a ella con la categoría de alférez médico y con un modesto sueldo que permitió independizarle económicamente

de sus padres. Sus profesores fueron mucho más médicos que militares y algunos de ellos ejercían como profesionales eminentes. De todas maneras allí descubrió que frente a quienes nunca dejaron de servir a la medicina, algunos se habían entregado totalmente al espíritu militar. Él siempre pensó como los primeros, como confirman sus palabras: "Nunca dejé de creer que el prestigio del cuerpo de Sanidad castrense radica por entero en su proceridad científica y en su eficacia, no en su imitación de los modos y maneras peculiares a las armas del ejército. Pensar así me valió muchas satisfacciones; entre ellas la de sentirme rodeado de una atmósfera de respeto y de afecto durante toda mi vida militar. Hubo de llegar el final de la misma para que me percatara del odio que sentían hacia mí los adeptos de la mentalidad opuesta, los de mentalidad cuartelera ...Y es que tenían alma de uniformados".

El horario de clases en la Academia le permitió compartir las enseñanzas de Doctorado en la Facultad, entre cuyas asignaturas gozó con la de Antropología. Las veladas libres de ópera fueron ocupadas por las tertulias en el Café de Levante, donde conoció a artistas como Victorio Macho, Julio Antonio y Diego Rivera, a poetas como Rubén Darío que recitaba sus poesías en tales encuentros nocturnos, y a don Ramón del Valle Inclán, que pontificaba en las reuniones.

Al terminar su estancia en la Academia fue destinado en calidad de médico de guardia al Hospital Militar Central de Madrid-Carabanchel, con un ritmo de veinticuatro horas cada tres días y posibilidad de adscripción a una clínica, lo que le permitió optar por la de cirugía. El cirujano encargado fue su primer maestro y le tomó como ayudante cuando operaba enfermos privados "en la calle", como ya se decía. Así descubrió aquella vetusta modalidad profesional consistente en operar en las casas de los enfermos, por lo común sobre la mesa del comedor, a menudo con iluminación deficiente y las más de las veces en hogares míseros. Aquella cirugía a domicilio reportaba unos módicos honorarios que rondaban las veinticinco pesetas, que equivalían a diez días de jornal.

Al poco tiempo de trabajar en el Hospital Militar se le encomendó como tarea complementaria la jefatura del Laboratorio de Análisis Clínicos, que había quedado vacante; el director confió en su formación por haber sido alumno de don Pedro Ramón y Cajal, que gozaba de gran prestigio como profesor y hombre de laboratorio. Trabajó a gusto en el hospital, cuya atmósfera poco tenía de militar, sino que era idéntica a la de un hospital civil, dando un sesgo puramente galénico a sus actividades. Aún le fue posible añadir a su tarea diaria en el hospital una visita digamos privada en la consulta de un tío suyo que atendía enfermos en la humilde mansión que era la única casa de la Orden de San Juan de Dios en Madrid. La modesta economía de los clientes no era óbice para que prefirieran esta cirugía particular antes que ir a un hospital, lo que nos da idea del temor y del reparo que provocaba ser atendido en estos centros públicos.

Al año de trabajar en el hospital estallaron los graves sucesos de Marruecos provocados por los levantamientos y ataques de los moros cabileños que culminaron con el gran desastre del Barranco del Lobo. El gobierno llamó a filas a los reservistas y estalló la respuesta popular, fácil de comprender en una sociedad que se había repuesto con dolor de los desastres de Cuba y de Filipinas. En Barcelona desencadenó una auténtica situación revolucionaria que fue la "Semana Trágica" con profanación de tumbas en conventos y quema de muchas iglesias; estábamos en el año 1909.

Bastos Ansart se presentó como voluntario a sus superiores para ser destinado a Marruecos, la petición fue bien acogida y fue asignado al Regimiento de Infantería Inmemorial del Rey número 1, al que Alfonso XIII profesaba especial afecto. Se alojó en el cuartel de Leganés, donde ya tenía preparado un caballo blanco y pacífico, un caballo de médico. El monarca les pasó revista antes de partir. El destino primero era Málaga, para después embarcar hacia Melilla, pero en Madrid el pueblo se oponía a la forzada expedición de los movilizados y como él mismo refería, "varias partidas tuvieron que ser suspendidas o aplazadas porque miles de revoltosos ocupaban por entero los

vagones o se negaban a desalojar las vías en que permanecían sentados ante las locomotoras de los convoyes militares; yo asistí, por casualidad, a la salida del primer tren que rompió aquella barrera tras expulsar a los asaltantes de los coches ... posible después de una batalla campal". Así partió hacia su destino africano para cumplir con los deberes de la patria y con la oposición del pueblo español. Desdichadamente esta división ante la insurrección del Rif perduró con aires muy enconados durante varios años.

GUERRA DE ÁFRICA



Desastre militar de Monte Arruit en el Rif donde el ejército español fue aniquilado.

Llegó a Melilla en un buque de transporte y el Regimiento acampó en un descampado cercano a la zona de conflicto, pero durante un mes se mantuvo inactivo hasta que se les encomendó la protección de un tren de aprovisionamiento que debía atravesar la zona hostil. Los soldados fueron desplegados de forma regular, académica y equidistante a lo largo de la vía del tren, en tanto que los rifeños estaban bien camuflados y apostados para dar buena cuenta de algunos de aquellos soldados que se ofrecían como blanco fácil y –nos cuenta Bastos Ansart– “no

tardaron en caer, estúpidamente y sin defensa alguna, unos cuantos soldados; ... aquella primera experiencia guerrera nos dejó a todos muy mal sabor de boca”. La permanencia en terreno árido y carente de agua iba pareja con la suciedad; para que la tropa pudiera bañarse se acercaron a una playa de mar revuelto y se dispuso que cogidos de las manos y formando hileras se dieran un remojón. Así fue con tal infortunio que aquellos chicos que no sabían nadar fueron arrastrados por las olas y hubo que salvar a unos cuarenta y reanimarlos con respiración artificial, pero una decena fallecieron. “Aquellas pobres víctimas de una ordenación rígida y sin entrañas fueron enterrados cerca de la playa. Y a nosotros, los dos médicos salvadores, se nos premió con una Cruz Blanca pensionada, la primera condecoración que alcancé en mi vida militar”. Estas absurdas muertes de soldados me recuerdan que medio siglo más tarde, durante la última guerra colonial española en Sidi Ifni, los soldados uniformados con los clásicos gorros rojos marroquíes de las tropas regulares del Tabor de Tiradores fueron blanco fácil para los guerrilleros enemigos, hasta que finalmente fueron sustituidos por gorras de camuflaje de color terroso como el uniforme. Los cerrojos de los mosquetones, que debían presentarse bien relucientes en las revistas, servían en combate para que el sol africano se reflejara en las bolas y emitiera preciosos destellos que delataban a quien iba armado. Momentáneamente se opacificaron con betún, hasta que se pudo utilizar armamento no reluciente.

Las salidas y las acciones de guerra en el Rif fueron cada vez más frecuentes y sangrantes, con muchas pérdidas de vidas de todo rango, desde soldados hasta generales, gran cantidad de heridos y heroicas evacuaciones de éstos a cargo de los médicos del frente de batalla hacia los hospitales de Melilla. Bastos Ansart describe sus vivencias en Zoco el Arbaa, en Kbdana, en Zeluán, en Nador, en Beni Bu Ifrur, en Monte Tauima. En una de ellas su batallón fatigado y sediento fue atacado y él herido de bala en la cadera, mas la bala, que atravesó un grueso de cartones que llevaba en el bolsillo y que no eran otra cosa que la documentación de los soldados heridos que había curado y que evacuaba, se incrustó poco más allá del tejido subcutáneo. En el combate tuvieron diecisiete muertos y cuarenta y un heridos y él los atendió a pesar de su herida y se negó a ser evacuado hasta terminar su labor. Su valor fue conocido en la península, la prensa lo anunció con su foto y la

superioridad le premió con la Medalla de África con aspas rojas de herido y una segunda Cruz roja pensionada.

Nuestro médico galardonado por su valor también sintió el miedo en sus carnes durante un ataque nocturno de agresores a caballo y con ventaja, frente a los que con dificultad podían defenderse, ya que hacían vivac sin parapeto alguno. "Lo extraño –decía– es que al mismo tiempo y sin poderlo evitar, me castañearon los dientes y que un temblor incoercible agitó todo mi cuerpo. Digámoslo con menos palabras: yo en aquellos momentos fui víctima de un furibundo ataque de miedo. Era aquel miedo cervino que tantas personas, y entre ellos muchos bravos, confiesan haber sentido alguna vez en sus primeras experiencias guerreras". Pudo sobreponerse, curó y evacuó a los heridos y se le premió con la Medalla al Mérito Militar con distintivo rojo.

Después de estas acciones el Regimiento regresó a España y al llegar a Madrid sintió un recibimiento lleno de indiferencia e incluso, por parte de algunos sectores, algo hostil. La prensa criticaba los resultados de las acciones guerreras españolas en el Rif, culpando de ello al gobierno y haciendo mella en los militares que habían sido víctimas de tanta improvisación y tanto desacierto como salía a relucir. Nos dice que "quedó así muy debilitada nuestra propia estimación y aquellas desilusiones me hicieron muy escéptico ante los laureles del guerrero; desde entonces no he podido darles más que un valor puramente circunstancial".

MADRID IDA Y VUELTA

En la capital del Reino fue destinado al Regimiento de Wad-Ras de guarnición en ella, que al poco tuvo que partir para la costa cantábrica con el fin de ayudar a sofocar huelgas de mineros, cosa que a él le asombró por la facilidad con que se movilizaban brigadas enteras para oponerlas a algaradas. Al llegar los soldados a Santander cesaron las algaradas y regresó a Madrid, donde las responsabilidades de cuartel le dejaban tiempo libre, y deseando aprovecharlo se matriculó en el Instituto Rubio para perfeccionar los estudios de Postgrado; optó por el Departamento de Cirugía Ortopédica que regentaba el doctor López Durán. Su trabajo allí le proporcionó el material para la tesis doctoral que con el título de "Anatomía y mecánica de la bóveda plantar y sus deformaciones" presentó después y le fue premiada con la nota de sobresaliente.

De modo paralelo a su actividad asistencial trabajó como traductor de libros de medicina alemanes para la editorial Saturnino Calleja, que era conocida por la publicación de cuentos para niños. Ayudó al médico de la Embajada española en París, doctor Bandelac, en su labor de introducción en España del producto "606", que después se llamó Salvarsan, para tratar la lúes y lo experimentaron con éxito en sífilíticos que acudían al dispensario de San Juan de Dios, donde su tío seguía con la consulta.

Obtuvo permiso militar para efectuar un viaje de estudios y partió hacia Lyon, donde estuvo con el gran anatomista profesor Testut y con el eminente cirujano profesor Nové Jossérand, después hacia Zurich, donde asistió a la clínica famosa de Lüning y Schultess, y finalmente hacia Davos, para visitar los centros sanatoriales y antituberculosos, donde recibía tratamiento un hermano suyo, y allí conoció a ilustres enfermos que más tarde supo reconocer en la lectura de *La Montaña Mágica* de Thomas Mann.

Al regresar a Madrid supo que la superioridad militar le requería para que cumpliera con el periodo preceptivo de estancia en África, que era de dos años o bien de uno si el destino correspondía a puntos peligrosos o muy poco atractivos. Eligió Alhucemas porque con cinco meses más cumpliría con la normativa y podría regresar a la península. Allí su cometido fue la dirección de un hospital cívico-militar y lo llevó a cabo en un ambiente reposado con tiempo para el estudio, que aprovechó para redactar su monografía "Nociones de cinemática aplicada a las articulaciones humanas". Ésta le valió un premio de la Real Academia Nacional de Medicina y otro de la Inspección del Ejército

por haberse distinguido en la investigación aplicada a las ciencias auxiliares de la estrategia, que se acompañó de una segunda Cruz Blanca del mérito militar con pensión. En el hospital trabó amistad con algunos moros que acudían a visitarse o a operarse, entre los cuales destacaba un joven coloradote y mofletudo al que llamaban Jesúsín, que resultó ser Abd-el-Krim, el terrible guerrillero de Annual y del Monte Arruit.

Al cumplir el plazo previsto salió de Alhucemas para Madrid, donde le esperaba el cargo de Secretario de Inspección de Establecimientos de Instrucción e Industria Militar. Le dejaba mucho tiempo libre, volvió al Instituto Rubio con el doctor López Durán y preparó oposiciones a profesor auxiliar de Patología Quirúrgica; ganó con el primer puesto la de la Facultad de Medicina de Madrid y se incorporó a las órdenes del catedrático profesor Guedea. Su incorporación universitaria se vio truncada por un nuevo destino militar como médico en una brigada al mando del general don Miguel Primo de Rivera, que salía hacia Ceuta y Tetuán. Su general le dio permiso estricto para poder examinar en Madrid a sus alumnos y al regresar su batallón recibió la orden de ponerse en pie de guerra. Entraron en combate en el montículo de Lauzién y en el valle Ben-Karrich, ocuparon las posiciones previstas y tuvieron unos cuarenta muertos y más de doscientos heridos. A todos evacuó en un convoy de heridos hacia Tetuán, después en ambulancias hacia Ceuta y en barco hasta Algeciras para finalmente acomodarlos en un tren hospital hasta Madrid, donde se liberó de su última misión africana. Pasó a ocupar el cargo de cirujano de la Clínica Militar de Urgencias y pudo seguir el tratamiento de buena parte de sus heridos de África. La experiencia acumulada se plasmó en una obra sobre "Tratamiento de las fracturas" que publicó con el doctor López Durán. Corría el año 1912 y tenía 25 años.

PROFESOR UNIVERSITARIO

Al poco tiempo de reincorporarse a la docencia se jubiló el profesor Guedea y la cátedra vacante fue ocupada por el profesor León Cardenal, hijo de don Salvador Cardenal, famoso cirujano barcelonés que en el hospital del Sagrado Corazón introdujo la cirugía antiséptica; la provisión se hizo por oposición. Siguió a las órdenes del nuevo catedrático, que se había formado en Barcelona y en Berna con Kocher, y Bastos Ansart lo llegó a catalogar como hombre excepcional, como introductor de nuevos métodos quirúrgicos y como cirujano de gran dominio técnico. Le consideró su auténtico iniciador en la cirugía y afirmó que siguió operando siempre tal y como lo había aprendido con Cardenal. Junto a él modernizó el método docente reduciendo las conferencias magistrales, creando pequeños grupos de prácticas con los ayudantes de clínicas e impartiendo seminarios.

Quedó vacante en su Facultad otra plaza de catedrático de cirugía y la ganó en justicia el profesor Olivares, según criterio de Bastos Ansart que también opositó para hacer méritos y con la vista puesta en futuras oportunidades. Completó su labor universitaria con el cargo de médico del Teatro Real, donde trató muchas lesiones articulares de bailarines, lo que le hizo amigo de muchos de los grandes. En 1915 ganó por oposición una plaza de médico de la Real Casa, junto con el doctor Piga y con expresa satisfacción de Alfonso XIII, y su cometido era la asistencia del personal del Palacio de Oriente y alrededores –quienes vivían fuera– y la guardia nocturna de una semana de cada cinco con obligación de dormir en palacio.

Europa estaba en guerra y los españoles divididos entre germanófilos y francófilos, pero en 1918, al acabar la Gran Guerra, resultó que todos aseguraban haber sido partidarios de los aliados que la habían ganado. Hacia los últimos meses de la contienda decidió tomar en matrimonio a la hija de su hermano mayor y sobrina suya, Consuelo Bastos, y se casaron el 1 de julio de 1918. Al año siguiente solicitó del ejército cesar en sus obligaciones militares y pasó a "supernumerario sin sueldo" con la idea de dedicarse a la universidad y completar su trabajo con una consulta privada. A principios

de 1920 ganó por oposición una plaza de Médico Numerario de la Beneficencia General y pretendió su adscripción al Hospital de la Princesa con la esperanza de tener un servicio propio, ya que en la Facultad era adjunto de un catedrático. Solamente consiguió la sustitución de uno de los jefes durante las vacaciones de verano y no se produjo después ninguna plaza vacante, por lo que abandonó toda relación posterior con la institución. Reorientó su trabajo hacia la formación universitaria y partió hacia Alemania en viaje de estudios y estuvo con el profesor Ludloff en Frankfurt y con el profesor Biesalski en Berlín, ambos eminentes cirujanos de muy reconocido prestigio académico. Allí en Berlín, a mediados de 1921, tuvo noticias de los desastres de Annual y de Monte Arruit, donde los rebeldes de Abd-el-Krim aniquilaron a las tropas españolas, que perdieron entre muertos en combate y prisioneros a miles de soldados con sus mandos. Tuvo que interrumpir su viaje y regresar apresuradamente a Madrid.

ÁFRICA DE NUEVO

Fue llamado por el ministro de la Guerra, don Juan de la Cierva, para comunicarle que debería volver a la situación activa en el ejército para atender a los heridos de guerra, entre los cuales se encontraba su hermano Antonio, del Cuerpo de Ingenieros. Llegó a Melilla y en el Hospital de la Cruz Roja encontró a su hermano que estaba muy bien atendido porque la superiora de las monjas Hijas de la Caridad era su hermana Julia; ésta había profesado la vida religiosa al enviudar y con posterioridad al destino de Melilla llegó a superiora en el Hospital de la Cruz Roja de Barcelona y después de la guerra civil a superiora en la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social de Madrid.

Bastos Ansart no tenía como destino Melilla, sino Málaga, para instalar en una planta del Hospital Civil un centro de recepción de heridos de guerra conocido como Hospital Base; a él llegaron cerca de mil heridos, la mayoría fracturados de guerra, es decir, por arma de fuego. Para ello mandó fabricar marcos balcánicos y férulas con que aplicar las técnicas modernas. El aspecto de las salas con tales instalaciones metódicamente alineadas y los pies de las camas elevados le parecía más bien el de una fábrica de tejidos con telares múltiples. Distribuyó a los heridos en distintas unidades según la patología: parapléjicos, lesionados de columna no parapléjicos, lesionados de cara y cuello, fracturados de miembros superiores, de miembros inferiores y los de nervios periféricos. Contó con excelentes colaboradores que pudo escoger y no fueron otros que sus discípulos de la Facultad de Medicina, entre los que siempre destacó el capitán médico D'Harcourt que durante la guerra civil desempeñó un importante papel en el tratamiento de las heridas de guerra. Estamos ya hablando de un método que se fue configurando con los heridos de África; con la guerra civil acabaría siendo conocido como método español y aplicado por los cirujanos ingleses bajo influencia de Trueta.

D'Harcourt había estado en el desastre de Annual y junto con algunos oficiales y un puñado de soldados logró cruzar las líneas y llegar a Melilla, lo que les valió ser coreados como héroes. A raíz de los sucesos, la opinión pública exigía responsabilidades a los mandos militares y el gobierno nombró una comisión investigadora, conocida con el nombre de Picasso, que era el presidente de los jueces encargados. Ésta acabó procesando a quienes se habían salvado, acusándolos de "vergonzosa huida, indigna de oficiales españoles y agravada por el cobarde acto de abandono de sus compañeros heridos". D'Harcourt pasó de la noche a la mañana de su condición de héroe a la de delincuente. "Coincidía conmigo –comentaba Bastos Ansart– en pensar filosóficamente cuán poca distancia separa a la gloria del deshonor, ... motivos hemos tenido después él y yo para cerciorarnos por dolorosa experiencia de tan tremenda verdad". El expediente Picasso acabó no exigiendo responsabilidades a los mandos y procesando a los "oficiales fugitivos", que finalmente fueron absueltos. El capitán médico D'Harcourt pudo reintegrarse a su labor profesional con los heridos.

En Málaga el gobierno hizo construir un nuevo hospital, el Hospital de la Cruz Roja, para atender en mejores condiciones a los heridos que eran asistidos en el Hospital Base y la dirección recayó en Bastos Ansart. En sus servicios quirúrgicos bien utillados desarrolló la técnica de la cinesiplastia, consistente en transformar un muñón de antebrazo en órgano prensil, el llamado muñón cinematizado. Las secuelas de las fracturas eran las pseudartrosis y empezó a tratarlas con osteosíntesis. Casi no llegaban nuevos heridos a Málaga a finales de año debido a la disminución de las hostilidades y la labor quirúrgica se hacía con menos agobio. Le concedieron permisos para reintegrarse a la docencia y controlar periódicamente los enfermos del Hospital de la Cruz Roja, que quedaron a cargo de sus ayudantes. Para ello dispuso de permiso para ir y venir de Madrid según las necesidades, bastándole el comunicarlo al Gobernador Militar de la plaza de Málaga, que veía con animosidad las libertades concedidas al capitán médico. Al cabo de los años lo reencontró, azares de la vida, como presidente del Consejo de Guerra a que fue sometido por el ejército vencedor. Antes de acabar su actividad en Málaga en el año 1922 participó en un hecho pionero en la cirugía española, cual fue la filmación de una operación sobre un herido de guerra –una osteosíntesis–, parte integrante de una película sobre las fases de asistencia a los heridos de África, dirigida por el afamado periodista Pérez Lugín.

HOSPITAL MILITAR DE MADRID-CARABANCHEL

En este hospital se creó una nueva clínica, la de Cirugía Ortopédica y Reeducción, de la que fue encargado Bastos Ansart con la misión primordial de rehabilitar a los lisiados procedentes de las campañas de Marruecos. Así pudo continuar el tratamiento de enfermos de Málaga, que fueron trasladados a Madrid en un tren especialmente adaptado. Para esta clínica se habilitaron dos pabellones, uno destinado a enfermería u hospitalización y el otro a terapéutica física. Así nació el primer Instituto Ortopédico y de Reeducción de Inválidos por encargo de la Sanidad Militar y con él la también primera interrelación funcional entre la cirugía reconstructiva del aparato locomotor y la reeducación. En esta tarea contó nuevamente con la inestimable colaboración de D'Harcourt y de antiguos discípulos no militares.



El Dr. Bastos Ansart en 1930.

La idea madre de este instituto procedía de las consecuencias de la guerra mundial que tantos inválidos dejó y que obligó a luchar contra su inutilidad para reincorporarlos a la vida social. Ante todo era preciso convencerles de que “no es vida la del que depende de una mezquina pensión de caridad o la del que ha de vegetar en una deprimente ociosidad y en un bochornoso asilamiento”. La dotación de un centro para tales fines exigió la compra e instalación de mecanoterapia, piscinas y baños – enteramente desconocidos entonces–, aparatos de electrización muscular, de termoterapia y de diatermia, gimnasio, zona de masajes y talleres ocupacionales. Inicialmente contrataron a técnicos artesanos calificados en distintos oficios pero poco a poco fueron sustituidos por los heridos que habían destacado como aprendices. La familia real sugirió que se organizara una exposición con los trabajos de tales talleres y así tuvieron lugar algunas, con éxito de ventas entre personas que comprando colaboraban en tan encomiable tarea. Uno de los más asiduos visitantes era el general Millán Astray, laureado y jefe de legionarios, que se asoció con afán en la ayuda a los inválidos de guerra. Cuando Bastos Ansart fue sometido a un tribunal militar después de la Guerra Civil le pidió intercesión ante tan duro trance y se la denegó porque “no podía perdonar a quien siempre consideró gran bienhechor de los legionarios que no hubiera estado a su lado en la Cruzada”.

La labor científica del Instituto ya se plasmó en el II Congreso Nacional de Medicina, con su incorporación como secretario en el comité organizador y su presentación de dos ponencias, una sobre Cineplastias y otra sobre Lesiones de los Nervios Periféricos, que fue publicada como monografía; a partir de entonces tuvo divulgación la operación de Krukenberg. Publicó un trabajo sobre la técnica de la suspensión combinada con la extensión continua y otro sobre su "método de cura por el apósito enseyado" en las fracturas con herida, demostrando que cicatrizaban bien en este régimen de cura oclusiva.

El gobierno español estaba en manos del general-dictador don Miguel Primo de Rivera a quien el monarca había cedido el poder constitucional, que mantuvo durante seis años. Decía de él Bastos Ansart "que era un hombre lleno de buenas intenciones, exaltado patriota y esforzado paladín, pero carecía enteramente de las virtudes más necesarias a un buen gobernante: el aplomo, la ecuanimidad, la previsión". Y seguía "a pesar de ello no le faltaron al flamante autarca los motivos de contento que proporcionan las situaciones de fuerza a sus gerifaltes: el éxito en las gestiones que emprenden, las aclamaciones multitudinarias, la adhesión perruna de los beneficiados". Según Bastos Ansart "introdujo entre los españoles gérmenes de discordia que habian de tener las más funestas consecuencias en años sucesivos" y "había ido minando, tal vez sin proponérselo, el prestigio de nuestro soberano ... y la fe en la monarquía palideció un poco por entonces y siguió palideciendo". La guerra de África se recrudeció y nuevamente llegaron al Hospital Militar gran cantidad de heridos. El propio general Primo de Rivera se personó en Tetuán y dio orden de retirada y abandono de territorios que se habían conquistado con muchas muertes y muchos heridos; el repliegue costó aún más bajas que el avance. Por orden de S.M. el Rey tuvo que trasladarse Bastos Ansart durante unos días a Ceuta para tratar a un herido con metralla en la nuca y paraplejía.

En 1925 el general-dictador planificó un gran desembarco anfibio en la bahía de Alhucemas a cargo de la Infantería de Marina y del Tercio de Extranjeros. Se realizó la operación con toda precisión, las cábilas iban siendo sometidas, el cabecilla Abd-el-Krim se refugió en los confines de la zona española, pero las tropas francesas le cortaron la retirada y fue apresado; lo exiliaron en la isla de Madagascar. El orden ya no se alteró más en el Marruecos colonial... hasta que estalló la guerra de Ifni y en 1958-59 nuevamente el ejército francés bloqueó la retaguardia de la guerrilla y el ejército español se pudo acantonar en el poblado de Sidi-Ifni hasta que en 1969 lo abandonó y entregó al sultán Hassan II, dando auténtico fin a la larga y dura presencia colonial en el protectorado marroquí.

Hasta 1926 fueron llegando al Hospital Militar de Madrid-Carabanchel bastantes heridos de Marruecos y su tratamiento acrecentó la experiencia y el prestigio de los componentes del servicio de Bastos Ansart. A ellos se sumaban gentes económicamente débiles que solicitaban asistencia sin ser militares, pero que se las arreglaban haciéndose pasar por familiares o descendientes, contando con la tolerancia de la dirección del centro, muy comprensiva ante tales situaciones de pura beneficencia. A esta época corresponden las publicaciones sobre "Cirugía de las parálisis espásticas infantiles" y sobre "Cirugía reconstructiva" que apareció en *Revista de Occidente* a petición de su fundador y director don José Ortega y Gasset.

Visitó el Instituto el profesor Spitzky de Viena, quien en un suburbio de la capital imperial había creado una verdadera ciudad de los inválidos, y también el profesor Krukenberg, comprobando la habilidad técnica de las cineplastias que había ideado. Otro visitante ilustre fue el profesor Pedro Chutro, de Buenos Aires, que ideó el injerto óseo autólogo subperióstico, que recomendó operar en salas oscurecidas y bien provistas de focos, renunciando a la luz solar habitual que penetraba por los grandes ventanales, y que suprimió los paños blancos del campo operatorio y de las batas para dar entrada a colores como azul, verde o gris. Se fraguó una amistad hispano-argentina con las llegadas de Avelino Gutiérrez, profesor de anatomía operatoria en Buenos Aires, de los hermanos

Finochietto, de Mirizzi, de Allende y de Ivanissevich. De Portugal vino Reynaldo dos Santos, de Brasil el Profesor Araujo, de Bélgica los doctores Van de Velde, Beckers y Mayer, de Francia el profesor Rocher y de Alemania el Privatdozent Proebster. La cirugía militar española fue un foco de atracción y de irradiación gracias al trabajo académico de Bastos Ansart, convertido ya en verdadero maestro de escuela quirúrgica.

En verano de 1926 un parte del general Sanjurjo daba por acabada la campaña de pacificación de Marruecos de manera oficial. El ritmo asistencial con los heridos se redujo a la normalidad de una asistencia civil y el tiempo disponible para la reflexión y la investigación clínica se incrementó. Fruto de esta nueva situación fue la monografía sobre "Los mecanismos del movimiento en el hombre y en los animales" que acabó durante las vacaciones navideñas y que apareció en la colección de monografías "Cuadernos de Ciencia y Cultura". Fue muy bien recibida y elogiosamente criticada por el profesor Augusto Pi y Sunyer, profesor de la Facultad de Medicina de Barcelona y del Instituto de Fisiología de Cataluña, y por sus colaboradores y alumnos el farmacólogo profesor Bellido y los doctores Puche, Oriol Anguera y Pi y Bayo, cuyas laudatorias palabras le consideraban así como un "intuitivo precursor".

La dictadura creó en la periferia española –sobre todo en Cataluña– un sentimiento de decepción y de reprobación hacia todo lo que procedía del centralismo dominante y estimuló la valoración del "hecho diferencial" catalán. Bastos Ansart valoraba así las reacciones ante aquel momento histórico: –"La incorformidad catalana se tergiversaba en malquerencia al resto de España y el culto de los catalanes por su tradición y por su lengua se calificaba sin más como separatismo". –"Nadie en Cataluña sentía el menor rencor ante las demás regiones de España; lo sentía pura y simplemente ante el desgobierno del país". –"Claro es que esto chocaba abiertamente con la mentalidad de los mandones, pues ya se sabe que las dictaduras son centralistas por definición". –"Ello les hacía agitar aquel espectro del separatismo, un espectro que manipulaban como un buen asidero para embaucar papanatas y justificar arbitrariedades".

Intelectuales críticos y de mente abierta lucharon contra este ambiente para "clarificar la atmósfera de incomprensión entre el litoral y la meseta que el gobierno había creado torpemente". En el campo médico se integraron en aquel movimiento unos profesionales muy conocidos e invitaron a otro grupo de médicos de Madrid de parecido talante para organizar visitas mutuas, intercambiar puntos de vista y pronunciar conferencias. Se desplazaron a Madrid en 1927 un buen número de médicos y en su Facultad de Medicina pronunciaron sendas conferencias los doctores Domingo (bacteriólogo), Rodríguez Arias (angiólogo), Puig Sureda (cirujano) y Puche (fisiólogo). Muy poco después se trasladó a Barcelona el grupo madrileño en el que figuraban como conferenciantes el profesor del Río Hortega (histólogo), el doctor Sanchis Banús (psiquiatra) y el propio Bastos Ansart, que habló de las indicaciones y resultados de la cirugía reconstructiva en los grandes traumatizados tratados en la clínica de Carabanchel. Se les tributó un recibimiento apoteósico, superior al que vivieron en la Corte los emisarios barceloneses, fueron muy agasajados y en el viaje de vuelta "todos estábamos de acuerdo en lamentar aquel desconocimiento mutuo entre los pueblos del solar ibérico, así como en la necesidad de poner coto a la cerrazón mental que de ello se derivaba".

El cese de hostilidades en Marruecos y el tratamiento ya terminado de la mayoría de heridos restringió las labores reeducativas del servicio de Carabanchel y para adaptar su nombre a la realidad del momento pasó a denominarse Clínica de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Antes de acabar el año, Bastos Ansart fue honrado con la invitación de la Real Academia de Ciencias Médicas de Bruselas para dar una conferencia durante sus Jornadas Médicas y habló de "La cirugía reconstructora

en los grandes lisiados". Poco después asistió al XIII Congreso de la Sociedad Alemana de Cirugía Ortopédica y presentó su trabajo sobre "Patogenia de los cuerpos libres intraarticulares", que fue publicado en la revista alemana de cirugía ortopédica (*Zeits.für Orthop.Chir.*), cuando coetáneamente apareció en una revista norteamericana un trabajo de Henderson sobre "Condromatosis articular" y el epónimo de este autor ha quedado unido a la enfermedad. El trabajo de Bastos Ansart era anterior al de Henderson y éste le reconoció la prelación de sus observaciones. El Congreso tuvo lugar en Praga y la enemistad ante todo lo germánico era manifiesta: eliminación de rótulos, libros y revistas en alemán, falta de respuesta cuando se preguntaba a un checo en alemán y ausencia total de colegas checos en las sesiones del congreso.

CÁTEDRA DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA

Esta cátedra de la Facultad de Medicina de Madrid quedó vacante por fallecimiento del titular y el Claustro de Catedráticos le nombró Profesor Encargado a propuesta del Decano profesor Recasens. Se encontró con una clínica quirúrgica dedicada a la urología y a la gastrología y tuvo que reorientarla de modo y manera que diera satisfacción a la instrucción quirúrgica de los médicos generales. Los colaboradores del extinto profesor se adaptaron y colaboraron, y uno de ellos, el doctor Álvaro López Fernández, se "convirtió" a la cirugía ortopédica y traumatología. A pesar de la orientación quirúrgica general, fueron llegando a la clínica de la cátedra cada vez más enfermos del aparato locomotor y traumatizados.

En 1928 se vio obligado a reorganizar la clínica en el viejo caserón de San Carlos con enfermerías anticuadas y comunes y consiguió proveerla de habitaciones individuales y de aislamiento, de unidad de recuperación, de laboratorio, de archivos, de despachos con secretaria y de salas de curas. En la docencia aplicó medios audiovisuales, dedicó tres días semanales a las exposiciones orales y tres a la práctica en la clínica, no hizo exámenes parciales, nunca pasó lista a los alumnos, que eran más de doscientos, hizo grupos de ocho alumnos –llamados "corros"– asignados a un médico ayudante para las prácticas en la clínica y él se entremezclaba entre ellos; suprimió el pase de visita magistral con toda la cohorte de cama en cama porque no tenía utilidad alguna para el alumnado. Para desempeñar tal actividad obtuvo de las autoridades del Hospital Militar el permiso para visitar y operar por la tarde y además renunció al cargo de Médico de la Real Casa, cosa que el monarca aceptó atendiendo a las razones que adujo. La promoción de alumnos de patología quirúrgica de 1928 a 1931 fue la gran beneficiaria de esta docencia de Bastos Ansart.

Para completar su labor docente incrementó su dedicación al *Tratado de Patología Quirúrgica General* que había empezado en 1926 y le dio feliz término durante las vacaciones de verano de 1930 en su casa de campo de Majadahonda. Cuando se reanudó el curso en otoño la Federación Universitaria Escolar (FUE) reivindicó una revisión de los planes de estudio, la autonomía universitaria a semejanza de la reforma que en la Facultad de Medicina de Barcelona habían propiciado entre otros los hermanos y profesores Joaquín y Antonio Trias Pujol, la flexibilización de las pruebas de fin de curso y la mayor audiencia de los representantes del alumnado en los claustros. Estos propósitos coincidían con la campaña política contra la dictadura y los dirigentes de la FUE se vieron desbordados por los más extremistas, las algaradas se repetían durante la enseñanza, la policía penetró en oleadas dentro de los edificios universitarios, algunos profesores tuvieron que renunciar a la cátedra –entre ellos el filósofo Ortega y Gasset–, y la Universidad de Madrid fue cerrada.

Los alumnos y el profesorado llegaron a un acuerdo para no interrumpir las docencias y organizarlas fuera de la universidad, actitud secundada por gran mayoría, y las de medicina encontraron cobijo en el Colegio de Médicos de Madrid, donde recibieron elementos suficientes para hacerlas didácticas. Los alumnos renunciaron a las vacaciones de Navidad para recuperar tiempo

perdido. En aquellos días el dictador-general don Miguel Primo de Rivera presentó su dimisión al Rey, éste la aceptó, se reanudaron las clases universitarias con normalidad y los profesores separados de la docencia fueron repuestos en sus cargos sin más explicación.

En 1931 la monarquía vivía sus últimos momentos: levantamientos militares, juicios sumarísimos con pena de muerte (Galán y García Hernández en Jaca), algaradas callejeras, alborotos en la universidad, publicación de artículos antimonárquicos en los periódicos como el de "Delenda est Monarchia" de Ortega y Gasset, ocupación de la Facultad de Medicina por la policía y finalmente ataque a ésta por los alumnos desde las ventanas y tejados arrojando lo que tenían a mano. A la pedrea respondió la fuerza pública con fuego real hiriendo a gentes de la calle y ocasionando un muerto; falleció en quirófano durante la operación que practicó el profesor Olivares para tratarlo de un balazo en el hígado. El cadáver del guardia civil fue trasladado al Hospital Militar y Bastos Ansart pudo presenciar la autopsia, en la que se comprobó que por el trayecto y la naturaleza del proyectil éste había sido disparado por un compañero del cuerpo armado con un fusil máuser. El informe necrópsico fue mantenido en silencio.

A este año de disturbios públicos corresponde la monografía sobre "Osteosíntesis" y la revisión y corrección final del *Tratado de Patología Quirúrgica General*. Consideró incompatibles la enseñanza y la política activa, de ahí que renunciara a tomar partido, lo que le valió entonces y después "terribles sinsabores". En cambio obtuvo grandes satisfacciones con su *Tratado* que alcanzó cinco ediciones en España y tres en Argentina. Cuarenta años más tarde el profesor Vaquero González participó en el homenaje que se rindió a Bastos Ansart en Almería y dijo de su libro que "era una de las obras médicas españolas más universalmente difundidas, un libro indispensable para el estudiante de patología quirúrgica y un libro de consulta buscado con ahínco por los estudiosos por la profundidad de los conocimientos en él reflejados y la maravillosa actualidad de expresión en el lenguaje con que había sido escrito... la facilidad de su prosa, la elegancia de su sintaxis".

REPÚBLICA Y OPOSICIONES

La República fue proclamada el día 13 de abril de 1931 y Bastos Ansart y su esposa convivieron con el gran bullicio madrileño en la Puerta del Sol "donde una muchedumbre exultante esperaba, sin impaciencia ni alboroto, ver izada la bandera tricolor –roja, gualda y morada– en el balcón central de lo que era entonces el Ministerio de la Gobernación". A su lado el poeta Eduardo Marquina recitaba ya algunos versos del Himno de la República que estaba escribiendo. Aquel temple de pacífica convivencia ciudadana duró poco y al mes ya eran quemados edificios religiosos y "aquel encadenamiento de atrocidades tomó diversas formas, a cuál más violenta en todos los ámbitos del país". En Sevilla la revolución armada de signo anarquista tuvo que ser sofocada por las fuerzas del orden a cuyo mando estaba su hermano José, destinado a tal efecto por el ministro de la Gobernación don Miguel Maura. A los pocos días volvía a la normalidad la población sevillana y el citado ministro dejó escrito en sus memorias de aquellos hechos las siguientes palabras: "La serenidad, el valor y la prudencia de Bastos durante esas tremendas jornadas fueron insuperables, y la ciudad entera se mostró decidida ante su ejemplo a secundarle con ardimiento...Fue un gobernador de cuerpo entero, verdadera rara avis en aquellas horas".

En la universidad la vuelta a la normalidad se lograba con la reincorporación de profesores que se habían manifestado incompatibles con el nuevo régimen; dos de ellos pertenecían a la Facultad de Medicina, recibieron la ayuda de Bastos Ansart, recuperaron la cátedra y en la cena de confraternidad le dijeron que "de un hombre así sólo pueden esperarse actos de sobrehumana grandeza". Uno de ellos en los difíciles trances de la postguerra escribió un libro en el que insultaba a todos los intelectuales "de la zona roja" y le dedicaba especiales frases de inquina.

El resto del curso prosiguió con normalidad y la Facultad entabló intercambio de alumnos y profesores con la de Lisboa; el Claustro le designó junto al profesor Villa de Anatomía para ir al frente de la expedición. En el Aula Magna de la facultad lisboeta pronunció una conferencia sobre "Investigaciones experimentales sobre la osteosíntesis" ante la presidencia de su amigo el profesor Reynaldo dos Santos.

En España las diferencias entre ciudadanos se habían enconado y lo describió así Bastos Ansart: "Todo español era ya en aquella época un extremista de la derecha o de la izquierda, pero en cualquiera de los casos irreductible hasta el fanatismo. Y esta falta de ecuanimidad presagiaba la guerra civil". Entre los estudiantes, los dirigentes de la FUE no paraban de presentar demandas y reformas al ministerio, lo cual obligó a crear en la Facultad una comisión para discutir las y Bastos Ansart fue designado secretario de la misma.

Debatieron los programas de cada curso, la duración de las asignaturas, los métodos docentes y entre otras la de mayor innovación, que era tomar parte activa en el nombramiento de los tribunales de oposición a cátedra mediante designación de un miembro de ellos por votación entre los sindicatos en la asociación. El Claustro se pronunció en contra de tal pretensión, pero el Ministerio la aceptó.

La cátedra que regentaba Bastos Ansart salió a oposición y no tuvo más remedio que someterse "al duro entrenamiento del opositor, es decir, a ingurgitar conocimientos y más conocimientos sin otra finalidad que la de mostrar ante los jueces una sabiduría de circunstancias, o sea puramente libresca, y poder confundir a mis contrincantes superándoles en el manejo de citas y de nombres de autores"... "el caso era demostrar una gran erudición, mucha labia, un tantico de desparpajo y buenas disposiciones para la controversia dialéctica". Él tenía el mejor curriculum vitae, llevaba cuatro años desempeñando la cátedra, sus coopositores le daban como ganador, pero el tribunal deliberó, cada uno de sus miembros votó a un candidato distinto –eran cinco finalistas– y quedó la cátedra sin proveer. Se suponía que con tal maniobra se pretendía amortizar una de las cuatro cátedras, ya que existían tres de patología quirúrgica y una de técnica operatoria.

Al poco tiempo de estas oposiciones se convocaron las de Técnica Operatoria por renuncia del catedrático que desempeñaba esta asignatura.

Se presentó también y reemprendió otro encierro preparatorio a sabiendas de las nuevas dificultades que tenía el reglamento: la trinca ("estólido y degradante espectáculo, que tenía más de riña de gallos que de docta controversia") y la presencia de un miembro del tribunal designado por los alumnos. Contaba en el tribunal con un buen amigo, el sabio profesor y hombre intachable don Joaquín Trias Pujol. Éste también había sido médico militar, habían coincidido en África con análogas misiones, había recibido parecidas condecoraciones y habían convivido en los intercambios entre médicos de Barcelona y Madrid que con anterioridad relatamos. La trinca no era "una discusión sobre criterios o sobre cogniciones, era una lucha de púgiles en la que se permitían todos los golpes bajos". Su contrincante recibió tres votos y él dos.

Acogió la desagradable noticia con profunda amargura y cayó en una crisis de abatimiento que le llevó a dimitir como encargado de la cátedra de cirugía que regentaba, prometiéndose no volver a pasar por el suplicio de unas oposiciones.

Poco duró el desánimo, ya que colaboró con la Sociedad de Cirugía de Madrid, de la que había sido uno de los primeros miembros fundadores, para organizar el congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía en Madrid. En la misma ciudad se celebró al cabo de poco tiempo el III Congreso de la Sociedad Internacional de Oncología en el que presentó su trabajo sobre "Significación de las células gigantes en los tumores y tumores de células gigantes", que había preparado con sus colaboradores D'Harcourt y Mazo.

Retomó con vigor y dedicación la dirección del servicio en el Hospital Militar de Carabanchel y extendió su amplia experiencia en la rehabilitación de inválidos al recién creado Instituto de Reeducción de Inválidos del Trabajo, dependiente del Ministerio de Instrucción Pública.

El mundo laboral se benefició así de los conocimientos adquiridos con la reeducación de lesiones de la guerra de África. Resultaba difícil luchar contra las reticencias a la reincorporación laboral, mucho más en un momento en que la sociedad española sufría una tremenda crisis laboral con miles de trabajadores en paro forzoso. Estos lisiados del trabajo fundaron el Sindicato de Trabajadores Inválidos y consiguieron del Gobierno un aumento de las pensiones de invalidez. El Ministerio se retiró del proyecto y lo dejó en manos del Instituto Nacional de Previsión y bajo la dirección de Bastos Ansart.

Sus actividades académicas prosiguieron con mayor empuje. Se le nombró presidente del Comité Español de Lucha contra el Reumatismo y Enfermedades del Aparato Circulatorio, del que fueron vicepresidentes los profesores Marañón y Jiménez Díaz. La primera misión debía consistir en fijar los conceptos de lo que había de entenderse por enfermedades reumáticas y aclarar y unificar la confusa terminología de tales afecciones. Se completaba el programa de trabajo con la publicación de monografías y de folletos informativos y con las campañas de sensibilización dirigidas a los gobernantes y a la población. Por esta misma época su ganado prestigio le llevó a la vicepresidencia de la Academia Médico-Quirúrgica Española y del Ateneo de Madrid, cargos que asumió con gran satisfacción pero guardando un leve sinsabor. Así lo expresaba: "Los que me favorecieron con su confianza para tales cargos, próximos a la supremacía pero sin llegar a ella, creo que acertaron plenamente con mi destino. Yo estaba llamado a ser, sin duda alguna, un perfecto vicepresidente, esto es, un 'casi' ductor que una y otra vez se quedó en 'casi'... Así ha podido verse anteriormente y se verá en sucesivos parajes de mi relato". Antes de cerrar el año 1933 tomó parte en el Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía Ortopédica y Traumatología que se celebró en Londres, donde presentó sus estudios sobre el "Tratamiento quirúrgico de los traumatismos del espinazo".

Formó parte del Club Rotario (Rotary Español) en el que ingresó con la categoría de Cirujano Especializado. Le satisfizo "estar junto a hombres que ejercen actividades provechosas para el bien común y se sienten unidos por un mismo amor a sus semejantes... a fin de conocerse bien unos a otros, y borrar todas las distancias y todos los prejuicios que se opongan a su mutua comprensión y convivencia". Los miembros del Club empezaron a ser perseguidos en cuanto empezó la Guerra Civil, les fueron incautados los archivos, los ficheros y la caja; después de la contienda los nacionales prohibieron el rotarismo español acusándolo de masonería, cuando su único lema era "Antes servicio que beneficio".

En 1934 se desplazó a Moscú con motivo del IV Congreso de la Liga Internacional de la Lucha contra el Reumatismo y en calidad de presidente del Comité español. Comprobó que las clínicas moscovitas estaban muy bien atendidas pero con muy pobres medios y un mísero menaje, y apreció el hacinamiento y el ínfimo nivel de vida del pueblo moscovita, que contrastaba con el lujo de los actos oficiales. A su regreso fue invitado como huésped de honor al II Congreso Nacional de Medicina de la República Argentina, donde pronunció conferencias en Rosario y en Buenos Aires que sirvieron para estrechar lazos de amistad entre ambos pueblos, lazos que han pervivido felizmente hasta la actualidad entre nuestras sociedades de la especialidad.

A principios de otoño de 1934 se produjeron levantamientos revolucionarios destacando la insurrección minera de Asturias, que fue duramente sofocada por el ejército y la guardia civil. Al Hospital Militar de Carabanchel fueron evacuados muchos heridos militares que obligaron a avivar el ritmo de trabajo como en tiempos de guerra africana. Las experiencias quirúrgicas fueron comunicadas en una reunión organizada por el Hospital General de Asturias con gran tiento para no soliviantar los ánimos de un auditorio dividido porque "había comenzado en nuestro país la profunda escisión

de dos bandos irreconciliables y si alguien pretendía quedar al margen de la pugna se le obligaba a tomar partido en uno u otro". Bastos Ansart atendió heridos de las fuerzas gubernamentales y quedó calificado al lado del poder, el Gobierno de la República. El primer disgusto que sufrió fue el cese en su cargo de presidente del Comité Español de Lucha contra el Reumatismo por decisión de un director general de Sanidad, que nombró una nueva directiva entre amigos suyos; con los acontecimientos que sucedieron más tarde no llegó a reunirse. Tardíamente en la postguerra el Comité reapareció gracias a "algunos reumatólogos catalanes que, con tesón sólo comparable a sus grandes méritos, han mantenido enhiesta la bandera de la lucha antirreumática en nuestro país". En el Ateneo fue ratificado en su cargo pero un sector de socios lo tildó de militarote grosero, de fascista disfrazado y de reaccionario. En cambio en la Academia Médico-Quirúrgica no salió elegido como presidente por la oposición de quienes le acusaban de peligroso socialista.

SECOT

En sus viajes había mantenido conversaciones con colegas extranjeros que daban por supuesto que existía una sociedad española dedicada a la cirugía ortopédica y a la traumatología, lo cual le impulsó a poner en marcha su creación. Convocó todos los cirujanos que creyó interesados en esta propuesta y se reunieron el 16 de julio de 1935 en el local del Colegio de Médicos de Madrid. Según las referencias del doctor Bernáldez Sarmiento, asistieron a la reunión fundacional los doctores Bastos Ansart, Salaberri, San Ricart, Trueta, Jimeno Vidal, Aguilar, Marina, Queipo de Llano, Suárez Vidaurreta, López Trigo, Gogolludo, Guzmán, Bernáldez Fernández, Díaz Tenorio, Esteban Muñoz, Gumiel, Nogueras, Díaz y Gómez, Rodríguez Mata, Pérez Dueño, Fenández Iruegas, Riosalido, Garrido Lestache y D'Harcourt. Aunque ausentes en la reunión, manifestaron su acuerdo con la creación de la sociedad los doctores Joaquín Trias Pujol, Ayestarán, Marín Santos, Zurriarain, Elósegui, Arriola, Troncoso, Sanchis, Juristi, Vilardell, Valls y Marín. Quedó nombrada la primera Junta Rectora así: presidente, J. Trias Pujol; vicepresidente, Bastos Ansart; tesorero, Nogueras; secretario, San Ricart; vicesecretario, D'Harcourt. En un par de sesiones de trabajo dejaron redactado el estatuto de la Asociación y acordaron la celebración del primer congreso en Barcelona en junio de 1936. El cargo que ostentó Bastos Ansart en la SECOT recién fundada le dolió según deducimos de sus palabras: pues como ya se sabe que esto de "vicepresidir" era mi especialidad.

La fundación de la SECOT fue forzosamente un fruto maduro por convergencia de la dedicación de varios cirujanos a la cirugía ortopédica y a la traumatología, pero sobre todo el grupo del Hospital Militar, con el servicio de Bastos Ansart, el de la cátedra de Trias Pujol dedicada ya a la especialidad y con el bagaje del método böhleriano introducido por Jimeno Vidal y el servicio de Corachán en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo con Trueta al frente de la cirugía osteoarticular. En la amistad como cirujanos en África y en las reuniones entre cirujanos de Barcelona y de Madrid, anteriormente comentadas, encontramos el crisol donde fraguó la idea a la que adhirieron todos los especializados de su época hasta completar una lista de sesenta y seis socios iniciales según Bernáldez Sarmiento. La reunión fundacional fue el colofón de un camino recorrido por muchos de sus miembros durante una década y sentó las bases para unir los esfuerzos comunes en la obra societaria; de no ser así sería incomprensible una fundación en dos reuniones tan sólo por más que se trabajara intensamenmte.

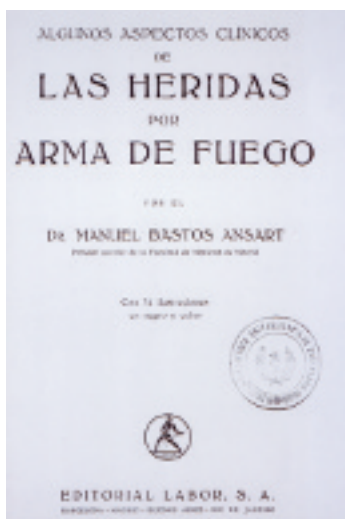
Con la SECOT nació también su revista científica que con el nombre de *Archivos de Cirugía Ortopédica y Traumatología* fue la primera de la especialidad; su edición corrió a cargo de la casa Espasa Calpe. El comité de redacción lo constituían los mismos componentes de la Junta Rectora; su vida fue corta porque al mes de celebrarse el primer congreso estalló la Guerra Civil. Reapareció en la postguerra con nombre cambiado gracias al empeño y al tesón del profesor Sanchis Olmos, que también reflató la SECOT en una época muy difícil.

El primer congreso se celebró en Barcelona durante la segunda quincena de junio de 1936, organizado por el profesor Joaquín Trias Pujol y con la ayuda del secretario, el doctor San Ricart. Las ponencias desarrolladas fueron:

- Patología de la hidrartrosis, por Rafael Vara López, Antonio Cortés Lledó, Rafael Argüelles López y Manuel Bastos Ansart.
- La compresión medular de los procesos pótticos, por Manuel Salaverri Aranguren, Ramón San Ricart, Eugenio Díaz Gómez y José Trueta Raspall.
- Tratamiento operatorio de las fracturas recientes de los huesos largos, por Juan González Aguilar, Francisco Jimeno Vidal y Antonio Hernández-Ros Codorniu.

El éxito de este primer congreso fue el nacimiento académico de la Sociedad, nuestra SECOT, pero la criatura recién nacida feneció hasta su renacimiento al cabo de unos años por culpa de la guerra. No pasó ni un mes después de acabar el Congreso que el ejército de África ya se había levantado en armas y los españoles se vieron envueltos en una guerra fratricida. Hasta 1948 no volvió la actividad con un nuevo congreso, y en este momento nuestros biografiados, varios de ellos "perdedores", habían perdido presencia y protagonismo, amén de todos los derechos universitarios y hospitalarios.

GUERRA CIVIL



En este libro expone su experiencia en heridas de guerra.

Al pronunciarse el alzamiento militar de Franco en Marruecos, Bastos Ansart se encontraba en Madrid pero sus hijos estaban veraneando en San Sebastián. Junto con su esposa Consuelo partió en tren hacia aquella ciudad para reunirse y regresar todos a Madrid. Pero si durante el viaje de ida presencié dificultades en las grandes estaciones, sin saber de qué lado de la contienda había quedado la zona que atravesaban, al llegar a San Sebastián mayores fueron los problemas por la inseguridad pública. Decidió refugiarse en el Hospital Militar y se trasladó con toda su familia en ambulancia, pero al llegar tuvo un doble recibimiento, como fascista por el pueblo agolpado, y como rojillo por el personal sanitario; se le desconoció como médico y se le empleó en labores subalternas. Los bombardeos causaron muchos heridos entre la población civil, y fue necesario organizar un hospital de sangre, que se situó en uno de los mejores hoteles de la ciudad, y a él fue llamado por los propios médicos que lo atendían. Para circular sin problemas se tuvo que proveer de un brazalete de la Cruz Roja, de otro del Comité Obrero y de un salvoconducto, que garantizaron sus desplazamientos. En este hospital de sangre atendió y operó a muchos heridos.

La gran dificultad era el retorno a Madrid y necesitó un permiso especial para efectuar un gran rodeo entrando en Francia, pasar luego a Cataluña y después completar el regreso. Mientras en el Hospital Militar se había interpretado su ausencia como una desertión, que debería ser duramente castigada. En la estación madrileña le esperaban amigos de la sanidad militar en calidad de guardaespaldas para protegerle y con él estuvieron hasta que consiguió los avales necesarios para regularizar su situación. Volvió a la clínica castrense flanqueado por sus custodios y fue bien recibido, lo cual le permitió reanudar su trabajo de cirujano de guerra.

Se encontró con la ausencia de la mitad de los colaboradores titulados debido a encarcelamiento, a fuga hacia la zona nacional o al extranjero y a asesinato. Fueron sustituidos por personal advenedizo y no calificado seleccionado por el "comité" y por enfermeras laicas que ocuparon los puestos de la Hermanas de la Caridad expulsadas en masa. No tardaron las tropas nacionales en llegar a Madrid

y al acercarse a Carabanchel el Hospital Militar tuvo que ser evacuado, es decir, unos mil enfermos fueron trasladados junto con el material sanitario a un hotel de gran capacidad en el centro de Madrid. Atrás quedaba su servicio y sus archivos con más de 30.000 historias clínicas perfectamente clasificadas que en el fragor de la contienda desaparecieron. La reinstalación fue rápida y ordenada e inmediatamente empezaron a llegar tal cantidad de heridos que tuvieron que operar durante cinco días seguidos. Allí puso a punto la técnica de la extracción de metralla o de balas con pinzas largas y bajo control de radioscopia. El profesor Trias Pujol, que estaba en Madrid en misión oficial, se acercó a conocerla y presencié algunas operaciones. Durante la primavera de 1937 el frente quedó estabilizado y al llegar el verano se enardeció de nuevo y las batallas proveyeron de nuevos heridos el repleto hotel-hospital, adonde llegaban con el retraso de varios días en condiciones deplorables y muchos con infección gangrenosa.



Interior de un vagón de "tren hospital".

A mediados de verano de 1937 Bastos Ansart fue nombrado director de un nuevo hospital que debería ser instalado en Alcoy con la ayuda de los países escandinavos y con el nombre de Hospital Sueco-Noruego. Fue con él su colaborador el doctor Merino, oficial médico de la Marina de Guerra que en la postguerra fue duramente castigado por un consejo depurador de la Armada Nacional sin que jamás se hubiera significado en política. El nuevo hospital se instaló en un nuevo edificio destinado a Escuela Industrial que no había llegado a funcionar y quedó



El Dr. D´Harcourt operando en el quirófano del "tren hospital".

demostrado cuán necesario era porque pronto estuvo trabajando a plena ocupación. Con el avance de las tropas nacionales arreciaron los bombardeos en Alcoy y en uno de ellos quedó destruida la techumbre de parte del hospital, lo cual obligó a trasladarlo a un nuevo emplazamiento que la superioridad escogió en Villajoyosa. El trabajo quirúrgico prosiguió con gran presión por la continua llegada de heridos y para dar cabida a todos los enfermos se habilitó el hospital de Villena, que recibía los menos graves.

El cariz que tomaba la guerra no ofrecía dudas con el ejército republicano en retirada y los jerifaltes y milicianos que dirigían la situación cambiaron de conducta y repusieron en sus puestos a las monjas de la Caridad que antes habían sido expulsadas y que ahora trabajaban con uniforme de enfermera. En el hospital se encontraba Bastos Ansart cuando Franco leyó por radio su comunicado, cuyas últimas palabras fueron: "La guerra ha terminado". Vivió con regocijo lo que para él debería ser el advenimiento de una época nueva de concordia. Comprendió que el panorama era bien distinto cuando su hermano mayor y suegro —que había ocupado cargos notables en la zona nacional— le anunció que los nacionales no le perdonaban su falta de incorporación al "movimiento" y que por ello sería procesado. Se presentó a las autoridades militares de Alicante y a las de Sanidad Militar, pero no fue recibido y regresó a su casa encontrándose por el camino "grandes rebaños de prisioneros rojos, sucios, harapientos, miserables, con el espanto pintado en sus facciones demudadas, que eran llevados a encierros". En su casa y a la hora de la cena se presentó un oficial de Sanidad Militar a quien recibió con un ademán de abrazo que éste, discípulo suyo, rechazó. Venía con la orden de prenderle, de llevárselo detenido. En un camión fue

llevado al hospital de Alicante que tenía un pabellón carcelario y durante su estancia allí conoció que “la vida de un preso depende casi por entero de la enigmática y siempre imprevisible conducta de sus guardianes”. Y para mayor seguridad fue nuevamente trasladado con otros oficiales y presos a otro alojamiento de estricto control situado en Benalua en las afueras de la ciudad, mezclado con luchadores activos y responsables del ejército rojo.

JUICIO Y DESTIERRO

Bastos Ansart vivió en Benalua las durezas del encarcelamiento, por dos veces estuvo a punto de perder la vida a manos de sus guardianes, en una ocasión fue tratado a culatazos, perdió la intimidad de la correspondencia sometida a censura y supo que la acusación que pesaba sobre él era el “auxilio a la rebelión”. Tuvo el consuelo de las visitas de la familia, de amigos, de discípulos y de colaboradores a todos los cuales extrañaba aquel injusto confinamiento. Después de tres años sin práctica religiosa alguna se reavivó en su espíritu el consuelo de la religión y en la cárcel conoció a un capellán, el padre Vendrell, jesuita militarizado, que oficiaba misa en cualquier sala de la casa-cárcel sin ornamento alguno y con traje raído. En estas condiciones vivió durante cinco meses su encierro, hasta que recibió la orden de libertad condicional y pudo regresar a casa. El mismo día tuvo la noticia del pacto de no agresión y de ayuda mutua entre nazis y soviéticos que llevaría a la brutal invasión de Polonia y al inicio de la segunda guerra mundial.

A pesar de estar pendiente de juicio pudo asistir a enfermos que se lo pedían, ya civiles, ya oficiales heridos del ejército triunfante. Mientras su hermano-suegro y varios amigos influyentes en las esferas nacionales se esforzaban en interceder por él y en conseguir que sus juzgadores fueran hombres comprensivos y poco influenciados por los odiadores y que los testimonios fueran personas de prestigio bien aceptadas por el régimen triunfante. El Consejo de Guerra se adelantó y resultó que el presidente del Tribunal era aquel general de Málaga que le demostró cierta inquina cuando él conseguía directamente desde Madrid los permisos para su actividad quirúrgica en los servicios que dirigía. El informe fiscal fue benigno y la defensa ditirámica, según apreció el reo, que regresó a casa convencido de que “todo iba bien”. Después llegaron sus familiares y le comunicaron la sentencia: doce años y un día de prisión!, equivalente a la pena por asesinato con circunstancias calificativas, y se le añadía la pérdida y expulsión de los cargos públicos.

Ante tan grave condena Bastos Ansart, que entonces tenía 52 años, cayó sumido en “una desesperada inacción”, precisó drogas sedantes y pasó días en la cama a oscuras. Sus compañeros médicos diagnosticaron que se trataba de estado de depresión psíquica, criterio que fue confirmado por otros facultativos que dependían de la Justicia Militar, y en consecuencia no podía ser internado de nuevo en una cárcel, sino que requería los cuidados de una clínica especializada. Tuvo que acogerse a este recurso de ser declarado enfermo mental para salvarse de una larga prisión y para ser ingresado en un manicomio. Una ambulancia vino a buscarle y “en el mismo estado de postración psíquica y moral me depositó como un fardo en el asilo de alienados”. La dirección y sus colaboradores con ánimo compasivo le ayudaron y permitieron que Consuelo, su esposa, compartiera la habitación como presunta alienada y que recibiera visitas, entre las cuales acudieron el juez y el fiscal del Consejo de Guerra, que nada habían podido hacer en su favor para doblegar el ánimo del presidente del Tribunal. Evolucionó favorablemente y el nuevo ambiente “contribuyó pues para que a los dos meses de estancia en la casa de locos se transformara en una persona corriente el mísero despojo humano, sumido en la desesperación, encanecido en unas cuantas noches, avejentado y sin fuerzas, que yo era en los días que siguieron a mi condena”; es el vivo autorretrato que Bastos Ansart nos ha legado de aquellos días.

Los esfuerzos familiares encabezados por su hermano mayor y suegro no cesaban para mejorar su suerte. Consiguieron después de innumerables gestiones que le trasladaran a un hospital de

Castellón, donde por lo menos no estaría entre los alienados y donde contaría con el buen recibimiento de una persona importante de la Dirección, el doctor Flors, a quien tanto agradecimiento demostraría Bastos Ansart por lo mucho que para él hizo. Fue alojado en habitación con dos camas para tener a su esposa a su lado y atendido por religiosas de la comunidad de la Consolación.

El Director Facultativo del nosocomio era el profesor Gironés, catedrático de Patología General de la Facultad de Medicina de Barcelona y persona influyente en la causa nacional por su talante nacional-socialista, fruto de su formación de postgrado en Alemania. Cuando regresó a su cátedra de Barcelona la desempeñó pocos años y emigró a un estado centroamericano donde fue asesinado. En su ausencia desempeñó la cátedra el profesor encargado Nadal Baixeras y a su muerte salió a concurso y la ganó el profesor Fernández Cruz. Por este motivo yo no tuve a Gironés como profesor de patología general y en cambio fui el primer alumno interno de don Arturo Fernández Cruz durante el curso 1955-56. El profesor Gironés dio a Bastos Ansart todas las facilidades necesarias para mejorar su situación, gracias a lo cual pudo escribir su *Tratado de Traumatología*, obtener permiso para salir del hospital, incorporarse al cuerpo médico del hospital, participar en sus trabajos y finalmente ser comisionado para asistir enfermos del Sanatorio Antituberculoso de Villarreal, cercano a Castellón, donde pudo practicar numerosas toracoplastias.

Los enemigos de Bastos Ansart se interpusieron en esta suavización de su dura condena y requirieron su reingreso en presidio y consiguieron enviarle un piquete para que, enfermo o no, fuera conducido al penal. La Dirección del hospital declaró que no podía salir del centro y que debía permanecer encamado e incomunicado. En aquellos días se organizaba la División Azul y solicitó ser aceptado como médico a sus cincuenta y cuatro años con la esperanza de obtener su redención; la respuesta fue un simple acuse de recibo y no fue aceptado. Nuevamente la Dirección del hospital consiguió justificar que le necesitaban para consultar casos graves y el encierro se fue suavizando de nuevo, si bien con la amenaza por parte de sus controladores de enviar espías para verificar sus actividades. La calma hizo posible que preparara la segunda edición de su *Patología Quirúrgica General*, que se agotó en dos años y tuvo que dar paso a una tercera edición. Para esta tarea no logró utilizar las historias clínicas acumuladas en Alcoy y en Villajoyosa porque algunos entre los vencedores las destruyeron.

Todo intento de aminorar su pena resultaba baldío en el último momento porque, cuando todo parecía solucionado, alguien vetaba la decisión final. A pesar de ello, cuando menos lo esperaban, apareció un decreto en que se condonaban las penas de los sentenciados a doce años y un día. Se les daba la libertad condicional y vigilada al cabo de tres años y siete meses de condena. Lo primero que hizo fue viajar a la Casa de Salud de Valdecilla en Santander, donde su madre estaba agonizando y llegó a tiempo para oírla pronunciar su nombre y expirar. El decreto reafirmaba, para que no quedaran dudas, que la condena significaba la expulsión del ejército, la inhabilitación para todo cargo público y la anulación de títulos, honores y preeminencias recibidos. El porvenir de los profesionales tachados de "rojos" quedaba en manos de las Comisiones de Depuración, cuyas sanciones llegaban a prohibir toda actividad, incluso privada, es decir, a incapacitar colegialmente para el trabajo. Otra dificultad añadida era la de tener que presentarse todas las semanas en la Comisaría de Vigilancia del distrito para firmar en el libro de registro en condición de penado en libertad condicional y vigilada. No cabía pues otra solución que marcharse de Madrid. Más irritantes eran las requisitorias que periódicamente le llegaban para que se presentara en un juzgado y adujera pruebas de no ser masón. La policía lo fichó con las huellas dactilares y los datos antropométricos, ahorrándole la foto de frente y perfil de los delincuentes en atención a su persona.

Bastos Ansart y su familia se instalaron en Barcelona realizando así un exilio interior, es decir, empezando una nueva vida lejos de la ciudad en que había vivido y con el único derecho al ejercicio

privado. Mas nadie podía prohibirle la producción intelectual, que fue rica en su última etapa barcelonesa, como testimonian el libro de ensayos *Elogio y diatriba de la cirugía*, la aparición al fin en las librerías de su tratado de "Traumatología", el nuevo tratado de "Cirugía Ortopédica", la monografía sobre "Pseudartrosis", el estudio sobre "Observaciones catamnéticas sobre la poliomielitis", los ensayos sobre "La cirugía y la psicología de la mutilación" y sobre "El deber de mentir en medicina", que originó una viva polémica en la que participaron el profesor Sarró —el catedrático de Psiquiatría en aquella época— y el cirujano francés Georges Duhamel, y como broche de oro su *Tratado de operatoria ortopédica y traumatológica*.

Su madurez y su libertad de actuación propiciaron las invitaciones y asistencias a congresos internacionales para pronunciar conferencias. Su primera salida fue en 1947 al congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía celebrado en Londres, donde habló del "Resultado de las operaciones inmediatas en las heridas de guerra del pulmón" y tuvo como comentarista al profesor Rudolph Matas de Nueva Orleans —pionero de la cirugía vascular— nacido en Sant Feliu de Guíxols (Gerona). Fue un asiduo de los congresos de la Sociedad Internacional de Cirugía y de la Sociedad Internacional de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de la que su amigo San Ricart había sido miembro fundador. En cuatro ocasiones visitó latinoamérica con motivo de los congresos de la Sociedad Latinoamericana de Ortopedia y Traumatología de Buenos Aires, Río de Janeiro, Lima y México. En Buenos Aires asistió a un acto académico presidido por el general Perón y su esposa Eva, jefes del régimen justicialista que "no había dejado títere con cabeza en los medios universitarios... y de los colegas argentinos muchos vivían casi en la clandestinidad". Después de encendidos discursos de ambos, seguidos de aplausos de nutridas comisiones de funcionarios, los conferenciantes extranjeros recibieron de manos de Perón el diploma de "doctor Honoris Causa de todas las universidades argentinas".

En su vida societaria destacan dos episodios relacionados con las entidades quirúrgicas que había ayudado a fundar, como son la Sociedad de Cirugía de Madrid y la SECOT. La nueva Sociedad de Cirujanos Españoles, que sucedió a la fundada años atrás, "quiso significar su legítima descendencia de la entidad pionera, como desagravio al olvido y desdén que se había tenido por quienes últimamente utilizaron su nombre pero sin respetar su espíritu, y... con un significativo discurso de su presidente actual restituyendo las cosas a sus verdaderos términos". A Bastos se le pidió que iniciara el nuevo avatar de la Sociedad pronunciando una conferencia.

Sus relaciones con la SECOT fueron desdichadas a lo largo de la postguerra y diez años después de su fundación de 1936 fue reactivada por miembros supervivientes y situados de la España nacional. Dejemos que el propio Bastos Ansart nos comunique sus sentimientos ante este resurgir de nuestra sociedad:

"Por cierto que un lustro después surgió con este mismo nombre y siglas una Sociedad formada por varios señores que se habían autoproclamado sus gestores y de los cuales recibí un simple impreso invitándome a formar parte de lo que yo no podía considerar más que como una dolorosa usurpación. Así se lo manifesté a aquellos expéditos colegas, los cuales no se tomaron el trabajo de contestarme, pero en cambio acordaron cerrarme fieramente las puertas de "su" sociedad (iba a decir de "su propiedad"). Y así he vivido sin que me pasara nada por no pertenecer a ella. Hasta estos últimos años en que he sido reconocido como legítimo fundador de aquella corporación y nombrado, con todo respeto y afecto, Socio de Honor de la misma. Siempre es reconfortante echar de ver que el tiempo todo lo borra. E incluso que restituye muchas cosas a sus debidos términos."

En 1951, al cabo de doce años de pronunciarse el fallo de su condena, se le comunicó que la pena quedaba extinguida y que se había anulado toda acción judicial contra él, dando a entender "que no había pasado nada, que nunca se me había considerado culpable ni nunca había estado castigado, lo cual tenía todo el aspecto de un caritativo olvido", según opinión del ya antiguo condenado. Quiso

entonces enterarse de su situación en el ejército, en la beneficencia general y en la universidad y descubrió que su documentación había desaparecido, que su nombre había sido borrado de todos los organismos estatales al igual que del Ateneo de Madrid y de la Academia Nacional de Medicina. La vicisitudes de su existencia habían sido "borradas de mi historia como si no hubieran ocurrido nunca; todos cuantos se encontraban en mi caso quedamos así relegados a la mísera condición de indocumentados... veníamos a ser ante nuestros compatriotas del lado nacional unos ciudadanos de segunda". Bastos Ansart se autodenominó "un inexistente" ante esta situación que únicamente le permitió subsistir como "médico a secas".



El Prof. Bastos Ansart acompañado de su sobrino Dr. Felipe Bastos Mora en 1954.

Su labor científica no cayó en saco roto ni en el olvido porque fue repetidamente honrado en el grado de Socio de Honor de varias sociedades: la alemana de cirugía y la de cirugía ortopédica, la SICOT, el American College of Surgeons, la lyonesa de cirugía, la SOFCOT, la Academia de Ciencias Médicas de Lisboa, la Real Academia de Medicina de Barcelona; la Asociación de Cirugía de Barcelona le otorgó el Premio Virgili.

El día 8 de agosto de 1963 se encontraba en Sama de Langreo invitado por el doctor Vicente Vallina para dar una conferencia en el Sanatorio Adaro, centro en el que se fraguó uno de los pilares de la traumatología española. Presentó "Una revisión de la traumatología siderúrgica" y al acabar el acto, cuando estaban en el local de banquete, alguien descubrió en un tocador anexo el cuerpo de su esposa caída cabeza a abajo al pie de la escalera. Fue tratada de urgencia en Sama y luego trasladada a Oviedo, donde fue reoperada en el Hospital General de Asturias y allí falleció. A partir de aquí la soledad invadió la vida de Bastos Ansart y tuvo que sacar fuerzas de flaqueza para reanudar su vida social y médica y salir de lo que él llamaba "un vivir sin querer vivir". Dedicó a su esposa el libro *Una vida de mujer* pero los "lectores oficiales" —entiéndase la censura— prohibieron su edición pública, permitiendo tan sólo su distribución privada, es decir, fue declarado no apto para aparecer en librerías.

Poco a poco pasó a lo que él llamaba "la inactividad profesional" porque no le correspondían los términos de jubilado, retirado o pensionista, que suelen aplicarse a quienes tienen derecho a unas pagas después de haber ocupado cargos oficiales o en empresas. A él se los suprimieron todos, es más, habían dejado de existir. Siguió recibiendo invitaciones de homenaje de sus discípulos y de colegas que deseaban honrarle, entre los cuales recordaba al colega santiagoés doctor Sixto Seco, que hizo una presentación diciendo: "Yo no le conocía personalmente, pero me consideraba alumno suyo por lo que había aprendido en sus libros, y me proclamaba con todo orgullo su buen amigo porque me honraba con serlo de un hombre de bien". De él dijo su alumno doctor Hernández Ros: "Don Manuel era un Titán físicamente, de gran estatura y complexión atlética, de porte señorial, inagotable frente al trabajo, y como los grandes Titanes, jamás abusaba de su superioridad física y mental, dándonos continuamente lecciones de humanidad. Otro rasgo titánico era sostener y practicar que el tiempo era elástico y que podía dar de sí hasta límites inconcebibles". El doctor Escobar Delmás fue compañero que compartió con él y con otros cirujanos militares la guerra de África, donde colaboró en la organización de equipos quirúrgicos en los que participaron Gómez Ulla, Sánchez Vega, González Aguilar, Mazo, D'Harcourt, y medio siglo después, con ocasión del homenaje póstumo que se organizó en Almería en octubre de 1974, recordaba cómo los heridos de la contienda eran tratados en el Servicio de Bastos con yesos cerrados —inicio histórico de lo que en la segunda guerra mundial se conoció como "método español"—, cómo posteriormente en Carabanchel le dirigió su tesis doctoral y

cómo puso a su disposición su espléndida biblioteca particular. Años más tarde, ya fallecida Consuelo su esposa, le reencontró en reuniones médicas en las que “aun habiendo renunciado a continuar el ejercicio profesional, por su asistencia a conferencias y sus escritos mostraba una extraordinaria capacidad y vitalidad”... “su pérdida es cronológicamente natural, pero conservaremos el recuerdo de este gran cirujano, conocido y agasajado en el entero mundo quirúrgico, aunque más cerca no le faltasen envidiosos detractores”.

Sus esfuerzos a lo largo de la vida por conseguir metas nobles y lógicas en la trayectoria de todo profesional se veían seguidos de un éxito inicial, fruto de su capacidad y de su tesón, pero al final no lograba coronar la cima del objetivo. Le ocurrió en el ejército, en la universidad, en el sector público y en su propia reflexión se veía como el mítico Sísifo que subía por la ladera del monte con la piedra y cuando ya casi llegaba a la cima la piedra se le iba de las manos y caía rodando monte abajo, teniendo que recuperarla de nuevo para reiniciar el ascenso y así una y otra vez. En el ocaso de su vida ya octogenaria publicó sus memorias, donde se aprecia la grandeza de su humanidad y de sus dotes poco comunes, y sintetizó su última etapa con el lema de “Sísifo abandona”. Confesó que su serenidad ante el infortunio tenía una explicación: “yo poseí ese venero de indecible felicidad que os hace olvidar todas las lacerías, esa única cosa que merece la pena de vivir, yo tuve amor”. A modo de epitafio repitamos los versos de la Risala Apologética del hispanoárabe Ibn Hazm que para Bastos Ansart eran como un paradigma de su hado en los momentos más adversos de su vida:

“Os atribuirán lo que no habéis dicho, os colgarán lo que no habéis hecho, os imputarán lo que no habéis preferido ni creído... para que así decaiga vuestra energía, se desaliente vuestra alma y se enfríe vuestro entusiasmo”.

Falleció en Barcelona el día del mes de 1973 y fue enterrado en la Catedral de la Almudena, donde ya yacía su esposa.

Homenaje



El Dr. D'Harcourt gran discípulo del Prof. Bastos Ansart.

En 1958 el laboratorio IBYS publicó una serie de ensayos sobre Ataraxia con motivo del lanzamiento al mercado farmacéutico de un producto atarácico. Para ello fueron seleccionadas unas cuantas personalidades de la intelectualidad española y a cada una se le solicitó un texto sobre la relación entre la ataraxia y su profesión o especialidad. Este elenco del pensamiento y de la ciencia españoles estuvo constituido por Julián Marias, Juan Antonio Gaya Nuño, Juan Rof Carballo, Carlos Jiménez Díaz, Teófilo Hernando, Manuel Usandizaga y Manuel Bastos Ansart. La colaboración de éste llevó por título *Cirugía y Ataraxia* y significó uno de los mayores honores al alinearlos justamente con otros miembros de la élite académica del momento. Para introducir mejor el concepto de la *ataraxia* citaremos algunas ideas de estos autores y después reproduciremos el texto íntegro del ensayo de Bastos como homenaje.

– Julián Marias. *Ataraxia y alcionismo*.

“Todo el pensamiento de los griegos está cruzado por una quejumbre: el hombre, para ser feliz, tiene que ser dueño de sí mismo. ¿Es que no lo es? Y si no lo es, ¿por qué y de qué manera? ¿Qué es lo que, de un modo o de otro, arrebató al hombre, lo saca de sí, lo esclaviza, lo priva de sí mismo?... Suficiencia, independencia, libertad, serenidad, imperturbabilidad: tales parecen ser los ideales helénicos... que la felicidad se presenta con este mismo rostro: el del hombre que no se deja llevar ni arrebatar por nada, que ha alcanzado la imperturbabilidad, la “ataraxia”.”

—Juan Antonio Gaya Nuño. *Ataraxia y desasosiego en el arte.*

“Parece obligado comenzar todo discurso sobre ataraxia y desasosiego refiriéndose, aunque sólo fuera en virtud del vocablo griego, al ciclo, también helénico, de formas plásticas que constituye la materia principal del llamado arte clásico... La tranquilidad, tan abiertamente perceptible en todo el divino mundo de figuras talladas en mármol del Pentélico, ya motivó la separación del arte griego en sus dos ciclos, helénico y helenístico... Y sin embargo, esta diferencia queda establecida, frecuentemente con desprecio de la calidad, atendiendo a la paz interna, a la seguridad tranquila, al equilibrio tan básicamente completo que rige los destinos de la escultura en el siglo V antes de Cristo... Estos prestigios del sosiego son los que han elevado la estimativa del arte griego clásico, esto es, del arte que con mayor puridad filológica puede ser llamado atarácico, en grados próximos a la divinización... El denominador común de todas estas grandes y purísimas etapas de arte tranquilizador fue el de un gran respeto para con las bondades plásticas deseadas de sorprender en la humanidad y en la naturaleza.”

—Juan Rof Carvallo. *Quirón el Centauro. Consideraciones psicoanalíticas sobre la ataraxia.*

No puede menos un internista al que se le encomienda escribir sobre la ataraxia que rendir, a modo de introito, homenaje al que fue uno de los más insignes fundadores de la Medicina Interna contemporánea, a sir William Osler. Si hubiera que resumir su filosofía de la vida en una sola palabra, ésta sería la de “aequanimitas”. Pocos hombres habrán alcanzado en mayor medida esta cualidad del alma y de la mente... Su “aequanimitas”, en efecto, no difiere en nada de la ataraxia tal como ésta fue entendida por estoicos y epicúreos. En su conferencia dejó grabada en sus oyentes la importancia de cultivar la virtud de la imperturbabilidad, la cual definió como “frialidad y presencia de ánimo ante cualquier circunstancia”.

—Carlos Jiménez Díaz. *La ataraxia en las enfermedades alérgicas.*

“La ataraxia es en el círculo de la reacción psíquica lo opuesto a la alergia en lo referente a la respuesta orgánica... Mas al lado de todo lo precedente, los modernos fármacos que se utilizan en la medicación atarácica abren un horizonte prometedor en el tratamiento de estos enfermos. Sin producir efectos sedantes, inhibición cortical, depresión, etc., según el tipo de droga y su dosificación, estos medicamentos permiten modificar la reacción afectiva, originan la buscada serenidad y facilitan de forma considerable la terapéutica... las drogas productoras de ataraxia constituyen una ayuda muy importante en el tratamiento de estos enfermos.”

—Teófilo Hernando. *Psicofarmacología y remedios atarácicos.*

“La Psicofarmacología, Farmacología de la Psique o de la mente, constituye un nuevo y amplio capítulo de la fisiología y de la terapéutica. Hace no muchos años hubiera sorprendido la asociación de la palabra *psico* = soplo, hálito, alma, con la de *farmakon*, medicamento o veneno. ¡Medicamentos para el alma! ¡Venenos del alma!... Una y otra se aplican a ciertas propagandas o determinadas prácticas que se consideran capaces de “envenenar el alma”, en uno de los casos, o “librarla de sus presuntos extravíos”, en el otro... La mente y el cuerpo no deben considerarse como dos entidades dispares, entre las cuales debemos descubrir o construir una especie de puente anfibio, sino que hablar de la mente o del cuerpo son dos modos diversos de clarificar o de interpretar nuestras experiencias.

Clorhidrato de hidroxicina (Atarax)... hace desaparecer todo exceso de reactividad, torna plácidos a los grandes emotivos, evita los cambios bruscos de humor de los hipernerviosos y de los agotados por exceso de trabajo intelectual, devuelve la calma a los angustiados y la confianza a los amargados y a los ansiosos. Es preciso imaginarse lo que sería una humanidad sin emociones, sin inquietudes, sin problemas y hasta sin dolor. Nos llevaría a la inactividad, a la monotonía; en una palabra, al aburrimiento, que, como ha dicho Beaumarchais, “no engorda más que a los necios”.

—Manuel Usandizaga. *La ataraxia en el parto.*

“Cuando recibimos la cordial invitación para colaborar en esta colección de monografías, escribiendo sobre la ataraxia, confesamos que nuestra perplejidad fue grande. Sin embargo, a un primer impulso de negarnos a aceptar esta invitación sucedió la idea de que la ataraxia tal vez significase un buen pretexto para el estudio de algunos problemas psíquicos del parto, sin abordarlos en su integridad, y sobre todo sin escribir un libro más sobre el parto sin dolor.

No pretendemos recordar aquí las muy diversas interpretaciones de la ataraxia,... pero de todas ellas recogemos algunos elementos que nos darían una imagen de la ataraxia ideal para los obstetras. De la ataraxia de los filósofos escépticos, la aspiración a la imperturbabilidad; de la de los epicúreos, junto al eterno perseguir la felicidad —en este caso concreto por el camino de los hijos—, el tranquilizar a las mujeres en sus temores, bien a lo desconocido o sobrenatural, bien a la muerte, buscando una explicación para todos los fenómenos que puedan presentarse, no por el deseo de adquirir conocimientos, sino para saber que no hay que preocuparse, porque nada de lo que pueda suceder tiene trascendencia; de la de los estoicos, la conformidad con el orden establecido por la naturaleza, considerando como lo fundamental un comportamiento razonable, ocurra lo que ocurra, manteniéndose animosa y serena frente al dolor.

Y si el término *ataraxia* puede parecer un poco pedante, intentemos buscar su equivalencia en castellano, cosa no fácil de fijar porque son muchas las posibles acepciones: “imperturbabilidad, equilibrio, ecuanimidad, sosiego, tranquilidad, etc.”, son palabras que pueden servir. Pero si tuviéramos que elegir la que la tradujese mejor nos decidiríamos por “Tranquilidad”. No en vano es lo que necesitan más urgentemente nuestras parturientas.”

Arropado con el pensamiento de los autores que le preceden, el ensayo de Bastos Ansart queda situado en el contexto que le corresponde y los conceptos vertidos sobre la ataraxia harán más comprensible su discurso.

CIRUGÍA Y ATARAXIA

por Manuel Bastos Ansart

Cuando el cirujano ve a su enfermo palidecer ante la perspectiva de una operación, cuando llegado el momento de intervenir le encuentra poseído del más intenso desasosiego, lo único que suele hacer es arrojar distraídamente al cuitado una frase que, a veces, suena como una voz de mando: “¡Tranquilícese!”.

No es de esperar que con esto sólo consigamos llevar la calma a los que tanto la necesitan: los pacientes quirúrgicos. Y, sin embargo, somos nosotros, y nada más que nosotros, los propios operadores, quienes tenemos el deber ineludible de procurar el óptimo equilibrio emocional en nuestros enfermos. Precisamente, porque hemos sido nosotros los que hemos provocado aquel desate de emociones, y porque necesitamos a toda costa que el paciente las afronte con impavidez. Precisamente, porque nosotros, siempre nosotros, vamos a someter a ruda prueba toda su personalidad psicofísica.

* * * * *

Nuestros pacientes no suelen ser unos angustiados “per se”. Pero casi siempre lo son desde el momento en que toman contacto con los que hacemos cirugía. Pues a la emoción que toda visita médica suscita, se une el temor, el irreprimible temor a nuestros modos, a los modos del cirujano. Tras de la consulta al médico general, al internista, el paciente espera una receta, un régimen, unos consejos de higiene, algo, en suma, que puede o no infundir esperanzas, pero que nunca infunde temores. Pero cuando acude al cirujano se anticipa y, más o menos vagamente, teme que

éste le hablará de una operación. Y la idea de una operación, la idea de un bisturí que se hunde en la propia carne, no puede menos de provocar, aun en las personas más templadas, un cúmulo de representaciones angustiosas.

Es muy probable que a estas representaciones se oponga en la mente del enfermo la alentadora noción del beneficio que la operación puede hacerle. Ya se sabe que los cirujanos hacen hoy maravillas. Todo el mundo habla o ha oído hablar de ellas y la gente concede a los métodos quirúrgicos un amplio margen de eficacia. El paciente que espera del cirujano la curación de sus males, y tiene plena confianza en aquel a quien va a entregarse, posee amplios motivos para estar tranquilo.

Sí, pero no lo está. Ante todos sus razonamientos optimistas se interpone en la mente del enfermo una nube de torvas representaciones. Sobre todas ellas domina el miedo a sufrir, a padecer dolores durante la operación y después de la operación, la aprensión ante las molestias, ajobos y miserias del periodo postoperatorio, la repulsión ante el forzado dormir de la anestesia, con el vago temor de que resulte insuficiente, o con el de no volver a despertar. Y, además, el temor al fracaso de la operación, o a que ésta deje las cosas peor de lo que estaban.

Todos estos motivos de inquietud crean, naturalmente, un estado de congoja a la que nadie escapa. Los pacientes más razonables y más dueños de sus nervios la sienten tanto o más agudamente que los instintivos. Estos tienden a exteriorizarla con sus reacciones de terror, sin analizarlas ni atenuarlas por una inhibición consciente. Tal vez con ello dan un curso más natural al ciclo de sus reflejos y hacen así menos hondas las repercusiones de su estado emocional. Es probable que sufran de un modo mucho más agudo en su íntimo ser quienes tienen una visión más clara de lo que les espera y, sobre todo, los que reprimen decorosamente su miedo.

Porque este miedo al bisturí es algo demasiado profundo para ser enteramente refrenado. Aunque le hayamos dado otro nombre, el bisturí no ha dejado de ser cuchillo. Todavía conserva forma y tamaño de cuchillo en los que exhiben las vitrinas de instrumental quirúrgico, y siempre evoca sensaciones de espeluzno que vienen del fondo de las edades. Pues el cuchillo había sido instrumento de suplicio en manos del sacrificador y del jifero antes de ser utilizado por el cirujano como medio de curación.

* * * * *

Los cirujanos debemos contar, por tanto, con que todos, todos nuestros pacientes, díganlo o no, están poseídos por el miedo. No podemos olvidar tampoco que el miedo provocará en ellos disturbios viscerales que tal vez no aparezcan a la vista, pero que tienen, en todo caso, una transcendencia somática, idéntica a la de las conocidas exteriorizaciones del pánico: la palidez, el temblor, los sobresaltos de la circulación, los espasmos, de la musculatura lisa, los escalofríos... Paralelamente a ello se estará produciendo en el organismo del cuitado una violenta crisis humoral y un sacudimiento de todo el endocrinon susceptible de llegar a los mayores extremos. Así nos lo han hecho ver a los cirujanos quienes se han consagrado en los últimos años al estudio de lo que se ha convenido en llamar el *stress*, la situación de alarma orgánica ante el peligro.

Nadie es capaz de prever las reacciones de los enfermos ante la idea de ser operados y ante la operación misma. Los que parecen más imperturbables, los héroes de cien batallas, los bravos garantizados a toda prueba, no suelen mostrar su valor en la sala de operaciones, y es cosa corriente que se comporten ante el quirúrgico como unos perfectos cobardes. Pero todavía son menos previsibles las reacciones somáticas ante el *stress* operatorio. Lo que podríamos llamar el miedo de las vísceras siempre es mucho más turbulento, más difusible, más duradero que el propio miedo psíquico.

Ortega alude en varios pasajes de sus obras a "las magníficas potencias de generosidad con que está pertrechada nuestra especie". Nos muestra así, como él sabía hacerlo, cuánto hay de generosa prodigalidad, de prodigalidad a veces excesiva, en los mecanismos de defensa y de reparación puestos al servicio de cada hombre. Por eso alcanzan tan ilimitada amplitud las reacciones psíquicas, las anticipaciones aprensivas, las imaginaciones y las fantasías que provoca un hecho emocional. Pero todavía es más amplia y puede llegar más lejos la oleada de reacciones en cadena que es el *stress* en la esfera corporal.

* * * * *

Es evidente, en todo caso, la necesidad de poner un límite a estas reacciones y de encauzarlas en sentido favorable. Tenemos que crear en nuestros pacientes un temple de calma psíquica y orgánica, y no pueden bastar para ello nuestras amonestaciones, como no basta gritar: ¡calma! En las situaciones de peligro extremo.

Pero tampoco podemos imponer al organismo de los enfermos una calma forzada, una calma autoritaria y a toda costa. No son, ciertamente, una vaga amenaza los peligros inherentes a la agresión operatoria, los peligros del ataque directo a órganos vitales, de la distensión, separación y cercenamiento de las carnes, de la pérdida de sangre. Para que puedan sobreponerse a ellos quienes han de sufrirlos precisan de una calma activa, presta a la acción, despierta y eficiente, "jovial y alerta"; necesitan, en una palabra, que su cuerpo y su psiquis se encuentren en perfecto estado de ataraxia, según lo ha definido maravillosamente Julián Marías. Los médicos debemos a este preclaro amigo ese precioso término: "alcionismo", que desde ahora incorporamos a nuestro léxico. (¡Bien pobre compañía para tan bella palabra!)

* * * * *

¿Cómo crear en los que no tenemos más remedio que llamar nuestras víctimas "este sereno y tenso estado de alerta" ante los peligros que hemos de hacerles correr? Ante todo, reduciendo estos peligros, atenuándolos hasta donde sea humanamente posible. Claro está que ello implica afinar y sutilizar nuestras técnicas haciéndolas menos agresivas. (Nuestros colegas sudamericanos hablan de "técnicas acariciadoras" con expresivo acento, si no con entera propiedad.) Significa también el empleo de todos los medios puestos a nuestra disposición para evitar la pérdida de sangre, producir el mínimo disturbio en las funciones viscerales, reducir a lo indispensable la intoxicación anestésica y, en una palabra, dar un curso lo más benigno posible a lo que se ha llamado la *enfermedad operatoria*.

Pero esto no es bastante. Hay que empezar mucho antes la preparación de los enfermos para el trance. Y esta preparación ha de comenzar por donde todo ha comenzado: por el momento en que hacemos surgir la perspectiva mental de un tratamiento operatorio. Nuestra habilidad para hacer tal momento lo menos emotivo posible es tan importante desde un punto de vista humano, como nuestra habilidad manual desde un punto de vista quirúrgico.

Cuidemos, pues, de proceder con toda simpatía en nuestro coloquio con el enfermo, y con toda suavidad en el examen clínico. No despertemos nunca en el paciente la sensación de que nuestras manos hacen daño nada más que al tocarle. Cuidemos, asimismo, de nuestros gestos y de nuestros ademanes en todo el curso de la exploración, en el examen radioscópico, en el estudio de análisis y documentos clínicos, para que los pacientes no puedan leer en nuestros ojos un juicio adverso. Sepamos fingir cuando es preciso, disimulando nuestras propias impresiones bajo una máscara sonriente con la aplicación y la minuciosidad de buenos histriones. Quien no sepa serlo en ciertos momentos no merece ser médico.

* * * * *

Uno de estos momentos es tal vez el que pone más a prueba el valor humano del yatra: el momento de comunicar a los pacientes su juicio diagnóstico y terapéutico. Si este juicio es favorable, debe exponerlo el médico claramente, hasta disipar por entero en el enfermo todas sus angustias y temores. Si es adverso, debe emplear todos los recursos verbales imaginables para ocultar la verdad bajo palabras anodinas. Los cirujanos, especialmente, tenemos que cultivar el arte de dar malas noticias en forma tal que parezcan buenas. Nuestras palabras no deben tener nunca un empaque, una solemnidad de mal agüero. En todo caso, debemos evitar el empleo de la pavorosa palabra, la palabra operación, ante los enfermos pusilánimes y también ante los que no lo parezcan, por lo mismo que debe evitarse hablar de mareo ante los invitados a un viaje por mar. Y si para llevar la calma a nuestros pacientes, es necesario decirles lo contrario de lo que pensamos, no debemos vacilar nunca en hacerlo; debemos mentir a conciencia, denodadamente. Sobre todo, claro está, cuando la verdad había de sonar en sus oídos como una sentencia de muerte, y la mentira, la mentira más sutilmente femenina es lo único que puede hacerles bien. Pues, como decía Anatole France, *Les femmes et les médecins savent combien la mensonge est nécessaire et bienfaisante aux hommes*.

* * * * *

No sólo es beneficiosa la mentira para crear ilusiones y esperanzas, sino también para crear salud. Así ocurre en muchos operados. Nos referimos especialmente a los que han de ser objeto de las más crueles, las más repelentes de las intervenciones, las que cercenan las partes visibles, actuantes, de nuestro yo corporal: las mutilaciones. En ningún otro campo de nuestra actividad hemos de afrontar catástrofes emocionales tan profundas y duraderas como las que provoca la amputación de piernas o brazos. Pues en toda otra intervención, es decir, en todas las que no menoscaban nuestro exterior corporal y sólo afectan a órganos internos de los que únicamente tenemos noticia cuando nos hacen daño, siempre es de esperar un curso óptimo, sin angustias ni dolores. Pero la mutilación crea necesariamente un dolor moral que puede ser causa de las más graves repercusiones: un dolor que el tiempo no atenúa.

Ello se traduce con harta frecuencia en insoportables dolores físicos, los dolores en el propio muñón, que pueden acibarar implacablemente toda una vida. Por lo menos, es siempre de temer que los mutilados padezcan el tormento del "miembro fantasma", esto es, la percepción alucinante de una pierna o un brazo que han sido cortados.

Pues bien, uno y otro suplicio pueden ser enteramente ahorrados a los que han de ser objeto de una mutilación. ¿Cómo? Engañándoles, haciéndoles ignorar que han sido mutilados. Para ello se necesita forjar con todo cuidado la piadosa mentira de que la operación que han de sufrir no será en ningún modo una amputación, y, después de ella, sustituir la parte amputada por una pierna o un brazo ficticio.

No es necesaria otra cosa para crear una bienhechora ilusión en los pacientes. Ayuda a ella la propia sensación de permanencia del miembro ausente. Esta sensación es, en cambio, la causa de las mayores torturas cuando el mutilado sabe que lo está y tiene ante sus ojos la espantable visión del muñón en abierto contraste con el testimonio de su percepción cenestésica.

En este batallar de sensaciones se incuban y adquieren una malignidad progresiva los dolores de los muñones, una de las miserias más rebeldes a toda cura médica. Estos dolores nunca se presentan, podemos asegurarlo, en los mutilados que no se han enterado de lo que se les ha hecho

hasta mucho después de la operación. Es decir, cuando el correr del tiempo y el pleno estado de salud han amortiguado, seguramente, el tremendo choque psíquico que tanta gravedad hubiera tenido en los primeros momentos.

* * * * *

No menor beneficio podemos esperar de todo cuanto hagamos para evitar impresiones deprimentes en los operados. El estado de concentración emotiva en que éstos se encuentran les hace captar con extraordinaria agudeza los más insignificantes detalles del ambiente que puedan tener significación ominosa. Es, pues, obligación nuestra y de los que nos rodean cuidar este ambiente con la máxima escrupulosidad, haciéndolo no sólo acogedor, sino enteramente neutro, aséptico en el sentido psíquico, esto es, despojado de todo cuanto puede sugerir padecimientos y crear desasosiegos.

Si el enfermo no "extraña la cama" en que ha de dormir antes de la intervención y en que ha de yacer después de ella, es de esperar que vaya más sereno a la sala de operaciones. Pero, por mucha que sea su aparente serenidad, nunca ha de tener esta sala ante su vista, esto es, ningún paciente debe penetrar en tal recinto sin haber sido anestesiado. Para esto último contamos hoy con recursos inapreciables. No sólo se logran actualmente anestесias perfectas desde el punto de vista de la inocuidad, sino también desde el punto de vista subjetivo. Los propios enfermos lo reconocen así, pues en la gran mayoría de los casos guardan un excelente recuerdo, tanto del comienzo como del fin de la narcosis. Empezaron a dormir en su propio lecho, y en él se despiertan después con la sensación placentera de un buen sueño, o, al revés, creyendo que no habían llegado a dormirse cuando se les da la grata sorpresa de que ya están operados.

Estas experiencias personales, cada vez más difundidas, han contribuido poderosamente a disipar en el ánimo de las gentes las aprensiones que años atrás suscitaba la anestesia quirúrgica. Por eso, nos encontramos hoy con enfermos menos intimidados ante la perspectiva de una operación "a lo vivo", menos temerosos de los sofocos y asfixias al comenzar la anestesia o del malestar nauseoso y los vómitos después de ella. No es del todo inapropiada la palabra "cocktail" con que suele designarse la combinación de fármacos que integran la anestesia actualmente. Pues los enfermos consideran cada vez más este prelude de las operaciones con los encontrados, pero nunca téticos, sentimientos que inspiran las bebidas fuertes.

* * * * *

Aunque todo vaya bien, todavía le quedan al enfermo fundados motivos de desasosiego. Por de pronto, el temor a las variadas molestias postoperatorias. Pero, más que nada, el temor al dolor que —no cabe duda— es la molestia más espantable. Para aliviarla, claro está que podemos apelar a los calmantes; pero esto debemos hacerlo siempre con la mayor repugnancia. En cambio, nunca hay el menor peligro y siempre es ventajoso atacar el dolor en sus raíces y no solamente en sus manifestaciones. Estas raíces del dolor prenden, por una parte, en lo corporal, y, por otra, en lo psíquico. Los cirujanos podemos hacer mucho para atenuar el dolor somático mediante una escrupulosa observación de los preceptos a que antes hemos aludido. Pero poco lograremos con ello si no actuamos, además, sobre el componente psíquico, es decir, sobre el "terreno mental de acogida del dolor orgánico".

Todo el mundo ha podido observar que el dolor que viene de improviso es menos intenso que el dolor que se espera. Pues la vivencia dolorosa deja necesariamente recuerdos que ante la amenaza de un nuevo dolor le preparan un fondo emotivo de aprensión que le amplifica y le rodea de angustia.

Por eso, el bisturí del cirujano levanta en vilo las carnes del que le teme, incluso cuando la sensibilidad general del sujeto está embotada al máximo.

El hecho puede observarse a diario en la sala de operaciones. Los pacientes sumidos en el más profundo sueño anestésico suelen revolverse activamente así que se les hace el menor daño, o simplemente se les toca en la parte donde ha de hacerse la operación. Porque es precisamente en esta parte, y no en otra, donde los operados acusan una especial hiperestesia.

* * * * *

Para impedir este fenómeno de concentración orgánica hacia la parte operada, esta morbosa absorción de todos nuestros órganos de vigilancia por un solo punto del cuerpo, es preciso crear un terreno mental de acogida del dolor orgánico enteramente nuevo. Se trata de cambiar el estado de expectación ansiosa por un estado placentero de sosiego, diluyendo la atención del enfermo, desviándola del punto argente, atenuando la conciencia del propio hecho doloroso y haciendo que nuestro paciente permanezca ante este hecho en una tranquila indiferencia. Que no debe excluir en ningún modo la disposición alerta, la ataraxia alciónica.

No nos compete señalar los medios psíquicos que, aparte de los ya indicados, deben ponerse en práctica para lograr este beato estado de ataraxia. Pero sí es obligado reconocer cuánta ayuda nos han prestado a los cirujanos los modernos fármacos que crean tal estado por sí solos. Y lo crean con tanta mayor eficacia cuanto mayor tacto y mejor comprensión de sus efectos psíquicos tiene quien los emplea. Pues lo mismo en cirugía que en cualquier otra actividad yátrica nada se logra de modo unilateral y sin tener en cuenta lo que Montaigne llamaba "la costura entre el alma y el cuerpo".

San Sebastián, agosto de 1957.

MANUEL SALAVERRI ARANGUREN (1883-1980)

SUS INICIOS

Manuel Salaverri Aranguren nació en Pamplona en el año 1884 y era hijo de un mecánico ortopédico que al poco tiempo se instaló en la villa de Ortuella (Vizcaya), donde trabajó en el Hospital minero de Triano. La pérdida de documentación antigua en los archivos del Colegio de Médicos de Bilbao no nos permite conocer más datos sobre sus progenitores, pero sí que al colegiarse tuvo el número 184. Estudió en la referida localidad y al terminar el bachillerato ya dominaba el empleo de su padre, de manera que en 1900 pudo presentar los aparatos que habría construido en una exposición que se celebró en París. Durante su estancia en ésta conoció a técnicos alemanes que le invitaron a asistir durante 3 meses a la clínica de Hoffa en Berlín.

A su regreso volvió a trabajar con su padre en el taller de técnico ortopédico y compaginó esta dedicación con estudios nocturnos en la Escuela de Artes y Oficios bilbaína. Para ampliar sus conocimientos en el campo de la fisiología y de la anatomía humana se hizo Practicante, que en nuestros días equivaldría a Enfermería. Su labor en el Hospital de Triano le puso en contacto con el director, que era el doctor Enrique Areilza; este centro, junto a los hospitales menores de Matamoros y de Galdamés, reunía toda la traumatología minera. El doctor Areilza influyó en la determinación del joven Salaverri de matricularse en la universidad para estudiar medicina.

Estudió medicina en la Universidad de Valladolid donde se licenció en 1909, a los 25 años de edad. Posteriormente estudió las asignaturas de doctorado y se doctoró en Madrid en el año 1914. Durante los últimos años de carrera ya empezó a hacer viajes de estudio al extranjero y acudió a las clínicas de Vulpius y de Hoffa en Alemania y de Adolf Lorenz en Austria. A lo largo de la vida fue el alemán el idioma científico de su predilección y el que le permitió asimilar las enseñanzas de los profesores Biesalski y Erlacher, que tanto le influyeron y que él, directo alumno de ambos, introdujo en la cirugía ortopédica española, como más adelante comentaremos.

Su trabajo quirúrgico se desarrolla junto al doctor Areilza, con quien en 1913 colaboró en la creación de un "Proyecto de Escuelas y Talleres para lisiados con Clínica de Rehabilitación". La idea del tratamiento global de los pacientes hasta conseguir su reintegración laboral y su autosuficiencia, en función de las capacidades conservadas y de su desarrollo y potenciación, será una de sus más constantes metas a lo largo de la vida profesional; más adelante podremos manifestarlo con toda evidencia.

Empezó a comunicar su experiencia con la publicación en 1912 de "Un caso de coxa vara congénita"; en 1914 publica "Resultados conseguidos en 14 casos de escoliosis mediante la técnica de Abbot"; en 1915 aparece su trabajo sobre "Lesiones meniscales" en el que marca la diferencia entre las meniscitis y las roturas, tratando las primeras con reposo y las segundas con la extirpación, y de ello hace ya un siglo.



Manuel Salaverri en la época de refundar la SECOT.

En 1920 tuvo conocimiento de la constancia de la Fundación Aguirre, cuyo responsable era el sobrino de los benefactores ya fallecidos Don Pedro de Icaza y Aguirre, Vizconde de Moreaga de Icaza, que siendo ingeniero de Caminos, Canales y Puertos propulsó la Compañía de Tranvías de Bilbao, participó en la constitución de Saltos del Duero y fue Diputado Provincial; por tales méritos fue ennoblecido por Alfonso XIII. La Fundación Aguirre marcó el futuro profesional de Manuel Salaverri.

SU MENTOR

Enrique Raimundo de Areilza y Arregui nació en Bilbao el día 7 de febrero de 1860. Estudió medicina en Valladolid y se licenció en 1878, época en la que la medicina y la cirugía acogían las ideas ya consolidadas de Pasteur y de Lister. Este jovencísimo licenciado de 18 años de edad se puso a trabajar con el catedrático don Nicolás de la Fuente Arrimadas, introductor en la cirugía española, junto con don Salvador Cardenal, de la teoría y técnica listerianas. Para conocer mejor el desarrollo de la doctrina de Lister se trasladó a París y visitó los servicios de Goselin en el Hospital de la Charité y de Polaillon en el de la Pitié, con lo cual robusteció sus creencias "con los magníficos resultados que con sus propios ojos había visto", como nos refiere el doctor Daniel Errazu, alumno que fue jefe del Servicio de Traumatología I del Hospital de Basurto, en la nota biográfica sobre Areilza publicada en nuestra Revista en 1953.

Cuando volvió a Bilbao asumió la dirección del Hospital Minero de Triano y en éste desarrolló su obra más personal y querida de modo continuo hasta sus últimos años, ya que siguió acudiendo a su hospital todos los martes de cada semana.



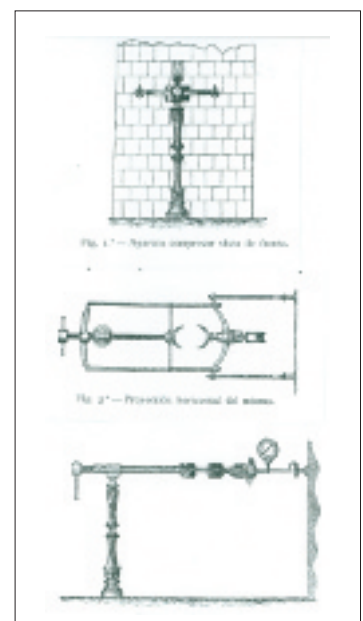
Enrique-Raimundo Areilza y Arregui.

En 1884 defiende en su Tesis doctoral "Valor de las cura de Lister en las heridas contusas" sus convicciones y le permite manifestar su espíritu crítico. En 1887 publica "De las fracturas del cráneo y de la trepanación", como recopilación de los artículos que había publicado en la Revista de Ciencias de Barcelona, sobre 27 historias clínicas de su experiencia personal, y según su biógrafo fueron un modelo de claridad, de honradez y atrayente sencillez científica. Se nos cuenta que los enfermos habían sido ingresados en la Sala de Hipócrates, en la Sala de Lister y en la Sala de Servet, y de ello deducimos que en su hospital aplicó la tradición parisina de dar a las Salas de Hospitalización el nombre de un personaje ilustre de la especialidad. Volviendo a su trabajo decía Errazu que distingue una parte deductiva sobre la teoría de las localizaciones cerebrales y una segunda sobre el mecanismo de las fracturas craneales y las indicaciones de la trepanación.

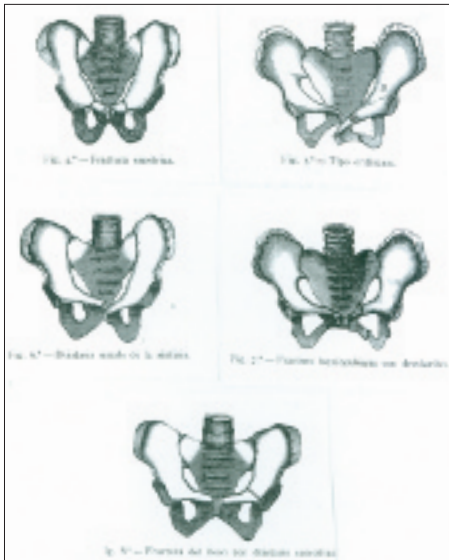
En 1891 publica "Resultados experimentales y clínicos de las presiones transversales de la pelvis", que en su momento fue una auténtica innovación y una obra pionera con bases biomecánicas. La hemos podido descubrir debido a su nueva publicación en enero de 1953 (al cabo de 62 años) en nuestra Revista y gracias a la decisión de Sanchís Olmos, que consideró que todos deberíamos conocer este texto de 64 páginas acompañado de dibujos muy ilustrativos.

En la 1ª parte estudia las lesiones del esqueleto, explicando el método experimental utilizado y analizando los efectos de la compresión transversal; comenta las fracturas producidas, que agrupa en cinco tipos, y deduce las condiciones necesarias para la restitución morfológica.

En la 2ª parte se dedica al estudio de las lesiones urinarias y lo acompaña de dibujos anatómicos de gran calidad para hacer más detallada la patología. Una tercera parte corresponde a la exposición de la casuística y a las deducciones terapéuticas, y finalmente pasa a las conclusiones, de las que ofrecemos lo más importante. Aún hoy en día, cualquier traumatólogo que hable sobre fracturas de pelvis debería tener conocimiento de este trabajo, que mantiene al cabo de 120 años su cualidad de auténtico precursor.



Instrumento para la fractura experimental de la pelvis.



Diversos tipos de fracturas experimentales.

Expone las conclusiones de su trabajo experimental en catorce puntos que resumimos. Los traumatismos de la pelvis por presión de sus caras laterales constituyen una especie morbosa muy frecuente en centros industriales donde el obrero maniobra con vagones. La presión perpendicular al diámetro pélvico anteroposterior ocasiona un enderezamiento de los huesos ilíacos con pérdida de su disposición arqueada, hasta provocar fracturas y luxaciones, entre ellas sobretudo la dislocación pubiana. Solo un ilíaco sufre el enderezamiento y la desviación, mientras el otro permanece neutral al esfuerzo, y con presiones muy intensas se llega al extremo de fracturar la pelvis de forma cuádruple y simétrica. La elasticidad del anillo pelviano, que se deforma y puede recuperar su forma al cesar la presión, explica la variabilidad individual de lesiones.

La experimentación alcanza al periné y a los órganos genitales externos mediante preparaciones anatómicas especiales con conservación de éstos últimos, de la uretra y de la vejiga con el extremo inferior del recto. Controla las presiones vesicales y uretrales colocando una sonda vesical con 500 gr. de agua y atando el pene para cerrar el circuito. Las lesiones uretrales se localizan en el canal membranoso y en caso de producirse esquirlas óseas pueden observarse verdaderas desgarraduras. Si la causa radica en la diastasis pubiana los signos suelen ser la uretrorragia y la equimosis perineal. Los derrames urinarios no forman bolsa en el periné, se mantienen por encima del periné, suben a la cavidad pelviana y resultan de extraordinaria gravedad; el tratamiento quirúrgico deberá ser rápido por vía hipogástrica para desaguar el foco y desinfectarle. La clínica y la experimentación confirman las conclusiones.

En 1888 fue nombrado académico correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona por haber ganado el Premio Garí con su trabajo sobre fracturas de cráneo y trepanación, como consta en los archivos de dicha academia. En 1889 publicó "Tratamiento de las fracturas del muslo" y en 1902 el texto de su conferencia sobre "El trabajo muscular", basado en la fisiología muscular, con interesantes consideraciones de índole social y legislativa, que resultan verdaderas estampas de lo que era la dura vida del obrero en aquellos tiempos. En 1909 publica "Mis enfermos de supuraciones del oído tratados quirúrgicamente", basado en su experiencia de 22 años de cirugía mastoidea.

En 1909 redactó una Memoria sobre la necesidad de crear un Sanatorio Marino para Bilbao, al modo de los existentes en la costa del Canal en el norte de Francia, llamados allí Heliomarinos, para el tratamiento de la tuberculosis osteoarticular como defendía Calot. La presentó a la Diputación de Vizcaya que la aceptó y así nació el Santorio de Górliz, que en 1921 ya se puso en marcha bajo su dirección. Dadas sus cualidades humanas y su acreditada preparación quirúrgica la

administración sanitaria vasca le pidió que colaborara en la dirección del Hospital de Basurto, lo cual aceptó y así completó la aplicación de sus conocimientos, como había hecho en el Hospital Minero de Triano y en el Sanatorio Marino de Górliz.

En su función asesora de la Junta del Patronato influyó en la creación de especialidades y en las normas



Grabado de 1842- Hospital de Basurto.



El Hospital Civil de Bilbao de Basurto. Fachada lateral en 1843.

de selección de personal, y fue el alma de la creación del Cuerpo de Alumnos Internos, estrenando así en Basurto una función docente en la vida hospitalaria de los inicios del siglo XX. Hasta el término de su vida, Areiza mantuvo esta triple responsabilidad en los citados hospitales. Falleció precozmente a los 66 años en su finca de Portugalete el 14 de junio de 1926.

En 1952 la SECOT celebró su IV Congreso y en él la segunda ponencia correspondió al tema "Fracturas de Pelvis", a cargo del doctor González Sánchez, traumatólogo, y con la colaboración del doctor Hidalgo, urólogo. En el prólogo dice que "Al revisar lo publicado sobre el tema en estos últimos años, en especial en nuestra Patria, aprecié que los artículos a él dedicados se ocupaban de aspectos parciales, pero faltaba un trabajo completo, de conjunto que, empezando por hacer una clasificación de estas lesiones, las estudiase de un modo sistemático Y últimamente distintos autores angloamericanos y la Sociedad Francesa de Ortopedia y Traumatología han realizado una revisión completa del tema". Lástima que en esta ponencia no se pudiera contar con el importante trabajo de Areiza para demostrar que no partíamos de cero sino que ya teníamos unos excelentes precedentes sobre el tema. Quizás por esta misma consideración Sanchís Olmos decidió publicar de nuevo tan magno trabajo de fines del siglo XIX en nuestra Revista un año después de la citada ponencia del IV Congreso. La revisión de la bibliografía española "a fondo" debería ser de obligado cumplimiento en la introducción de los trabajos científicos de los miembros de la SECOT, como ocurre en otros países.

FUNDACIÓN AGUIRRE

Don Pedro de Aguirre y Basagoiti (1830-1907) y su hermano Don Domingo de Aguirre y Basagoiti (1841-1907) nacieron en Berango (Vizcaya) y de jóvenes estudiaron las artes de la mar en la Escuela de Náutica de Don Ambrosio de Arrate. Decidieron buscar un futuro más prometedor para la familia emigrando a América y tras un intento de establecerse en La Habana recalaron en México y se establecieron en la ciudad de Tepic, en la costa del Pacífico. Con sus negocios crearon la empresa "Casa Aguirre" que poseía plantaciones de caña de azúcar y de algodón, ingenios y telares y comerciaba con negocios relacionados con la mar. Esta empresa fue próspera y adquirió un prestigio reconocido en el ambiente comercial mexicano. Don Pedro Aguirre regresó a Bilbao y actuó como vocal de la Santa Casa de Misericordia y fue miembro de la Junta de Beneficiencia, cargos que despertaron en él la responsabilidad de paliar las necesidades sociales que habría conocido muy de cerca. Su hermano Don Domingo Aguirre siguió en México acrecentando el negocio familiar y ambos fallecieron, si bien alejados, en el año 1907. Estos hermanos, de acuerdo con sus convicciones y sus sentimientos, habrían designado albacea a su sobrino Don Pedro de Icaza y Aguirre porque no dejaban descendencia directa, y éste tuvo que administrar un importante legado que según el testamento se debía invertir "en obras de utilidad pública y beneficiencia con arreglo a las instrucciones...".

Con el legado se crearon tres Fundaciones:

- A. Para mejorar las condiciones de trabajo de los hombres del campo y del caserío, mejorando los sistemas de cultivo.
- B. Para preparar profesionales de la economía al servicio del desarrollo industrial y empresarial, creando en colaboración con los jesuitas la Universidad Comercial de Deusto.
- C. Para "contribuir al mejoramiento material y moral de los vizcaínos dolientes" se erigió el Hogar y Clínica de San Juan de Dios de Santurce en estrecha unión con la Orden Hospitalaria y por convenio entre ambas partes se constituyó la Fundación Benéfica Aguirre en 1920.

La Memoria de 1927 nos permite conocer el desarrollo de las actividades de esta Fundación, la planificación y construcción del Hogar y Clínica y la labor llevada a cabo en la Clínica Quirúrgico-Ortopédica por el equipo del doctor Salaverri. La Memoria de 1999, con motivo del 75 aniversario de esta modélica Institución, expone las actividades asistenciales desde sus inicios hasta su integración en 1988 en el Osakidetza-Servicio Vasco de Salud como hospital de su red sanitaria. A ambas publicaciones nos referimos al redactar estos datos históricos.

Se nos cuenta como un pequeño suceso influyó en el nacimiento del Hospital de San Juan de Dios de Santurce, según se desprende de escritos dejados por el protagonista Don Pedro de Icaza. Era el verano de 1912 cuando un hermano de la Orden Hospitalaria que postulaba en Bilbao llamó a la puerta de su casa: le invitó a entrar y se interesó por su actividad que era el pedir aportaciones para el Asilo de San Rafael de Madrid donde se atendían niños desvalidos. Comentaron que en Bilbao no existía un centro parecido y al hermano le propuso la fundación de uno similar, que él daría todo lo necesario. El hermano tomó buena nota del ofrecimiento, lo comunicó a sus superiores y la idea maduró hasta la firma del convenio entre la Fundación y la Orden Hospitalaria.

Se confió al doctor Salaverri la Dirección del futuro centro y participó en la asesoría al equipo de arquitectura, para que en los planos se tuvieran en cuenta las necesidades técnicas que él notificaba. Al cabo de años su labor se describió así: "El tratamiento médico-quirúrgico así como los planes de rehabilitación fisioterapéutica fueron dirigidos desde el principio por el prestigioso doctor Don Manuel Salaverri con su equipo de ayudantes. El doctor Salaverri, auténtico pionero en cirugía infantil del sistema óseo, y reconocida eminencia en la disciplina traumatológica, constituye el alma de la gran tradición que tiene el hospital de San Juan de Dios en el cuidado de tales enfermedades. Don Manuel permaneció como Director durante treinta y dos años hasta 1956".

Se siguieron las ideas de Biesalski sobre el tratamiento global de los enfermos en una clínica quirúrgico-ortopédica completa, que los alemanes denominaron Krüppelheim (hogar de lisiados) y que su ideólogo materializó en el "Oscar-Helene-Heim" de Berlín. Estas instituciones llegaron a multiplicarse en muchas naciones, y afirmaba el doctor Salaverri: "La experiencia ha enseñado que las múltiples exigencias de orden médico y pedagógico, para hacer del niño lisiado un individuo útil para la sociedad y de vida independiente, han de ser cumplidas en establecimientos adecuados en que pueda asumirse el plan íntegro médico y pedagógico que ha de conseguir los mayores beneficios".

HOGAR Y CLÍNICA DE SAN JUAN DE DIOS

Con el objetivo de que los enfermos llegaran a reintegrarse en la sociedad, los centros diseñados según las directrices de Biesalski dividían la asistencia en cuadro grados: 1º El Hogar con su escuela; 2º La Clínica quirúrgico-ortopédica; 3º Los Talleres para lisiados; 4º Los asilos para incurables. En el



Taller de Ortopedia del Hospital de San Juan de Dios.

nuevo hospital se crearon los tres primeros grados:

- A) Establecimiento de un Hogar para niños del sexo masculino lisiados y tullidos, pobres, en el cual se les instruya y eduque, procurando simultáneamente su fortalecimiento o curación mediante la aplicación metódica de preceptos higiénicos; dispone de 50 camas.
- B) Establecimiento de una Clínica ortopédico quirúrgica en la que se operará a los lisiados procedentes del Hogar.
- C) Establecimiento de un Taller de ortopedia en el que se construyan los aparatos necesarios para los internos del Hogar y Clínica preferentemente.



Visión global del Hospital de San Juan de Dios en Santurce.



Terraza para la helioterapia.

El lugar elegido para la construcción de los edificios está entre los pueblos de Portugalete y Santurce, a 14 kilómetros de Bilbao, sobre el Abra. Se le dotó también de un salón como gimnasio, de 18

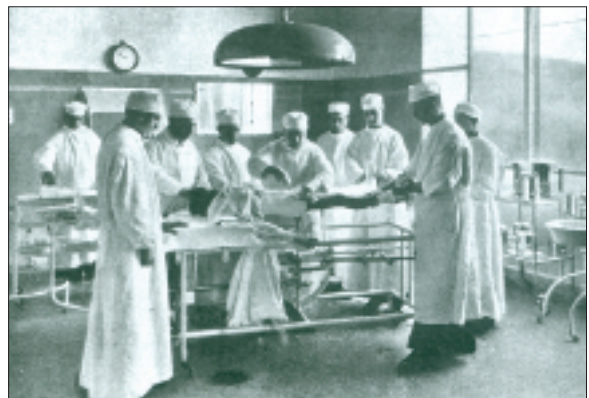
x 10 metros de superficie y 9 metros de altura, transformable según las necesidades en teatro o en cine, y con salas anexas de mecanoterapia y gabinete de masajes; uno de los dormitorios dispone de una terraza o solárium para la indicación de la helioterapia. Los niños pueden jugar al aire libre en los patios de recreo, uno con suelo seco de tierra y gravilla y otro con abundante arbolado. Se completa la zona de juego y ocio con un Frontón, que es el complemento indispensable e insustituible en

los recreos de todos los pensionados del País Vasco. Se trata de un Frontón construido con todas las reglas del arte y en él pueden jugar constantemente los niños que están en condiciones de hacerlo.

Los niños, mientras no están reclusos en la Clínica o en la Enfermería, hacen vida ordinaria de Colegio y como complemento de su educación reciben clases de música y de canto. Su vestimenta consta de dos uniformes, uno de diario que es la blusa lavable y otro de gala formado por pantalón y marinera azules.

El Hogar y Clínica completa sus instalaciones con un Museo para archivo de moldes de yeso de miembros tomados antes y después de las operaciones y para los aparatos ortopédicos que se juzgue importante conservar, al igual que el material de fotografías y radiografías más interesantes según el criterio médico.

El área quirúrgica consta de dos salas de operaciones bien separadas, una aséptica con mesa de Putti y una séptica con mesa más simple de Hahn, y con vertido de material directo al Horno de Cremación. Como anexos existen un taller de fabricación de vendas, vendas de yeso y gasas, una sala de enyesados, un gabinete de fotografía y una sala de radiografías. Así concluimos la descripción de este modernísimo e innovador hospital, importante en la historia de nuestra cirugía ortopédica, que fue diseñado, distribuido y utilizado por su Director-Facultativo el doctor Don Manuel Salaverri Aranguren. Pocos cirujanos han podido trabajar en un centro como éste hecho a medida de las ideas y de las necesidades propias.



Sala de operaciones. Vendaje pelvicooperatorio.

En el extremo sur de la finca se construyó un pequeño pabellón aislado para el Lazareto. Dentro de él se dispone de todo lo necesario para vivir con entera independencia: dormitorios individuales con baños, botiquín, cocina, lavadero, calefacción de agua caliente, comedor y sala de convalecientes. Está rodeado por un pinar para ocultarlo de la vista.

AFECCIONES TRATADAS

En una amplia exposición de 63 páginas presenta en la memoria de 1927 su experiencia quirúrgica durante este trienio inaugural. El propio doctor Salaverri nos confía cual es el objetivo de esta exposición de la patología que han tratado: dar a conocer los programas médico-quirúrgicos que han comenzado a desarrollarse para que los médicos generales, que son quienes más pueden ayudarles en su empeño, aconsejen a las familias de los niños lisiados para que acudan a Centros como este, donde pueden alcanzar su curación muchas veces y el máximo rendimiento de su capacidad física. La casuística que presenta es de gran valor porque el resumen de cada caso clínico se acompaña siempre de buenas fotografías pre y postoperatorias que avalan el buen resultado obtenido y a veces incluye imágenes radiográficas que ha seleccionado. Las clasifica según sigue:

I) Malformaciones congénitas. Publica un caso de sindactilia entre dedos medio y anular de la mano izquierda con recuperación anatómica.

II) Deformaciones congénitas de los miembros inferiores.

– Pies zambos (6 casos). Aplica la técnica de Lorenz que consiste en enderezamiento plástico modelador y progresivo, ya manual ya instrumental, para dar al pie una posición de hipercorrección y para evitar reincidencias, contenida con vendaje enyesado. A veces asocia tenotomía alta de Aquiles subcutánea para alargar el tríceps retraído que mantiene el equinismo (técnica de Vulpius).

– Luxación de cadera (2 casos). Delata que los casos llegan cuando la madre se da cuenta de la claudicación y la deformación está estructurada y encuentra a faltar un reconocimiento médico y ortopédico precoz para establecer pronto el tratamiento. Utiliza la técnica de Lorenz mediante reducción incruenta y contención con yeso pelvocrúrico en abducción máxima y flexión aguda. Lo cambia a los 2 meses por otro con menos abducción-flexión durante 2 meses más, luego lo retira y empieza la recuperación funcional. Calcula el tratamiento completo que es de 8 a 12 meses.

– Luxación de rodilla (1 caso). Se trata de una deformidad en hiperextensión que se reduce y se inmoviliza con la rodilla en ángulo recto durante 3 meses y después se le adapta un aparato ortopédico en extensión. Al alcanzarse el período entre 5 y 10 años ya es necesario alargar el cuadriceps y practicar la reducción cruenta.

III) Tortícolis (1 caso). Inicia el tratamiento de la tortícolis muscular congénita con la tenotomía a cielo abierto de las inserciones esternal y clavicular del esternocleidomastoideo y corrección manual de la desviación cervical bajo anestesia general. Después aplica un vendaje enyesado que se apoya en el tórax y en la frente proporcionando una hipercorrección inversa a la deformidad inicial y lo mantiene durante 1 mes.

IV) Deformidades adquiridas.

Parálisis infantil (26 casos). Cuando redactó esta memoria no se conocía la etiología y las medidas profilácticas eran el único recurso para oponerse a las retracciones tendinosas y a las deformaciones articulares, sobre todo en los pies. Sorprendía entonces que casos abandonados a su evolución espontánea alcanzaban la curación total mientras que en otros la reparación era tan solo parcial o bien nula. Pasado el período febril y de hiperalgesia se iniciaban el ejercicio de la marcha y la terapéutica reeducadora para evitar las atrofiaciones musculares y se aplicaban aparatos ortopédicos sobre todo para mantener la estación bípeda. Este primer período de reparación de las parálisis dura de 1 a 2 años y después se alcanza el de secuelas permanentes.

Trata las secuelas con operaciones tendinosas como transplantes y alargamientos para restablecer el equilibrio, con intervenciones sobre el esqueleto como artrodesis, artrorisis, osteotomías,

capsulotomías, fasciotomías. Cada caso exige balance muscular y articular y un plan quirúrgico especial para solucionar el problema fisio-mecánico del enfermo concreto. Hay que esperar a nuevos balances y comprobar la estabilización clínica porque pueden modificar el plan previsto; después ya opera.

V) Tuberculosis ósea y articular (10 casos). En el Hogar y Clínica de San Juan de Dios se reciben casos con lesiones en las grandes articulaciones de las extremidades inferiores y de la columna vertebral, con deformaciones que trastornan la deambulación normal. En el período florido e inicial de la enfermedad los enfermos ingresan en el Sanatorio Climático Helio-Marino de Górliz dirigido por el doctor Areilza, donde se practica cura de reposo, aire y sol.

En el Hogar y Clínica se ingresan:

- Casos de evolución más benigna con indicación ortopédica preponderante, correctora o profiláctica.
- Casos con lesión curada con deformaciones de los miembros, actitudes viciosas, sobre todo del pie, cifosis o jorobas progresivas que trastornan la función de las vísceras torácicas.; indican operaciones de cirugía ortopédica para curar cojos y jorobados.
- Gracias a la terraza-solarium estos enfermos pueden ser sometidos a Helioterapia.
- Los resultados obtenidos han sido verdaderamente notables.

VI) Raquitismo (2 casos). Describe la enfermedad como de origen constitucional y de etiología aún no claramente definida, en la que hay un trastorno del metabolismo del calcio porque el organismo no lo recibe en cantidad suficiente o porque no posee la facultad de asimilarlo. En el niño sobreviene un reblandecimiento óseo cuando la carencia se produce ya entre los 2 y 6 meses de edad. En la oscura etiología del raquitismo se vislumbra el importante papel que juegan las vitaminas, las glándulas endocrinas (suprarrenales, timo, hipófisis) y la acción de la luz en la asimilación del calcio; la relación entre el calcio asimilado y eliminado es negativa. Las consecuencias más frecuentes son:

- En el extremo proximal del fémur se presenta coxa vara.
- En el muslo el fémur se incurva creando una crura vara.
- La rodilla puede formar un genu varum o un genu valgum.
- En las piernas la desviación tibial con incurvación puede dar lugar a piernas zambas en varo, en valgo, en antecurvado.
- En el extremo distal de la tibia las incurvaciones repercuten en tobillo y pie creando el pie plano raquítico.
- En la columna vertebral los cuerpos se deforman por compresión en cuña anterior o en cuña lateral dando lugar a la formación de cifosis raquíticas en el primer caso y a las escoliosis raquíticas en el segundo caso.
- En el esqueleto esterno-costal puede aparecer deformación de prominencia y convexidad esternal o pecho de pichón o bien depresión esternal con concavidad anterior o pecho escafoideo.

Los medios terapéuticos al alcance dependían de la fase de la enfermedad: en período florido del raquitismo mediante medicación, helioterapia y aparatos ortopédicos, y en la fase esclerosa ya participaba la solución quirúrgica con osteotomías y osteoclasias.

VII) Deformidades de los miembros inferiores consecutivas a neuropatías y raquidisplasias.

- Parálisis Espásticas. La espasticidad sostenida determina el acortamiento muscular y tendinoso y crea actitudes viciosas típicas como coxa adducta, genu flexum, pie equino, formando una posición combinada con las tres desviaciones. Para luchar contra ellas se recurría a las tenotomías, que podían alterar el equilibrio entre agonistas y antagonistas

y abocar a nuevas desviaciones. Aparecen nuevas operaciones para disminuir la energía de los músculos contracturados y se indican de preferencia éstas que siguen:

- a) Operación de Forster: laminectomía amplia para aislar y seccionar las raíces posteriores sensitivas.
- b) Operación de Stoffel: resección de filetes nerviosos motores que inervan los músculos contracturados, creando en ellos una parálisis parcial.
- c) Operación de Royle: ramisección de los comunicantes del simpático para combatir la espasticidad, basándose en los estudios sobre el simpático de Sherrington.

Salaverri comenta que en su experiencia estas operaciones proporcionan resultados iniciales alentadores y que además son de ejecución difícil y de dosificación de la parálisis deseada también difícil. Con el paso del tiempo reduce el entusiasmo porque si bien primeramente disminuye la espasticidad, descubre que finalmente vuelve.

– Espina bífida oculta (4 casos)

Esta malformación es mucho más frecuente de lo que podía suponerse como ha puesto de manifiesto la información moderna que proporcionan los Rayos X. Se ha comprobado que hay una relación de dependencia entre la raquidisplasia y los trastornos nerviosos vesicales o rectales y las deformaciones progresivas de los pies, que son de oscura etiología. Éstas se desarrollan en niños que aparecían en sus primeros años completamente normales, y de una manera insidiosa y sin causa aparente se ve formarse y progresar gradualmente una deformación en sus pies. La causa de estos accidentes nerviosos se quiere referir a:

- Raquisquisis o dehiscencia del canal vertebral.
- Compresiones y adherencias entre las cubiertas meníngeas de la médula y cola de caballo.
- Lámina fibrosa que obtura el canal vertebral o puede hacer prominencia en el interior del canal vertebral.
- Desarrollo del canal vertebral con mayor intensidad que la médula, que va quedando corta.
- Desarrollo desigual causante de tracciones medulares y de los filetes de la cola de caballo.
- Incremento de talla más intenso entre los 3-4 años y a los 10-12 años cuando inicia la enuresis nocturna y empiezan a deformarse los pies.

Las indicaciones operatorias siguen el esquema de Mutel (París 1924) en la siguiente forma:

- 1º Si el sujeto no presenta trastorno alguno, abstención.
- 2º Si desde el nacimiento existen accidentes paralíticos es seguro que a la raquidisplasia acompaña una mielodisplasia causante de los trastornos paralíticos y contra ésta la cirugía es impotente, por lo que la regla es la abstención.
- 3º Si a partir de la infancia y adolescencia, o más tarde aparecen trastornos nerviosos de curso progresivo, éstos serán debidos a lesión o a compresión medular o de los elementos nerviosos. Hay que indicar el innovador método de exploración radiográfica de Sicard con Lipiodol inyectado en los espacios sub y epidurales. Cuando se extiende sin obstáculo demuestra la integridad anatómica, que induce a pensar que se trata de una mielodisplasia y la abstención operatoria debe prevalecer. Cuando el Lipiodol se detiene en su trayecto por un obstáculo (estrechamiento o compresión) existe indicación para suprimir la causa de compresión y conseguir la curación de los trastornos nerviosos, a menos que exista también una mielodisplasia o degeneración nerviosa demasiado acentuada.

4º A estas indicaciones añade Salaverri que la intervención operatoria en la espina bífida oculta no puede nada contra las deformidades de los pies que por su causa se hayan producido. Estas deformidades hay que corregirlas por los medios ortopédicos; ahora bien contra su reincidencia puede ser la intervención de alguna eficacia.

En el conjunto de los pacientes referidos en la monografía aplica las soluciones quirúrgicas siguientes:

- En la cadera tenotomía a nivel de espina ilíaca superior.
- En la rodilla tenotomía sóleo-gemelar de Vulpius, tenotomía de los flexores de la rodilla, operación de Stoffel en el ciático, capsulotomía posterior.
- Vendajes de yeso tipo pelvipédico (incluso bilateral) o calza, según la región operada, mantenidos durante mes y medio, y después aparato ortopédico en posición de corrección.
- En el pie fasciotomía plantar, sutura del peroneo lateral largo trasplantado al peroneo lateral corto, para eliminar el efecto flexor plantar del primero.
- En la raquisquisis la operación consiste en incisión media, extirpación del tejido fibroso adherido al saco dural, separación y abertura del arco posterior bífido con el escoplo, liberación del saco dural para que pulse libre y sutura mioplástica epidural.

Crítica de los resultados obtenidos.

Ha seleccionado una casuística de casos interesantes en vez de ofrecer una estadística numérica y en ellos se puede ver que unos terminan por curación y una gran mayoría por un alivio de su estado, que para el equipo que los ha tratado representa también una curación. Comenta el concepto de curación, difícil de establecer en nuestra especialidad porque quienes conocían el estado preoperatorio no vacilan en considerar el resultado como una curación, mientras que quienes desconocían la situación previa no lo valoran así porque solamente ven algún defecto permanente, contra el que los medios disponibles son todavía ineficaces. Considera los casos graves de parálisis infantil descritos, con múltiples retracciones tendinosas y deformaciones articulares y disimetrías en las extremidades inferiores, que no podían andar y que se desplazaban balanceándose con dos muletas e incluso arrastrándose por los suelos. Quién los ha visto así no puede menos de considerar como una curación el verles andar libres, realizando el paso, aunque sea con muletas o con aparatos ortopédicos y con las piernas rectas. Estos niños tratados en el Hogar y Clínica de San Juan de Dios podrían considerarse más propios de un Asilo de incurables y la labor de cirugía ortopédica con ellos no es empresa de lucimiento, pero satisface haber mejorado la suerte de estos desgraciados.

Epílogo

El resumen de tan extensa memoria elaborada por el doctor Salaverri Aranguren, reduciéndola a unas pocas páginas quizás aún prolijas, ha sido obligatorio para poder transmitir a las actuales promociones de especialistas la riqueza de este ilustradísimo fresco, que nos informa de la situación de la patología osteoarticular de los niños a principios del siglo pasado, de las posibilidades terapéuticas existentes en aquel momento y de lo que era necesario llevar a cabo para mejorar el estado de los pacientes. Partiendo de cero la visita de un hermano limosnero desencadenó la conjunción de un generoso mecenazgo, de una orden religiosa hospitalaria y de un eminente cirujano de formación europea, y a todos ellos animaba el espíritu de servicio y el amor al prójimo, que procedían de las enseñanzas de Jesús de Nazaret. La fe religiosa que alentó tales acontecimientos debe reconocerse y de lo contrario su ocultación sería una grave omisión en el relato histórico de lo que ocurrió en Santurce hace un centenar de años a partir del fallecimiento de los hermanos Aguirre. Gracias les sean dadas a todos por haber atendido al soplo del Espíritu.

La artrorisis.

A la experiencia relatada en esta importante Memoria debemos añadir la primera Monografía Clínica del Hogar y Clínica de San Juan de Dios, en Santurce, que redactó y publicó el doctor Manuel

Vasallo Maculet, ayudante del doctor Salaverri, sobre el tema “La artrorisis en el pie paralítico” en 1929. Debería ser el inicio de una serie sobre diversos capítulos de Cirugía Ortopédica, basados en el estudio de las afecciones que presentan los niños acogidos en esta Institución. Una labor como la que se va realizando en esta Clínica dejaría de ser eficiente si sobre la misma se extendiera el velo del silencio, afirma Salaverri en el prólogo. El autor llama la atención sobre el hecho de ser los primeros en aplicar la artrorisis del tobillo en el pie paralítico y se apoya en la revisión de la bibliografía mundial, en la que solamente ha encontrado veintisiete citas bibliográficas. La técnica que publica es rigurosamente inédita y se debe a la idea personal de su maestro Salaverri. Los casos se valoran con la mayor cantidad de pruebas posibles, radiografías y fotografías, y con el detenido estudio de estos datos. Con posterioridad no se publicaron otras monografías, como era su intención; nuestra búsqueda y las consultas a profesionales de este entorno no han localizado ninguna más.

ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

El Sr. Salaverri (D. Manuel) ha sido elegido Presidente de esta Academia para el presente curso (según narra el acta de la sesión celebrada el día 16 de noviembre de 1923). El nuevo Presidente se dirigió a los académicos con un breve discurso de agradecimiento del que entresacamos algunos puntos: reconoce la asiduidad de la asistencia de los académicos a las sesiones; pide que el nivel alcanzado por la Medicina y la Cirugía en Bilbao quede reflejado en la programación de las sesiones científicas; agradece la participación de médicos de espíritu bien cultivado que han dado días de gloria con sus comunicaciones y publicaciones; reclama que las primicias de los trabajos de los académicos se publiquen en su Revista; propone que la Academia agregue al tema de Casos prácticos un segundo de Lección Clínica. Al término del discurso se recomienda a la benevolencia de los miembros y agradece en el alma el honor que le dispensan. La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao había sido fundada en el año 1895 y gozaba del máximo prestigio en el País Vasco.



Gaceta Médica de Bilbao 2012. Volumen 109 a los 128 años de su fundación.

La Gaceta Médica del Norte (fundada en 1884 por el Colegio de Médicos), era la revista de la Academia y en ella publicó en doctor Aranguren varios trabajos que hemos conseguido leer gracias a las aportaciones, en este caso y en otros varios, con que me ha ayudado el buen amigo Villar del Fresno, a quien manifiesto mi agradecimiento. Resumiremos su contenido para que lleguen al lector los temas a los que dedicó esfuerzo, análisis y divulgación.

– Lesiones de la rodilla banales en apariencia

Su objetivo es ayudar a descubrir esta patología para que no pase desapercibida y no quede etiquetada como distensión o relajación. Los presenta en cuatro grupos:

1) Distensiones ligamentosas laterales. Generalmente se acompañan de desprendimiento perióstico femoral o tibial y recaen sobre todo en el lateral interno. Aplica tratamiento sencillo con vendaje compresivo hasta 3 semanas.

2) Distensión de ligamentos cruzados

Nos recuerda el mnemograma AEPI: cruzado anterior al cóndilo externo y cruzado posterior al cóndilo interno. El arrancamiento más frecuente es el de la inserción femoral y el de la tibial a veces se acompaña de fractura de la espina tibial. Suelen producirse por hiperextensión para el cruzado

anterior e hiperflexión por el posterior. Caracterizan la sintomatología el dolor violento y la impotencia inmediata para la marcha; a las 24 horas aparece hidrartrosis y hemartrosis y en la exploración se detecta hipermovilidad. Aconseja el tratamiento quirúrgico porque estas lesiones intraarticulares no tienden a cicatrizar y repara el cruzado anterior externo con colgajo de la fascia lata pasado a través de un túnel perforado en el cóndilo externo y el cruzado posterior con tendón del recto interno tunelizando el cóndilo femoral interno.

3) Lesiones meniscales

Ya presentó una comunicación análoga en esta Academia en 1915. La globalidad de este trabajo de hace un siglo nos informa de los conocimientos y de las soluciones de que disponían estos maestros. Se caracterizan estas lesiones por la brusquedad de aparición a partir de una torsión con la rodilla en semiflexión y después posible extensión; el 95 ó 98% de veces se lesiona el menisco interno y nos describe el mecanismo de arrastre de éste hacia la parte posterior de la cavidad glenoidea tibial, demostrando un antiguo conocimiento de la forma de producción. Aparece dolor brusco y violento en la interlínea articular interna y en casos de luxación puede bloquear el movimiento por espasmo muscular reflejo. Las lesiones meniscales evolucionan con repeticiones de esta sintomatología. Como tratamiento indica la meniscopexia, si es posible, o la meniscectomía, más eficaz.

4) Cuerpos libres (artrófitos)

Se trata de formaciones osteo-cartilaginosas o fibro-cartilaginosas sueltas en la cavidad articular, descritas ya en 1558 por Ambrosio Pareo ("sicut dixit"). Explica la patogenia y comenta las teorías de Monró, de Laenec, de Larrey, de Velpeau y de Volkmann. Se adhiere a esta última que diferencia entre los cuerpos libres en articulaciones sanas que han sufrido un traumatismo, con desprendimiento inmediato de una cáscara cartilaginosa que se separa o secuestra, y articulaciones enfermas en las que la sinovial por procesos degenerativos da lugar a células cartilaginosas o fenómeno de condricificación sinovial, según la teoría de Kauffmann. La sintomatología inicial es escasa a menudo, porque los condromas están encapsulados en la sinovial, pero si se desprenden y se interponen en la articulación el dolor es súbito y a partir de entonces el cuerpo libre contusiona y frota la sinovial y entretiene una artritis crónica con hidrartrosis de repetición. A veces reconoce el enfermo que en una articulación se mueve alguna cosa y en las radiografías son visibles los condromas libres si presentan algún núcleo de osificación. El tratamiento estriba en su extracción, operación que practicó por primera vez Verneuil en 1878 como "talla articular" y que en la primera década del siglo XX ya era de absoluta confianza si se aplicaban las normas de asepsia; se indica cuando el trastorno funcional y la artritis son crónicos y hacen la vida del enfermo poco agradable.

– Artroplastia de la rodilla

Presenta dos casos de fractura del tercio distal del fémur consolidadas con tratamiento conservador y con secuela de limitación de movilidad en la rodilla, debido a adherencias contraídas entre la polea femoral y la rótula, es decir, con anquilosis (según su autor) rótulofemoral. En ambos casos propone una solución quirúrgica personal consistente en:

- Larga incisión cutánea longitudinal por la mitad de la rótula, aislando su cara cutánea del tejido celular subcutáneo.
- Incisión de la aponeurosis y la cápsula articular longitudinalmente a ambos lados de la rótula.
- Sección de las adherencias con un osteotomo entre rótula y polea femoral, separando así totalmente la rótula del fémur.
- Obtención en la cara externa del muslo contralateral de un colgajo de fascia lata con grasa subcutánea.

- Introducción del colgajo por una de las incisiones laterales de la rótula, sacándolo por la otra y suturándolo a los márgenes de las incisiones pararotulianas.
- Aplicación del colgajo aponeurótico grasoso con su cara aponeurótica sobre la superficie rotuliana y la cara grasosa hacia la polea.

-Vulnerabilidad del peroneo en la corrección de las contracturas de rodilla.

Las contracturas por retracción tendinosa en la parálisis infantil o por rigideces y anquilosis articulares consecutivas a artritis agudas y crónicas pueden corregirse por medios mecánicos aplicados por etapas. Dispone de los aparatos ortopédicos y de los dispositivos de extensión continua en la cama, que consisten en segmentos de vendaje de yeso provistos de palancas sobre las que se hace actuar la tensión elástica gradual de una cuerda en torniquete; obliga a almohadillar el enyesado para evitar ulceraciones compresivas, en este método llamado de Momen, y a evitar la producción de una subluxación tibio-femoral. A pesar de que el tratamiento ortopédico puede conducirnos a la corrección de tales contracturas sin incidentes ni complicaciones, resulta que se halla en una época de intervencionismo que lleva a operar incluso casos sencillos. Se confiesa "reo de este pecado" al recurrir a innecesarias intervenciones que ofrecían la impresión de una más rápida corrección, pero no fue así ya que el tratamiento postoperatorio exige mayor lapso de tiempo que el que se preveía.

El gran escollo de la corrección operatoria es la vulnerabilidad del nervio peroneo, que acarrea una parálisis del grupo muscular anteroexterno de la pierna determinando un pie equino con varismo y deformación progresiva. La mayoría de autores aconsejan para evitar su lesión al seccionar el tendón del bíceps practicar previamente disección del nervio ciático poplíteo externo. A pesar de esta técnica, previa a las tenotomías y capsulotomías de la corrección forzada, se ha visto sorprendido por parálisis irremediable de las ramas peronea y tibial. La explicación de estos accidentes la encontró Von Aberle de Viena en sus investigaciones experimentales con cadáver:

- El ciático poplíteo interno y el externo se dejan distender en una longitud milimétrica aproximadamente igual practicando una tensión del tronco común del ciático.
- El tibial posterior y el anterior no se distienden por igual pues a una distensión de 15 mm. del primero no correspondía más que 0,5 mm. del tibial anterior.
- Existe un obstáculo a la transmisión de la tensión realizada desde el tronco común del ciático.
- El nervio está fuertemente adherido a la corredera que le presenta la cabeza del peroné por bridas fibrosas y expansiones aponeuróticas de la inserción inferior de la fascia lata.

Para aliviar este inconveniente de resistencia nerviosa a deslizamiento longitudinal y de vulnerabilidad Von Aberle aconseja dejar la rodilla en ligera flexión postoperatoria, que puede corregirse en días sucesivos. En casos seguidos de contractura relativamente exagerada ha recurrido para su corrección a la osteotomía supracondílea, que provoca un acortamiento femoral y menor distensión nerviosa. En los casos de contracturas extremas indica la operación de Perthes, que es una osteotomía cuneiforme supracondílea de base anterior que procura una mayor disminución en la longitud del fémur, salvaguardando de un exceso de distensión del nervio ciático poplíteo externo. En las contracturas por parálisis infantil en la que la parálisis del grupo extensor del pie sea total, no ha de detener al cirujano la vulnerabilidad del peroneo y puede recurrir a la corrección quirúrgica abierta.

– Falsa coxalgia

Nos refiere como el descubrimiento de los Rayos X y su no lejana aplicación al estudio de la patología de la cadera, ha permitido precisar diagnósticos y descubrir entidades nosológicas nuevas. Así se han podido deslindar y describir con precisión procesos que han enriquecido dicha patología como son la coxa vara esencial y traumática, las osteo-artritis deformantes, la coxa plana. Presenta una afección que no se encuadra en ninguna de las entidades mencionadas.

Se trata de una niña que a los 6 años empezó a cojear y que fue tratada como coxálgica mediante extensión en cama, inmovilización en yeso y deambulación con aparato ortopédico inmovilizador, con una duración del tratamiento de tres años. Lleva un año sin aparato y la claudicación ha aumentado, acompañada de gran rigidez de cadera en actitud viciosa y de acortamiento aparente de 4 centímetros; el estado general es inmejorable, no presenta contractura ni dolores y la atrofia de muslo la relaciona con el defecto funcional articular. Toda la semiología le hace pensar en una coxalgia en su período final.

La exploración radiográfica consigue proporcionar, con dificultad debida a la actitud viciosa, dos clichés obtenidos en planos perpendiculares entre sí. La nueva técnica le descubre la existencia de una pieza ósea que se extiende desde el trocánter hasta la tuberosidad ilíaca detrás del reborde cotiloideo, con independencia del cuello femoral. Su extirpación permite comprobar la unión en continuidad de la pieza ósea con el trocánter en tanto que junto al reborde cotiloideo existían tan solo bridas fibrosas. Esta implantación de base piramidal en el trocánter y no en la zona del cotilo descarta que se trate de una miositis osificante a nivel de un músculo pelvitrocantéreo, y considera que está ante un caso de anomalía de desarrollo del cartílago de conjugación subtrocantéreo que ha determinado un osteoma dirigido en su desarrollo hacia el cotilo. Con la extirpación la niña recuperó la posición normal y su movilidad perdida.

– Deformidades postcoxálgicas

La coxalgia es una enfermedad de largo período evolutivo y a veces los enfermos no dan ocasión a terminar el tratamiento y basta un ligero abandono para que las deformidades consecutivas se establezcan. El objetivo del cirujano es no ser vencido por éstas, que tienen dos orígenes, de una parte las contracturas y de otra la destrucción articular de causa tuberculosa.

En fase aguda el miembro adopta la posición de abducción y flexión del muslo con rotación externa. Hace el análisis de las explicaciones expuestas a principios del siglo XX:

- Teoría de Bonnet . Con inyecciones intraarticulares hasta máxima repleción se obtiene una posición de abducción-flexión-rotación externa o de máxima capacidad articular, que en la enfermedad sería provocada por el derrame articular.
- Teoría de König. La posición se determinaría para descargar la articulación del peso del tronco y por el decúbito lateral sobre el lado sano en la cama.
- Teoría de Lorenz. Sería debida a la contractura espasmódica de los músculos periarticulares que lleva la articulación en período inflamatorio a un estado de relajación favorable para la protección de la sinovial.

Si el proceso tuberculoso alcanza la curación en esta fase, la transformación fibrosa cicatricial de sinovial y cápsula fijará la articulación en esta posición. Por el contrario si el proceso se propaga a las superficies articulares la sinovial se transforma en fungosidades y se destruyen los filetes nerviosos y surge la actitud viciosa en adducción y flexión, que resultará definitiva en fase de curación.

El autor exige una exploración metódica de la posición articular con precisión angular y numérica para desviaciones y disimetrías. Con el enfermo sobre la mesa en decúbito supino se fuerza el paralelismo de los miembros, se marcan las espinas ilíacas anterosuperiores y se mide su desnivel; se miden las distancias entre estas espinas y el maléolo interno (longitud del miembro); traza la línea de Nelaton-Roser o isquio-espinal y la línea del eje diafisario femoral, que normalmente forman un ángulo anterior de 130; y así calcula el grado de flexión; flexiona al máximo la cadera sana hasta eliminar la hiperlordosis compensadora de la coxa flexa y también así evidencia la flexión viciosa de la cadera; examina con la pelvis horizontal si se ha formado una escoliosis lumbar secundaria a la inclinación pélvica y el ascenso o descenso de la hemipelvis del lado enfermo según exista adducción o abducción; finalmente valora el grado de genu valgum secundario a la coxa adducta.

– Su tratamiento.

De las exploraciones preoperatorias se deduce que cada caso será un problema individual para la indicación terapéutica. El acortamiento que acompaña las desviaciones puede ser aparente debido a la posición viciosa y a la desviación pélvica, o bien real por destrucción articular y por disminución del crecimiento secundaria a la repercusión del proceso tuberculoso sobre el trofismo. La corrección de posiciones viciosas y del defecto aparente de longitud se obtiene con relativa sencillez mediante una osteotomía subtrocantérica, practicada por primera vez por el cirujano inglés Rhea Barton en 1826 y después utilizada con algunas variantes por Langenbeck, por Volkmann y por Lorenz, que añadió tenotomías y miotomías. En su práctica Salaverri emplea el método subcutáneo en los pacientes delgados y prefiere hacerlo a cielo abierto en los individuos gruesos, porque en éstos el espesor del panículo adiposo subcutáneo es un obstáculo para el manejo del cincel y se corre el riesgo de provocar una lesión vascular o nerviosa. La sección femoral es oblicua de fuera a adentro y de arriba abajo, como aconsejaba Hoffa, y así puede conseguir un alargamiento real de la longitud del fémur por deslizamiento de los planos de sección femoral. La corrección obtenida se fija en buena posición del miembro mediante un vendaje de yeso pelvipédico confeccionado bajo narcosis quirúrgica prolongada. En su práctica de varios años de cirugía ortopédica ha tenido ocasión de realizar esta operación en muchos casos y el éxito ha sido brillante siempre. La estética y dinámica del individuo varía totalmente, desaparece casi en absoluto la claudicación y se ven libres de aparatos ortopédicos; la deformidad vertebral, cuando varía la posición del miembro, suele desaparecer. En la coxa adducta suele formarse un genu valgum que en casos exagerados hay que corregir quirúrgicamente y lo hace mediante una osteotomía supracondílea femoral de varización.

Las coxalgias curadas con gran acortamiento destructivo, pero sin posición viciosa pelvi-femoral no son justificables de tratamiento por osteotomía y basta con aplicar un calzado ortopédico que suplemente el acortamiento para mantener la pelvis en su posición normal. En algún caso de dismetría ha llegado a practicar la operación americana de Taylor (1916) consistente en disminuir la longitud del fémur del miembro sano en una medida igual a la del acortamiento destructivo producido por el proceso coxálgico; lo aconseja como recurso excepcional.

En esta exposición de su experiencia en el tratamiento de una patología tan compleja, se pone de relieve la meticulosidad del estudio preoperatorio y el rigor de cálculo de las desviaciones que quiere corregir en cada caso concreto. El planteo de la solución quirúrgica sigue la técnica de los maestros centroeuropeos que cita, en cuyas escuelas estudió estos métodos. Salaverri nos impresiona con su capacidad de síntesis clínica y con su habilidad para la solución quirúrgica en unos tiempos casi centenarios, cuando se sentaron las bases de nuestra especialidad en la que se acreditó como gran pionero y gran maestro, capaz de comunicación de sus conocimientos y sus habilidades para que se difundieran.

OSTEOSÍNTESIS EN LAS FRACTURAS

Cuando el Dr. Manuel Salaverri ejerció sus dos años de mandato como Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao tuvo que cumplir con el precepto reglamentario de pronunciar un discurso científico en la apertura del curso 1924-25 y fue su postrer acto en el cargo. Eligió un tema de gran novedad en aquella época en la que el tratamiento conservador de las fracturas era preceptivo y Lorenz Böhler estaba ordenando y redactando sus experiencias y su doctrina a partir de la casuística de 1914-18, durante los años de guerra mundial cuando trabajó en el hospital de Bozen (Bolzano) en el Tirol meridional. El tratamiento abierto con osteosíntesis estaba en sus balbucesos hace noventa años y gracias a Salaverri podemos conocer cuáles fueron las primeras indicaciones, el rigor de la técnica y los elementos al alcance del cirujano. Sin él no tendríamos de información

lejana sobre la evolución de la traumatología española moderna en sus albores, expuesta de formada científica, ordenada y razonada.

De entrada comenta la osteosíntesis afirmando que cuanto más perfecta sea la coaptación de los fragmentos de una fractura mejor será el resultado anatómico y funcional del tratamiento de la misma y se conseguirá su consolidación en el más breve espacio de tiempo. Esta es su esperanzadora tarjeta de presentación, apoyada en el hecho de que con los métodos incruentos no es siempre fácil conseguir esta buena coaptación y sobre todo el mantenerla.

Indicaciones.

La osteosíntesis la considera el método más racional en el tratamiento de las fracturas, pero sus indicaciones están muy limitadas por el peligro, ni mucho menos remoto, de llevar una infección a un foco cerrado y aséptico y así provocar irreparables daños que pueden alcanzar a la amputación; lo que fracasa no es la osteosíntesis sino la asepsia. Tan solo cuando haya imposibilidad de conseguir la coaptación y el mantenimiento de los fragmentos por los métodos incruentos corrientes podremos recurrir a la osteosíntesis. Entre las dificultades del tratamiento incruento que justificarán la abertura focal cita las fracturas diafisarias transversales y oblicuas no coaptables, las fracturas de antebrazo con fragmentos entrecruzados, la interposición de tejidos blandos, el desplazamiento de un fragmento libre, el arrancamiento de una apófisis de inserción, fracturas con importante lesión vascular o nerviosa, fracturas transcervicales o basicervicales de cuello de fémur y pseudoartrosis diafisarias.

El acto operatorio puede ser urgente en las complicaciones vásculo-nerviosas, pero en los demás casos diafisarios opina que es más aceptable esperar una o dos semanas, al igual que Lambotte. En las primeras veinticuatro horas existen circunstancias desfavorables postraumáticas de tipo local o general, en especial erosiones, equimosis y tejidos contusionados que disminuyen la vitalidad local. Una consideración fisio-patológica más importante aún aconseja esperar a que el proceso de reparación encomendado a la capa cortical subperióstica haya tenido tiempo de crear los mamelones óseos adheridos al periostio, que serán arrancados con la desperiostización y que serán garantía de la formación de callo; es una noción muy importante sobre la osteogénesis para la práctica de la osteosíntesis.

Este período preoperatorio tiene que acortarse en las fracturas por arrancamiento de apófisis de inserción, olecranon, rótula, epitróclea, calcáneo, porque favorece las retracciones de los músculos, que en ellas se insertan, constituyendo luego un obstáculo para la reunión de los fragmentos fracturarios. En las fracturas articulares los grandes hematomas rellenan de coágulos la cavidad y separan los fragmentos, por lo cual también tiene que ser menor el tiempo de espera.

Técnica.

Para todos los métodos de osteosíntesis han de valer los consejos técnicos generales que nos explica. Ante todo la asepsia ha de ser rigurosísima y no debe abrirse el foco de fractura a través de piel lesionada o sin garantías de esterilidad. Se procurará que la incisión sea arciforme para evitar que coincida con la línea de fractura.

Cuando se atraviesen planos musculares para exteriorizar el foco de fractura la disección será obtusa entre tabiques intermusculares, procurando no incidir sus masas y si ello fuere preciso será en la dirección de sus fibras. En el momento de exteriorizar los extremos óseos habrá que conservar en lo posible su revestimiento perióstico, y para reducirlos y coaptarlos se evitará el pincharse y perforar el guante y se realizará la extensión del miembro mediante aparato mecánico adaptado a la mesa de operaciones o simplemente por un ayudante; con las manos del cirujano se asirán elevadores de gancho y palancas especiales.

Sutura de los fragmentos.

Los procedimientos que han de elegirse para la reunión de fragmentos tienen su indicación precisa en la variedad de fractura que haya de someterse a la osteosíntesis. Comenta y describe los siete siguientes: 1º Sutura perforante mediante hilo metálico; 2º Ligadura circular con hilo metálico o con cinta metálica (Parham-Putti); 3º Enclavijamiento con clavo o tornillo metálico; 4º Fijación por placas metálicas y tornillos; 5º Fijación por placas metálicas y ligadura circular de hilo metálico o cintas; 6º Aplicación de injerto óseo homoplástico bien por encaje y enlace intramedular o por encaje y enlace cortical combinado con ligadura de hilo o cinta metálica; 7º Reunión y fijación temporal con el fijador de Lambotte. A lo largo de la exposición va precisando las indicaciones de cada procedimiento y algunas particularidades técnicas y en el texto de la conferencia se publican veintiuna figuras muy ilustrativas.

La aplicación del injerto óseo, fijado con ligaduras circulares o cintas metálicas sobre el lecho receptor donde encaja, se fundamenta para él en su participación en la osteogénesis. El hueso vivo trasplantado se obtiene de la cara antero-interna de la tibia con sierra circular y escoplo estrecho de 5 mm. y ya encajado sobre la fractura será reabsorbido lentamente y sustituido a su vez por la osificación de los extremos de la fractura, obrando como elemento conductor de la osificación. El injerto debe aplicarse bajo la capa perióstica de los extremos óseos fracturarios, porque ésta es la osteógena y no la capa externa, y la desperiostización será cuidadosa y limitada, conservando sus relaciones con las capas suprayacentes para no dañar su vascularización y la vitalidad del periostio.

Osteosíntesis temporal.

Así denomina a la fijación externa y en su discurso le dedica especial atención definiéndola como "la aplicación de fijadores metálicos externos unidos a las diáfisis fracturadas por largos tornillos que perforan toda la capa cortical y sobresalen de la superficie cutánea". Describe el fijador de Lambotte, que utiliza y que para él es el más conocido, así como la técnica de su aplicación y el manejo de la pinza-gatillo del mismo autor.

Como coletilla avisa que en la osteosíntesis la intolerancia del material exigirá su extracción a ser posible en cuanto se manifiesten los primeros síntomas, de otro modo se da lugar a la formación de abscesos que pueden comprometer el resultado. Pero allí donde no presente signo alguno de intolerancia puede dejarse inmediatamente o para siempre el material de sutura en el seno de los tejidos.

Quienes hemos vivido la eclosión de la osteosíntesis de la mano de la AO Suiza con sus maestros podemos afirmar que la experiencia de Salaverri resulta extraordinaria en su momento histórico y que los principios y los detalles técnicos que relata permanecen vigentes al cabo de los años. Han seguido siendo útiles cuando han aparecido elementos de osteosíntesis normalizados y tácticas bien codificadas, para que en cualquier lugar del mundo una osteosíntesis pueda ser realizada con similares normativas. Sin esta conferencia la realidad española de su época sobre esta materia no habría llegado a la posteridad, que para él somos nosotros.

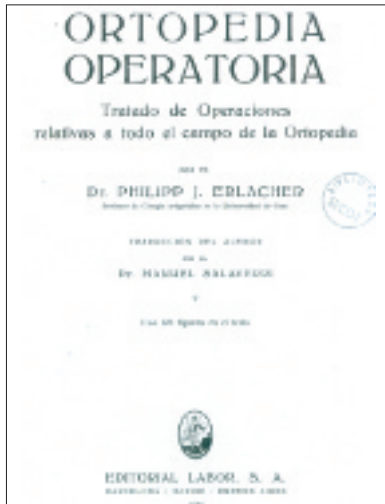
PHILIP ERLACHER (1886-1980)

Este profesor de cirugía ortopédica de universidad austríaca de Graz escribió un tratado de "Ortopedia Operatoria", subtítulo "Tratado de operaciones relativas a todo el campo de la



Philip Erlacher (1886-1980).

ortopedia". Para su traducción fue elegido el doctor Manuel Salaverri, por su acreditada personalidad científica, por su conocimiento de la lengua alemana y por sus antecedentes de alumno de profesores ceuntroeuropeos a lo largo de sus viajes de estudio. Una vez más existió el apoyo de la Editorial Labor, que tanto se esforzó para que los libros de medicina alemanes pudieran llegar a los países de habla castellana y con la publicación de este tratado en 1932 se rindió un magno servicio a los cirujanos ortopedas.



El autor afirma en el prólogo que la evolución de la terapéutica ortopédica en los últimos decenios ha experimentado un cambio radical con el conocimiento de la antisepsia y asepsia, gracias a las cuales se echaron los primeros jalones del nuevo arte quirúrgico en las intervenciones abiertas. La nueva cirugía con trasplantaciones tendinosas o artroplastias no debe hacer olvidar que las intervenciones incruentas (escoliosis, luxación congénita de cadera, pie zambo) pertenecen al arsenal de la terapéutica ortopédica. Para completar la formación de un ortopédico se exigen ciertos conocimientos mecánicos, alguna habilidad técnica y estar familiarizado con la construcción de aparatos ortopédicos y prótesis, y finalmente añade también las nociones de masaje y mecanoterapia.

Para tener una idea perfecta de la aceptación y divulgación de las distintas intervenciones operatorias cruentas o incruentas, Erlacher realizó una encuesta cerca de todos los miembros de la Sociedad Alemana de Ortopedia y de renombrados especialistas de Norteamérica, Italia y Francia. Su resultado viene a establecer el estado actual de la terapéutica ortopédica y en todo el libro ha procurado describir lo más exactamente posible el procedimiento de elección ateniéndose al resultado del cuestionario, es decir, refiriéndose al procedimiento más comúnmente empleado.

La extensión de la obra es de 537 páginas distribuidas en parte general (fundamentos del tratamiento general y de las intervenciones ortopédicas) y en parte especial (cuello, regiones de la extremidad superior, columna vertebral, pelvis y regiones de la extremidad inferior). En las articulaciones siempre distribuye los métodos en los capítulos de inmovilización, extensión, punción y deformaciones; las lesiones nerviosas y las parálisis de cada nervio de las extremidades reciben especial atención.

Explica que toda deformación, prescindiendo de la lesión que la originó, es casi siempre consecuencia de un proceso largo y duradero, bien se haya desarrollado en el período embrionario como si aparece en edad más tardía. En la ejecución de la intervención ortopédica no tratemos de combatir solamente la deformación sino que debemos tener en cuenta su origen y como se ha desarrollado, es decir, la enfermedad causal; debemos también excluir las influencias perjudiciales, de acción permanente y duradera. El tratamiento de las deformidades congénitas lo compendia en tres cortas frases:

- El tratamiento debe comenzar en la edad más temprana posible.
- Debe ser lo más radical posible, evitando mutilaciones.
- Debe ser continuado hasta tanto que todos los tejidos se hayan adaptado a la nueva forma normal.

Para clasificar las intervenciones terapéuticas tienen importancia las variaciones anatomopatológicas y presidirán las medidas terapéuticas que hayamos de emplear. Desde este punto de vista las deformaciones las clasifica en:

- 1º Actitud viciosa: Deformidad que aún puede corregirse de modo activo por el paciente.

2º Posición viciosa: Deformidad que ya no puede corregirse activamente, pero sí de un modo pasivo.

3º Deformación: Huesos, ligamentos y músculos se han adaptado al defecto y han variado de tal forma que sin cortes y secciones de tejidos no será posible la corrección pasiva.

Este libro contiene las técnicas y las normas de conducta terapéuticas que guiarán el riguroso trabajo del doctor Manuel Salaverri durante años de actividad quirúrgica ortopédica.

FUNDACIÓN DE LA SECOT

Don Manuel Salaverri, debido al prestigio personal que le habría proporcionado el rigor de su carrera profesional, era bien conocido por Don Manuel Bastos Ansart y fue uno de los que recibió su carta con la propuesta de fundar una sociedad especializada para los cirujanos ortopedas y traumatólogos españoles. Acudió a la reunión fundacional en el local del Colegio de Médicos de Madrid el día 16 de julio de 1935 y participó activamente en la elaboración de los Estatutos. Luego se resolvió que el primer Congreso Nacional se celebraría en Barcelona durante la segunda quincena de junio de 1936 bajo la dirección del Prof. Joaquín Trías Pujol. Al decidir a quien correspondería desarrollar las ponencias elegidas fueron nombrados para la segunda, "La compresión medular en los procesos potticos", Manuel Salaverri Aranguren, Ramón San Ricart, Eugenio Díaz Gómez y José Trueta Raspall. Con este primer congreso se produjo el bautismo académico de la SECOT pero el goce fue breve porque al cabo de tres semanas estalló la guerra llamada civil, no por la forma civilizada de su desarrollo sino por la lucha fratricida entre españoles durante tres años con medio millón de muertos.

Los prolegómenos que llevaron a fundar la SECOT los encontramos relatados en las biografías de Trías Pujol y de Bastos Ansart. El primero habría influido en las relaciones entre cirujanos españoles amantes de la ortopedia y la traumatología a través de las reuniones y conferencias de su cátedra y de las publicaciones en su Revista, y el segundo había sembrado la simiente de nuestra especialidad desde su Servicio del Hospital de Carabanchel, al cual muchos cirujanos acudían para ampliar su formación y así a Bastos le consideraban como su maestro. Como expusimos en las biografías de ambos fundadores ya habían compartido sus experiencias en la Guerra del Rif como cirujanos militares veinte años antes de la fundación de la SECOT.

Para Manuel Salaverri el estallido de la guerra significó un cambio en la actividad hospitalaria. El Asilo-Hogar fue respetado y el personal siguió trabajando, con su nueva asignación de Hospital de Sangre bajo el patronazgo de la Cruz Roja durante el período republicano de la zona de Bilbao, pero al caer el anillo de defensa de la ciudad conocido como "cinturón de hierro", bajo el empuje



Fracturas de fémur durante la guerra tratadas con contracción continua en el marco balcánico según el método de Böhler.

de las tropas nacionales franquistas a partir del 27 de junio de 1937 fue integrado como Hospital Militar en la organización del Ejército en guerra; en septiembre de 1942 fue restituido a sus funciones civiles propias de la Orden Hospitalaria.

La meticulosidad con la que Salaverri ordenaba el material clínico permite conocer la actividad durante este período de hospitalización militar.

– Hospital de la Cruz Roja (VIII 36 – VI-37):

Ingresados 387; salidos curados 168; salidos mejorados 82; salidos evacuados 129; fallecidos 8; asistidos en ambulatorio 485.

– Hospital Militar (VI-37 hasta IX-42)

Ingresados 4673; enfermos 1675; heridos 2998; salidos curados 2883; salidos evacuados 1788; fallecidos 2.

Durante estos años Salaverri contó con personal profesional que ya prestaba sus servicios desde 1925 y que fue respetado. Su médico ayudante era Don Bruno Alegría, el practicante Don Florentino Barrueta y posteriormente se incorporaron el Dr. Pedro Mújica y su hijo el Dr. Salaverri Bearán.

REFUNDACIÓN DE LA SECOT

La postguerra española, en un país destrozado y con un millón menos de personas entre muertos, exiliados y silenciados, fue el tiempo de la guerra mundial que destruyó y diezmó campos, pueblos y ciudades europeos, dejando en muchos unas heridas imposibles de restañar y en otros recuerdos que se transmitieron y que solamente se diluyeron con el devenir generacional. Al fervor militar y falangista español de los triunfantes, crecido al socaire del nazismo y del fascismo que le servían de pábulos nutricios del totalitarismo, siguió a partir de 1945, con Alemania repartida y silenciada, un moderado y calculado declive con aislamiento de los españoles, fueren cuales fueren, que seguían viviendo en su piel de toro encerrados y con grandes penurias, pero siempre controlados por la ideología única.

La SECOT fundada en 1935, con un Congreso celebrado en junio de 1936, con una guerra civil que estalló al cabo de 3 semanas, se diluyó como ninguna otra Sociedad científica porque sus miembros pasaron a desarrollar actividades sanitarias, bélicas como traumatólogos que eran, ya cerca de los campos de batalla ya en la retaguardia, según ha sido narrado en cada biografía a tenor de los avatares personales y de los documentos disponibles.

El mundo de la cultura sufrió la pérdida de muchas personalidades que en las últimas décadas habían elevado el nivel español y muchos de ellos, comprometidos con las ideologías republicanas, habían tomado el camino del exilio, la mayoría hacia América gracias a los barcos fletados en Burdeos por el Presidente mexicano Lázaro Cárdenas o por el Gobierno chileno con participación de Pablo Neruda, que organizó el viaje del Winipeck hacia Valparaíso. La mayoría fueron hombres del mundo de las letras, pensadores, docentes, periodistas, escritores, editores, pero también artistas, pintores, músicos, del teatro y tantos otros.

El mundo de los científicos quedó menos comprometido y a cambio de una fidelidad o de un planificado silencio pudieron sobrevivir en el país. Los hospitales habían sido convertidos en centros de atención de los heridos, los cercanos a los frentes de batalla fueron hospitales de sangre, otros se refugiaron en esta adaptación bajo las siglas de la Cruz Roja y otros fueron directamente militarizados por el Ministerio de Guerra y sus profesionales tuvieron graduación acorde con el cargo. En la zona republicana tener grado militar con sus estrellas visibles fue una protección evidente para los cirujanos frente a los posibles desmanes de tropas libertarias, no siempre dispuestas al respeto y a la obediencia y propensas a venganzas personales.

A partir de 1942 los hospitales fueron reintegrándose a sus anteriores actividades civiles y los médicos que no pertenecían al escalafón de la Sanidad Militar volvieron a sus ocupaciones profesionales de antes de la guerra. Tuvieron que adaptarse a los nuevos tiempos a partir de la penuria, que también les afectaba, porque los hospitales estaban faltos de material. Las bibliotecas universitarias no recibían revistas por interrupción de las suscripciones, por motivos de guerra española entre 1936-39, por razones de guerra europea entre 1940-45 y por falta de dinero para pagarlas entre 1946-50. He comprobado esta interrupción durante las pesquisas bibliográficas a

lo largo de mi vida y solamente he conocido una biblioteca donde todas las grandes revistas de nuestra especialidad estaban coleccionadas desde el número 1 sin interrupción, la del Instituto Rizzoli de Bolonia y allí pude completar la documentación de mi tesis doctoral y vencer el grave vacío informativo de quince años de nuestras bibliotecas. La llegada de recursos públicos fue normalizando la situación a partir de 1950.

Los antiguos miembros de la SECOT que seguían ejerciendo en los hospitales españoles empezaron a tener contactos personales y renació la idea de la Sociedad y la conveniencia de reorganizarla. Fueron 23 especialistas los que se reunieron el 19 de abril de 1947, más la adhesión por correo de otros 10 especialistas para refundar la Sociedad, redactar nuevos Estatutos y elegir una nueva Junta Directiva que fue la siguiente: Presidente, Manuel Salaverri Aranguren; Vicepresidente, Ramón San Ricart; Secretario, Manuel Clavel Nolla; Tesorero, Ángel Garaizabal Bastos; Vicesecretario, Cecilio González Sánchez y Director de la Revista, Vicente Sanchís Olmos. Lo que sucedió a partir de este momento ha sido narrado con gran detalle por el amigo Eduardo Jordá en su obra sobre la historia de la SECOT y de ella entresacaremos tan solo datos referentes al doctor Salaverri. Ocupar la Presidencia por elección de los compañeros fue un acto de reconocimiento a su valía humana y científica y a su notable trayectoria hospitalaria; lo mismo podemos decir del Vicepresidente San Ricart, y ambos procedían del núcleo fundacional de la SECOT en 1935; en este renacer la Junta contó con la ilusionada actividad de Sanchís Olmos, que multiplicó sus actividades. Las juntas de sociedades debían reflejar en aquella época una mínima sintonía con el régimen político que gobernaba a los españoles, conocido simplemente como el "Régimen", por antonomasia, y todo ciudadano que pretendía fundar, presidir, promover, viajar, debía demostrar documentalmente su "adicción" al mismo que podía certificar algún funcionario, un amigo o conocido con cargo oficial o bien el llamado "alcalde de barrio", miembro siempre del Movimiento, como se denominaba al partido único. Las siglas del Movimiento eran FET y de las JONS, es decir, Falange Española Tradicionalista y de las Juntas Obreras Nacional Sindicalistas, que nació por Decreto de Unificación entre falangistas, tradicionalistas (carlistas o requetés) y sindicalismo vertical y que fue dirigido bajo el mando único del Jefe del Estado y Generalísimo de los Ejércitos sin ningún resquicio en el poder omnímodo y omnipresente.

El Acta de Constitución de la Sociedad fue redactada el 15 de septiembre de 1947 y reingresaron 56 doctores, antiguos miembros de la SECOT de 1935. Se organizó el II Congreso en Madrid en 1948 en los locales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y la segunda ponencia que era el "Tratamiento de la Escoliosis" fue desarrollada por Ramón San Ricart y José Troncoso Rozas y tuvo como contraponentes a Manuel Salaverri Aranguren y a Darío Fernández Yruegas. En este Congreso se decidió que su repetición sería bianual en Madrid en años pares y en los impares se organizarían unas Jornadas Ortopédicas de carácter práctico. Debemos destacar que en este congreso se creó la Comisión para el Estudio del método de Kuntscher con la finalidad de estudiar la casuística española y el material utilizado. Bienvenida propuesta que consistía en establecer la necesidad de estudios multihospitalarios para llegar a conocer indicaciones, técnicas y resultados de un método, o bien de una enfermedad determinada, sumando experiencias procedentes de toda nuestra geografía; necesitaríamos de nuevo a Salaverri para reanimar estas ideas. También se aprobaron unos requisitos para la admisión de nuevos socios y se exigió el transcurso de al menos cinco años desde la fecha de licenciatura y haber publicado como mínimo dos trabajos.

Las primeras Jornadas Ortopédicas se celebraron en Bilbao en 1949 bajo la dirección de Manuel Salaverri, que acogió a los asistentes en su Servicio Hospitalario de Basurto y en el Sanatorio de Gorniz. Se presentaron más de 20 comunicaciones que se publicaron en la revista Cirugía del Aparato Locomotor gracias a la coordinación entre Salaverri que organizó las Jornadas y Sanchís Olmos que

dirigía la revista. Asistieron 52 socios a la Asamblea y en ella se creó la Comisión de Iniciativas que se iría formando con los Presidentes Salientes de cada dos años, presididos por el último en salir. De momento fue nombrado Presidente de la Comisión de Iniciativas Manuel Salaverri Aranguren ayudado de cuatro miembros de la sociedad. Al finalizar las Jornadas de Bilbao Salaverri entregó una SECOT renacida y bien activa al nuevo Presidente para el bienio siguiente, el doctor Darío Fernández Iruegas, a quien acompañaría como Vicepresidente el doctor Juan Lite Blanco.

EL PIE ZAMBO

En 1949 Salaverri publicó en Cirugía del Aparato Locomotor su trabajo sobre el tratamiento del pie zambo congénito con el título "Modalidades del pie equino-varo congénito y normas que en nuestra práctica seguimos para su tratamiento". En él explica su técnica personal, variante de la ya conocida de Phelps, y cómo su técnica fasciocutánea ha sido referida como operación de Phelps-Salaverri por autores franceses desde que en 1931 la publicó en el *Bordeaux Chirurgical*.

Al comentar su etiología nos explica la teoría mecánica, producto de una actitud anormal del feto en el claustro materno, la teoría que se apoya en vicio de formación embrionaria y la teoría de los procesos neurotróficos desencadenados por anomalías mielodisplásicas. En el pie zambo importa más el grado de trastorno funcional observado que el grado de deformidad, si bien ésta la define por la contractura en supinación, aducción y flexión plantares y equinismo tibiotarsiano. El componente supinador hace descansar el pie sobre el borde externo, la excavación plantar se debe a la inflexión mediotarsiana y el varismo a la aducción mediotarsiana y metatarsiana. El dominio de una posición da nombre a una modalidad: pie varo, pie excavado, pie aducto. La posibilidad de reducción ortopédica incruenta o cruenta permite distinguir, siguiendo a Ombredanne, entre pies zambos reductibles, relativamente irreductibles y absolutamente irreductibles; estos conceptos presidirán la selección de la técnica correctora.

La edad de inicio del tratamiento corrector es, para la mayoría de autores, a partir de los primeros días después del nacimiento y se aplican movilizaciones forzadas que se fijan con vendajes de esparadrapo, férulas enyesadas o férulas de detorsión como la de Denis-Brown. Es obligatorio un control muy frecuente y penoso del paciente, a veces casi a diario, solo posible cuando se vive cerca del hospital, si no se quiere perder la corrección conseguida. Salaverri prefiere esperar a los 12-14 meses, con 4-6 días de vigilancia hospitalaria y control bimensual.

Sus indicaciones terapéuticas

En la primera infancia los elementos articulares del pie gozan de gran ductilidad y flexibilidad si antes no han sufrido maniobras intempestuosas, violentas e infructuosas determinantes de "fibrosis hipertrófica ligamentosa". En el pie reductible seguían vigentes la corrección incruenta por etapas de Wolf y la corrección manual e instrumental modeladora de Lorenz, que el autor afirma haber seguido fielmente durante muchos años. Pero el análisis de su casuística le muestra que el principal obstáculo para enderezar un pie zambo está en la gran retracción de piel y fascia plantares y para solucionarlo modifica la técnica de Lorenz iniciando la corrección con una sección transversa de piel y fascia plantares, la cual facilita la eliminación de la aducción e inflexión plantar con la cuña de madera. La herida se entreabre "extraordinariamente" –según dice Salaverri– pero al cabo de dos meses de botina de yeso se descubre que está perfectamente cicatrizada. Se inicia la deambulación con el apósito de yeso desde la tercera semana de la intervención y pasados 2 meses calzará zapatos fuertes y de noche usará una férula ortopédica especial. Cuando la sección fasciocutánea no basta para la corrección, practica tenotomía a cielo abierto, por la misma herida plantar, de los flexores propios del dedo gordo y largo común de los dedos.

En los pies irreductibles hay que adoptar técnicas cruentas como resecciones óseas cuneiformes que, en casos inveterados y con astrágalo deformado con pérdida de su derecho de domicilio en su encaje tibial, pueden ser de difícil realización. Reutiliza las expresiones de Ombredanne que llamaba la "reina" a la articulación tibiotarsiana, que debe ser respetada (= "no tocar a la reina") y las "grandes damas" a la mediotarsiana y subastragalina, tal como había oído en el Servicio de Cirugía Infantil del Hôpital des Enfants Malades en París. También en esta ciudad Leveuf había practicado una compleja técnica en dos etapas y frente a tal opción Salaverri, que se apoyaba en "cientos de casos de pies zambos que llevamos tratados", dice que es un afán de singularizarse y que "no es posible que esta complicada técnica tenga imitadores conociendo la sencillez de la nuestra".

A lo largo de los años el tratamiento del pie zambo congénito siguió siendo su tema máspreciado. En las V Jornadas SECOT que se celebraron en Granada durante el mes de julio de 1960 el doctor Rafael Esteve de Miguel había sido el encargado de desarrollar el tema "Pie zambo congénito de la primera infancia" y su conferencia fue publicada en nuestra Revista (Vol IV-p. 179-210. Año 1960). Había actuado como Moderador el doctor Salaverri Aranguren y sus comentarios y conclusiones quedaron incluidos en la publicación.

En 1965 la SECOT celebró el XXX Aniversario de su Fundación publicando un volumen especial de la Revista con aportaciones encargadas a una selección de personalidades muy notables de nuestra especialidad y el doctor Salaverri actualizó una vez más y última sus conocimientos sobre el "Tratamiento del pie equino-varo congénito o pie zambo congénito". Se extiende en el recuerdo histórico desde el siglo XVI cuando Francisco Arceo ideó aparatos correctores y fijadores mediante muelles y palancas y Ambrosio Pareo (sicut dixit) indagó sus causas y concluyó que era la consecuencia de una prolongada malposición del feto durante el embarazo. Antonio Scarpa de Pavia había publicado en 1803 la "Memoria Chirurgica sui piedi torti dei fanciulli e sulla maniera di corregere questa deformità". Antes de defender de nuevo su tratamiento quirúrgico, anteriormente expuesto, rememora los precedentes como son la operación de Phelps presentada en 1881 en Copenhague, la asociación de alargamiento del tendón de Aquiles de Kirmisson, la operación de Codivilla (1906), la de Wullstein y la de Leveuf y Bertrand (1948). Luego expone sus conceptos y patogenia de este pie zambo, las medidas correctoras en los primeros meses de edad y las intervenciones tendinosas complementarias según la edad del paciente y la evolución del proceso. Concluye defendiendo la actualidad y vigencia de su método quirúrgico, conocido como de Phelps-Salaverri. Después de este artículo del número especial nuestro autor se encuentra bien arropado por el autor que le sigue, el profesor Trueta Raspall de Oxford que publica sus "Reflexiones sobre la etiopatogenia de la escoliosis".

SUS ESTADÍSTICAS

Salaverri legó en el informe de 1927, sobre su actividad quirúrgica en el Hogar y Clínica de San Juan de Dios de Santurce, un extenso retablo de la patología ortopédica infantil tratada en aquella época; consta de 53 casos clínicos ampliamente ilustrados con fotografías y radiografías. Periódicamente fue publicando los frutos de su actividad en revistas médicas y su cuantificación estadística en las revistas católicas "Caridad y Ciencia" y "La Caridad". En 1932 comunica Memoria y casuística con el subtítulo Movimiento del año:

- Número de camas 50; ingresados en el año 58; alta por curación 45; alta por mejora 8; fallecidos 0; intervenciones quirúrgicas con estancias 46; intervenciones ambulatorias 14; aparatos de escayola 140; aparatos ortopédicos 36; radiografías 225; radioscopias 45 y fotografías 354.

Estas cifras nos revelan que su trabajo recae en enfermos con estancias de casi un año y en algunos casos más si atendemos a la proporción de 50/58 entre camas disponibles e ingresos anuales,

lo cual es de justa correspondencia con el concepto de Hogar y Clínica para largas estancias y con necesaria actividad escolar en el centro de hospitalización.

En 1942 publica en "La Caridad" unas tablas que corresponden a la labor hospitalaria realizada en el transcurso de 20 años con la infancia desvalida de Vizcaya, con la clara intención de que se divulguen. Las cifras acumulativas entre marzo de 1921 (inauguración) y octubre de 1942 son las siguientes:

- Niños ingresados 527; dados de alta curados 389; dados de alta mejorados 62; dados de alta por varias causas 31; fallecidos 5; operaciones quirúrgicas realizadas 954 y consultas gratuitas 4425.

En la misma revista antes citada aparece en 1950 una estadística comparativa de la actividad durante la última década (1940-1950) en relación con el Hospital Asilo San Rafael de Madrid, donde es mucho mayor la rotación de enfermos y la diversidad de patología ingresada. La exponemos en paralelo, tal como fue publicada:

Asistencia en el Hospital	SANTURCE	SAN RAFAEL
Enfermos asistidos	409	3.556
Estancias producidas	157.345	1.269.036
Intervenciones quirúrgicas	757	2.659
Medicina general	3.143	11.159
Vendajes enyesados	825	16.692
Reducción de fracturas	153	798
Aparatos ortopédicos	139	984
Análisis clínicos	1.063	91.627
Sesiones de gimnasio	173	24.175
Radiografías	1.875	18.869
Electroterapia	2.128	5.037
Consultas de Cirugía ortopédica	2.142	42.228

Salaverri compara en 1950 los datos de su actividad en Santurce con los del Hospital de San Rafael porque éste era como un referente entre los centros de la Orden Hospitalaria. El Hermano Víctor Martín Martínez escribió una historia de la obra de San Juan de Dios en Madrid (Hospital de San Rafael. Cien años, cien imágenes) con motivo del Centenario de dicho hospital entre 1892 y 1992. Nos cuenta cómo en 1552 los discípulos de Juan Ciudad y Duarte (San Juan de Dios) a los dos años de su muerte abrieron las puertas de su primer hospital, el denominado de "Nuestra Señora del Amor de Dios" cabe la calle de Atocha. La fundación se debió al esfuerzo de Antón Martín, uno de los primeros colaboradores de Juan Ciudad y el pueblo llamó a esta casa "Hospital de Antón Martín" por la popularidad alcanzada. En el siglo XVIII cambió su nombre por el de "Hospital de San Juan de Dios".

La casa llegó a ser insuficiente pero los planes de ampliación no prosperaron porque se promulgaron las Leyes de Exclaustración Religiosa ordenadas por el Gobierno Mendizábal en 1835. En 1867 llegó a España, con permiso de Isabel II, el padre Benito Menni y procedió a la apertura del primer hospital de la Orden en nuestro país: una pequeña casa de la calle Muntaner de Barcelona que contaba tan solo con doce camas. En 1876 el padre Menni se traslada a Madrid para restaurar

la Orden Hospitalaria en la capital, pero tuvo que esperar hasta el año 1892 para inaugurar el Asilo de San Rafael en la Villa de Pinto, muy cerca de Ciempozuelos, con una capacidad de acogida de treinta niños. Pronto fue insuficiente y se trasladaron a Madrid en 1900 a un local más espacioso en el Paseo de las Acacias.

Solamente tuvo que transcurrir una década para que el Asilo llegara a ser de nuevo insuficiente para atender a la creciente llegada de niños enfermos. Con la ayuda de benefactores se construyó un nuevo Asilo situado en los "Altos del Hipódromo" en la carretera de Chamartín de la Rosa y fue inaugurado en 1912 con capacidad para 50 camas, casi todas dedicadas a enfermos afectados de tumores blancos, mal de Pott, raquitismos y parálisis infantil. Una vez más la orden de San Juan de Dios fue pionera en el desarrollo de la cirugía ortopédica infantil en los albores del siglo XX. En 1924 se amplían algunos pabellones hasta poder alojar doscientas camas, con lo cual se incrementa la actividad quirúrgica osteoarticular, que le confiere un prestigio en toda la península y más allá entre los medios europeos de la especialidad. Se llegó a 1934 con 250 camas, atendidas por una Comunidad de Religiosos formada por 29 Hermanos.

En 1936 la guerra cambió la actividad del Asilo que fue incautado por la Junta de Beneficencia; los Hermanos tuvieron que abandonarlo y la C.N.T. tomó posesión del establecimiento para organizarlo como Hospital de guerra nº 21; los niños fueron trasladados al Sanatorio de la Malvarrosa en Valencia. En octubre de 1939, acabada la guerra, la Orden Hospitalaria se hizo cargo nuevamente del Asilo, los enfermos empezaron a regresar, se restablecieron las actividades asistenciales hasta alcanzar la normalidad. El Asilo se fue transformando en Hospital al organizarse los distintos servicios en función de las especialidades, a pesar de que el Centro era ortopédico por dedicación y tenía el empuje del doctor Fernández Yruegas, que llegó a ser el Presidente de la SECOT durante el bienio 1949-1951 sucediendo a Manuel Salaverri, que había presidido la primera Junta Directiva de la restauración de la Sociedad. Llegados a este punto Fernández Yruegas mantiene a Salaverri en su Junta como Presidente de la Comisión de Iniciativas. La amistad entre ambos era conocida y ésta hizo posible la comparación de la actividad hospitalaria de ambos, procedente de dos centros de la Orden Hospitalaria que en la estadística aparecen como Santurce y Madrid y en la que el centro más pequeño se admira en el otro como un hermano mayor que hay que tomar como ejemplo.

Prosiguió el crecimiento del Hospital de San Rafael y en 1963 empezó la construcción del nuevo Hospital Infantil, de cinco plantas inspirado en los criterios más modernos. Esta renovación arquitectónica para adaptarse a las necesidades de la asistencia médica se hizo extensiva a otros como el de San Juan de Dios de Barcelona y tuvo tres consecuencias: pasaron a atender niños y niñas, establecieron conciertos con la Seguridad Social y crearon su Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Finalmente en algunas ciudades se llegó a la colaboración con la Universidad y su correspondiente Facultad de Medicina. La Orden Hospitalaria ha llegado a ocupar un lugar preeminente en la sanidad española y se ha hecho extensivo al mundo de la enseñanza. La Sociedad disfruta al cabo de cinco siglos de esta generosa y humanitaria labor de los seguidores de Juan Ciudad y Duarte que sembró las primeras semillas en Granada en 1539.

EL HOSPITAL DE BASURTO

Los datos que referiremos nos han sido conocidos gracias al trabajo histórico de Juan Gondra Rezola y de Antonio Villanueva Edo, libro titulado "Los Hospitales Civiles de Bilbao", que apareció en 2008 con la ayuda del Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco y que gentilmente ha sido donado a la SECOT.

Este hospital tiene sus raíces en el hospital medieval de los Santos Juanes cuyo primer documento fechado es de 1469 y en él consta una donación testamentaria de 500 meravedíes anuales para



Planos del nuevo Hospital de Basurto.

su mantenimiento. La figura del hospital medieval se concibió como una institución de caridad que, si bien recogía enfermos y heridos, tenía fundamentalmente el carácter de asilo para peregrinos, pobres y menesterosos. Con estas palabras se definía a quienes, por su edad avanzada, enfermedad o impedimento físico no eran capaces de procurarse, mendigando, lo suficiente para poder vivir.

Bilbao y el Hospital de los Santos Juanes (San Juan Bautista y San Juan Evangelista) han mantenido una relación constante e ininterrumpida, pues fue el único hospital que se mantuvo en

funcionamiento en la Villa durante cinco siglos, permaneciendo siempre en el barrio de Atxurri hasta finales de 1908, cuando fue trasladado a Basurto, lugar donde continúa en servicio con el nombre de Hospital de Basurto. Su nombre es debido a que se erigió junto a una ermita dedicada a los Santos Juanes, dentro del bosque de castaños, robles y viñedos, que era entonces Atxurri. En esta época la población de Bilbao se calcula que rondaba los 5.000 habitantes. El gobierno de los hospitales correspondía a la corporación bilbaína que estaba obligada a su cuidado y gestión, tal como puede leerse en los acuerdos de 1499, y quedaban bajo su patronazgo. Las ordenanzas de 1593 obligaban al Ayuntamiento a visitarlo una vez al mes y a uno de sus regidores cada viernes, para observar si los pobres y los enfermos eran atendidos debidamente, además de comprobar que se cumplían las normas de admisión y no se había admitido el ingreso en calidad de pobre de alguna persona que contase con recursos económicos, ni el de aquellas no avecindadas en la Villa. En el siglo XVI disponía de 62 camas para pobres, incluidos peregrinos (camino de Santiago) y 5 camas para el personal que en él vivía. A lo largo de los siglos fue preciso irlo adaptando a las nuevas necesidades y por ello sufrió ampliaciones en 1532 y 1818.

Durante los siglos XV y XVI estaban al cuidado de los asilados las beatas o begüinas, nombre con el que se conocía a las mujeres que, sin ser monjas, hacían vida en comunidad sin clausura para mejor cumplir sus deberes religiosos, con atención especial al cuidado de enfermos y moribundos. El cumplimiento de estas condiciones era estricto con pena de expulsión. En 1661 el Ayuntamiento de Bilbao reconvirtió a los Santos Juanes en un hospital dotado de administrador, hospitaleras, médicos, cirujanos y botica, y estableció el presupuesto de gastos de mantenimiento y sueldos del personal, teniendo en cuentas las rentas del Hospital, que así pasó de "Hospital Asilo" a "Hospital Clínico". En el siglo XVIII atendía la población de Bilbao y alrededores, que sumaba unos 15.000 habitantes, disponía de salas de medicina y cirugía separadas, y contaba con dos cirujanos de guardia y un Cirujano Mayor. Consta que entonces asistían Practicantes de Cirugía, que ayudaban, aprendían y se preparaban para obtener el título de cirujano en el Tribunal del Protomedicato. Entre 1818 y 1835 se edificó el nuevo hospital de estilo neoclásico en el mismo emplazamiento del anterior, considerado de clima favorable, y fue conocido como el Hospital de Atxurri u Hospital Civil de Bilbao. La hospitalización se distribuyó entre ocho pabellones con una capacidad conjunta de 116 camas. Pero la población de Bilbao llegó a finales del siglo XIX a los 70.000 habitantes a los que se sumaban otros tantos de la zona industrial de la ría y la capacidad del hospital se hizo insuficiente. Se decidió construir un nuevo hospital en Basurto y se inauguró en 1908 con una capacidad de 250 camas. Destacó en su dirección

el doctor Enrique Areilza, que para ello renunció a la dirección de los hospitales mineros en Triano, y se mantuvo en el cargo durante 8 años.

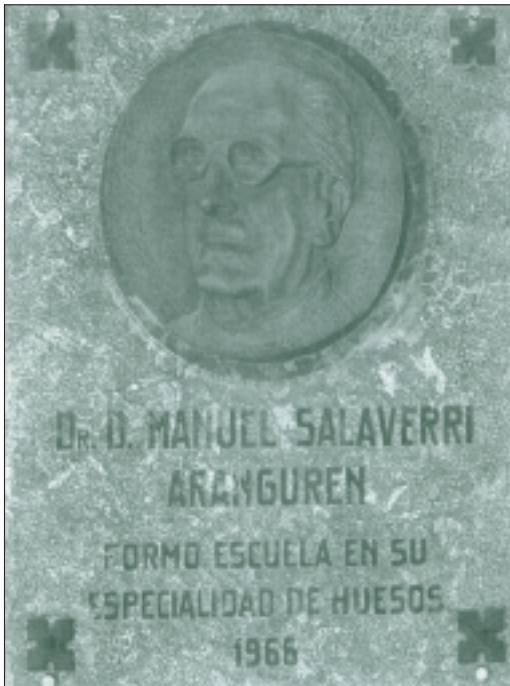
Durante el mandato de Areilza se organizó el Internado Médico del Hospital de Basurto para colaborar en los estudios de los alumnos de medicina y la Universidad de Valladolid reconoció como propios los planes de estudio del Internado de Basurto. Entre 1919 y 1936 éste recibió la subvención ministerial destinada a la docencia hospitalaria, hasta que la guerra civil obligó a interrumpirla. Durante la contienda el hospital vivió dos etapas, el período republicano (18 de julio 1936 - 19 de junio 1937) y el período de ocupación (19 de junio 1937 - 1 de abril 1939), al final del cual se inició el temido proceso de depuración política que significó la expulsión de 24 médicos entre Jefes y Ayudantes, amén de un número importante de practicantes, enfermeras y personal auxiliar. El ambiente de este proceso fue alimentado por odios, rencores y fobias personales. En la postguerra se ocuparon de controlar y organizar la asistencia profesionales de segundo rango cuando no existía el titular.

Al terminar la guerra en 1939 el Hospital de Basurto vuelve a la situación anterior a la contienda y tiene en uso 850 camas de las cuales 300 corresponden a cirugía. Los años inmediatos fueron de una dureza extraordinaria agravados por el estallido de la segunda guerra mundial. La quiebra moral, económica y humana que supuso la confrontación entre los españoles motivó un retroceso en la evolución de todas las actividades del país, agravado por la sangría humana que unió a los muertos por la guerra y los condenados a prisión, la forzada emigración de muchos españoles por temor a represalias políticas, que en gran número de casos fue irreversible y en otros muy duradera. El Hospital de Basurto en estas circunstancias tuvo que realizar ingentes esfuerzos para sostener los gastos y dar de comer a sus acogidos en aquellos años conocidos como "años del hambre".

En el Hospital de Basurto la traumatología se englobaba en el cómputo de la cirugía y se dividía en dos servicios denominados I y II, para los que la Junta de Caridad tuvo que cubrir en 1940 las jefaturas con independencia de la cirugía general y los cargos correspondieron a Daniel Errazu para el I y a Manuel Salaverri para el II. La modernización alcanzó a sus salas al convertirlas en habitaciones de una, dos, tres y cuatro camas. Los historiadores inicialmente referidos le reconocen una capacidad para crear una escuela de excelentes especialistas y un gran prestigio profesional debido a su técnica quirúrgica original para tratar el pie zambo, que está recogida en la Enciclopedia Ortopédica Francesa con el nombre de técnica de Phelps-Salaverri.

El doctor Landín Allende consiguió para su Hospital de Basurto el reconocimiento oficial del Internado para Postgraduados y la Escuela de Especialidades el 28 de diciembre de 1946 y seis meses más tarde el Internado recibió la consideración de Colegio Mayor con el nombre de "Gregorio de Revilla", que fue alcalde de Bilbao y presidente de la Junta de Caridad cuando se construyó el hospital en Basurto. En el acuerdo con la Facultad de Medicina de Valladolid ésta creaba en el Hospital de Basurto un Instituto Médico como Escuela de Especialización Médica dependiente de ella y lo presidía el Rector de la Universidad de Valladolid, cuya Facultad de Medicina ordenaba las enseñanzas médicas y las pruebas académicas para la habilitación de los títulos de especialidades. Las especialidades que podían cursarse en aquel momento eran doce, incluyendo el reconocimiento de la Escuela Profesional de Enfermería y de la Fisioterapia; nuestra especialidad constaba como Traumatología y Enfermedades del Aparato Locomotor. Con esta responsabilidad docente el profesor Salaverri asumió la Escuela de Especialización y formó a muchos jóvenes cirujanos hasta el momento de su jubilación, a los 70 años en 1954. La nueva etapa de su vida no le impidió seguir su actividad y ser nombrado en 1972 Miembro de la Real Academia de Medicina, en la que ingresó con el discurso "Concepto Actual de la Ortopedia y Traumatología"; incluso tuvo tiempo en 1980 de dar una segunda conferencia sobre

“La retracción isquémica de Volkmann”. Había dedicado, desde que entró en la Facultad, 80 años de su vida a la medicina ya que falleció en 1980, como comenta el Dr. Gómez-Castresana en la “Historia de la SECOT”. Tuvo una larga jubilación de 26 años.



Placa y Medallón de la Escuela creada por Manuel Salaverri (1966).

REVISTA DE LA SECOT

A partir de 1944 la SECOT dispone de su Revista de manera ininterrumpida hasta nuestros días, aunque el nombre fundacional de Cirugía del Aparato Locomotor (1944-52) pasase a ser después el de Acta Ortopédica-Traumatológica Ibérica (1953-56) y finalmente Revista de Ortopedia y Traumatología (1957) en tiempos de Salaverri. El nombre actual es el de Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología desde enero de 2008.

Este ha sido el medio en el que el biografiado fue publicando sus aportaciones y en el índice bibliográfico aparecen en número de trece entre 1946 y 1965; la primera fue sobre complicaciones articulares y nerviosas de las fracturas de la epitroclea y la última la referida actualización sobre el pie zambo congénito. Sus intervenciones como moderador o como activo participante en discusiones aparecen publicadas con el texto de ponencias o de simposios:

- Tratamiento de las escoliosis (1948)
- Osteosíntesis en las fracturas trocantéreas (1950)
- Traumatismos del tobillo (1950)
- Fracturas de la extremidad inferior del húmero (1960)
- Pie zambo congénito en la infancia (1960)
- Metatarsalgia (1965)
- Complicaciones articulares y nerviosas de las fracturas de la epitroclea (1965)

Cree que este tema ha sido tratado a la ligera en las obras de traumatología osteoarticular. Hace una descripción de los elementos anatómicos, sobre todo los ligamentos y los nervios; para comprender los tipos de lesión ósea y articular y los desplazamientos posibles del nervio cubital, así como la inclusión articular de la epitroclea.

El tratamiento debe considerar el peligro que conllevan las maniobras de reducción a cielo cerrado causantes de pellizcamiento nervioso. Expone 11 casos clínicos y justifica su tratamiento quirúrgico.

Al año siguiente publica “Dos casos de neuritis tardía del nervio cubital por lesiones del codo sufridas en la infancia”, que corroboran la necesidad de una exploración y un tratamiento iniciales correctos para evitar esta secuela.

- Metatarsalgia (1965)

Esta ponencia fue desarrollada por José Troncoso y Antonio Viladot y al final Salaverri expuso los tipos de pie con aplanamiento de la bóveda transversa plantar, “que se desmorona dando lugar a una convexidad del arco metatarsiano”, que en alemán se denomina “spreizfuss” y que él traduce por “pie disperso”.

- Su hijo Manuel Salaverri Bearán siguió los pasos del padre en la especialidad y en el índice bibliográfico de la Revista entre 1944-1975 aparecen nueve referencias a su nombre.

DISCURSO DEL PRESIDENTE

La SECOT reemprendió sus actividades en la postguerra tanto española como europea y la que dio el aldabonazo a la nueva época fue la celebración del II Congreso, que daba continuidad al I Congreso, ya lejano, de Barcelona durante la segunda quincena de junio de 1936, pocos días antes del 18 de julio con el estallido de la guerra civil. Durante los días 17 y 18 de mayo de 1948, es decir, doce años después, el nuevo Congreso tuvo su sede en Madrid en los locales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y el Presidente de la SECOT, Dr. Salaverri Aranguren, pronunció su discurso inaugural publicado en la Revista. Estábamos en el noveno Año de la Victoria y en la introducción del discurso dijo que está en el ánimo de todos los miembros y asistentes al Congreso el deseo de expresar nuestros más sinceros votos de fidelidad a nuestro glorioso Caudillo, que ha hecho de nuestra Patria un oasis del mundo, deparándonos una era de paz y prosperidad, enviándole el siguiente despacho:

“Los miembros de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, reunidos en Madrid para celebrar su II Congreso, envían a Su Excelencia el testimonio de su adhesión y fidelidad inquebrantables, ofreciendo su cooperación a sus desvelos en la obra de protección sanitaria del pueblo español”.

Prosiguió lamentando que su puesto de Presidente no lo ocupara, por motivos circunstanciales (el exilio), aquella figura de prestigio universal que fue elegida unánimemente en 1936, el Prof. Dr. J. Trías Pujol.

Observa como la denominación duple de Cirugía Ortopédica y Traumatología, como si se tratase de dos materias distintas, se ha generalizado en todas las naciones con el fundamento de hacerla más comprensible que la simple denominación de ortopedia, y así se incluye todo: la Cirugía, la Mecánica, la Kinesiterapia y en general la Terapéutica de las afecciones congénitas, enfermedades y traumatismos del aparato locomotor que son causa de deformidades y defectos funcionales si en su tratamiento preside un pensamiento profundamente ortopédico. Recuerda la aportación de Andry, creador del nombre “ortopedia o arte de prevenir y corregir en los niños las deformidades del cuerpo”, con este libro de carácter divulgativo o de medicina popular; se trata de una colección de consejos a los padres y personas encargadas del cuidado de los niños que sería considerado como una obra de Puericultura más que de Ortopedia en su actual acepción (1948), como se desprende del subtítulo “El todo por los medios al alcance de padres y madres y de todos los que tienen infantes que educar”. Andry no creó la Ortopedia ni impulsó lo más mínimo su desarrollo, pero nos legó un nombre más o menos afortunado que nadie ha sabido sustituir y que tiene el asenso mundial.

Perdura la simbiosis entre Cirugía Infantil y Ortopedia como especialidad independiente de la Cirugía General, sobre todo en Francia, tanto en el ambiente hospitalario como en el universitario, y se ha impuesto la división del arte quirúrgico en especialidades por aparatos orgánicos porque el desarrollo de las posibilidades quirúrgicas ha sido tan extraordinario que ha hecho imposible que una sola persona pueda dominar conocimientos y técnicas tan dispares. Se impone el criterio de Clínica Ortopédica completa que ha de reunir, por consiguiente, una instalación médico quirúrgica, un gabinete de kinesiterapia y fisioterapia y un taller mecánico de construcción de aparatos ortopédicos y protésicos; exige que el criterio de cirugía antiséptica sea respetado en la construcción de quirófanos, en la preparación del material y en la técnica operatoria por parte del cirujano. No se deben olvidar los especiales dispositivos ortopédicos, la sala de yesos y la de apósitos, anexas o cercanas al quirófano.

Reconoce la necesidad de establecer una enseñanza académica y práctica, porque hasta el momento quien haya de especializarse tiene que dedicar varios años al estudio practicando al mismo tiempo junto a un maestro envejecido en el ejercicio de su especialidad, en la que haya alcanzado merecida fama y numerosa clientela. Si este maestro rige, como es frecuente, un servicio

especializado y hospitalario, con abundante material clínico, estará en óptimas condiciones para formar escuela de especialistas. No fue hasta el 4 de agosto de 1944 que apareció en el Boletín Oficial del Estado un Decreto dando normas para la expedición de títulos de diversas especialidades entre las que se incluye la nuestra con el nombre de Traumatología y Ortopedia. Según dicho decreto la función docente y facultad de expedición de títulos ha de ser reservada a las Facultades de Medicina mediante los Institutos de Especialidades o Escuelas Profesionales. Considera el conferenciante que las especialidades con madurez y solvencia científica, que han cristalizado en la fundación de su sociedad científica nacional, deberían tener en ésta su Sociedad la autoridad máxima para asesorar al Ministerio y velar por la eficiencia del plan de estudios y por el prestigio exigible a los Centros de Especialización. Podría extenderse esta misma función docente a otras instituciones acreditadas si lo aconseja la Sociedad Científica correspondiente.

La amplitud actual de nuestra especialidad ortopédica le resulta tan compleja que prevé que el aspirante a especialista difícilmente podrá formarse si no asiste a diversos Centros para estudiar ortopedia infantil, ortopedia del adulto, traumatismos de huesos y articulaciones, tuberculosis osteoarticulares y vertebrales y tratamientos no quirúrgicos de tipo ortopédico y mecánico o kinesiterápico. Al final deben exigirse unas pruebas de suficiencia para aspirar al título de especialista y sugiere un tribunal formado por el profesor del Instituto de Especialidades-representante de la Facultad de Medicina- y dos miembros de la Sociedad –la SECOT en nuestro caso– que valorarían el examen consistente en: exposición de un tema de la especialidad por sorteo, dos casos clínicos para explorar, diagnosticar y tratar, y en la ejecución de una intervención ortopédica en el cadáver; también deberán presentar un certificado de al menos dos años de asistencia a Centros acreditados para su formación. Al final añade a estas propuestas, que hoy en día no llega a ser buen ortopédico quien no haya recibido una preparación quirúrgica general. El Decreto de 4-8-1944 quedó sin desarrollar y hubo que esperar la Ley de Especialidades de 1958 para que se desencallara lo que había quedado en buenas intenciones. Cuatro años antes se había jubilado y ya no pudo participar en esta nueva etapa docente de nuestra especialidad.

JOSÉ MARÍA VILARDELL PERMANYER (1891-1959)**por Enric Cáceres Palou, Catedrático de COT. Universitat Autònoma de Barcelona.**

José María Vilardell Permanyer nació en Barcelona en la última década del siglo XIX y más concretamente en el año 1891. Hijo de una familia burguesa de la clase media de Barcelona, realizó sus estudios de Bachiller en un colegio religioso del "ensanche" de la Ciudad Condal. Sus datos biográficos extraprofesionales son escasos, aunque siempre relacionados con la época que le tocó vivir. Tuvo una infancia de finales de siglo, donde la revolución industrial llegaba a su máximo esplendor, contexto en el que Barcelona era la guinda de un pastel de progresión económica considerable.

Probablemente durante las primeras décadas del siglo XX se produjeron los cambios más rápidos y radicales en la vida económica y social que nunca se hayan vivido en la sociedad española.

Vilardell estudiaba en un colegio religioso que como la mayoría de los de la época era regentado por miembros de la orden que impartían algunas de las clases, auxiliados por profesores seculares que compartían su actividad habitualmente en varios centros de enseñanza diferentes. Llegada la edad de 10 años se iniciaba el Bachillerato cuyas pruebas de ingreso consistían con pocas variaciones de un año al otro, en escribir un dictado con un número limitado de errores ortográficos, habitualmente sobre un texto clásico –algún fragmento del Quijote de Miguel de Cervantes era muy frecuentes–, resolver una división de cuatro cifras y contestar unas preguntas de geografía. Una vez superado el denominado Ingreso de Bachiller, el alumno podía matricularse de primer curso bien en un Instituto (en aquella época tan sólo eran dos o tres en toda Barcelona) o bien en una academia o colegio donde cursar los estudios, debiéndose examinar de forma oficial al final de cada curso en alguno de los institutos.

En general, el paso del colegio a una academia o instituto suponía un cambio importante, porque se pasaba de un régimen escolar de control constante, y un número limitado de alumnos, y notas y evaluaciones casi semanales, a otro más libre con clases numerosas, donde en general no se pasaba lista, y en horario preferente de mañana, dejando gran parte de la tarde libre para el estudio y otras actividades de libre elección.

En aquella época los que estudiaban el bachillerato eran pocos, pero ya establecía una cierta selección en los que podían tener una opción a proseguir su formación en el ámbito universitario. Esta libertad, que por un lado hacía que más de uno perdiese el curso, era un ejercicio de autodisciplina muy conveniente como preparación para la enseñanza universitaria y para la vida misma, ya que era la única manera de aprender a distribuirse el tiempo y preparar las cosas sin que nadie les obligara.

En aquella época, a pesar de estas condiciones azarosas, la mayoría de profesorado era muy calificado y se interesaba de verdad por la enseñanza. Asignaturas de aquel tiempo eran por supuesto las matemáticas, la física, el álgebra y la geometría, pero también tenían especial preponderancia la literatura y la historia del arte. Era preceptivo el estudio de la religión, pero desde el punto de vista humanístico, donde predominaba la interpretación histórica de los pasajes de la Biblia, en la que la mayoría de miembros de órdenes religiosas eran verdaderos expertos consiguiendo captar fácilmente el interés y la dedicación de los alumnos.

Era una época, la de la juventud de José María Vilardell, en que se mezclaban epidemias infecciosas y avances científicos de máxima relevancia, inimaginable en la actualidad.

En 1918, por ejemplo, tres años después de acabar sus estudios de medicina, Vilardell fue testigo de una de las epidemias de gripe más recordada en toda Europa y que causó más mortalidad que la propia guerra iniciada en 1914.

La gente moría rápidamente con un cuadro respiratorio o encefálico. De personas jóvenes y fuertes que habían compartido con él la compañía pocos días antes, se anunciaba su muerte súbita.

Se cerraron los colegios, se licenciaron las tropas y las funerarias no daban abasto y según crónicas de la época hasta tal punto en que los muertos eran llevados en carros a la Porta de la Pau, donde un tren de carga los esperaba y transportaba al cementerio.

Muchas tiendas y oficinas tenían las puertas cerradas y reinaba un pánico general. Afortunadamente, este ambiente apocalíptico duró pocos meses y la epidemia amainó con la llegada del verano, pero fue suficiente para dar una idea de lo que debían ser aquellas terribles epidemias de siglos pasados que diezmaban la humanidad y que ahora parece que hayan desaparecido gracias al progreso de la Ciencia.

Después de la primera gran guerra mundial vino una época de malestar social y de inseguridad económica. Las grandes demandas de productos manufacturados por parte de los países beligerantes en la guerra, enriquecieron enormemente a los fabricantes, pero enseguida fueron a la baja, mientras los obreros, la mayoría venidos de las zonas más pobres de España, aumentaban sus reclamaciones. Muchas empresas entraron en quiebra y el número de parados se incrementó, situación que desembocó en un estado de inseguridad de huelgas múltiples, violencia y atentados, de pistolero desencadenado en el cual tanto caían patrones como obreros, como políticos defensores de los avances sociales.

No es de extrañar que en este contexto social, la clase preponderante en Cataluña –la burguesía– considerara los estudios universitarios como una de las metas más atractivas para sus hijos.

El joven José María Vilardell no fue una excepción y cursó sus estudios de medicina en la Facultad de la Universidad de Barcelona. Sin embargo, en esa época los estudios de medicina tenían una vertiente académica, con la asistencia a clase de insignes profesores, la dedicación a los estudios y superación de unos exámenes de formación teórica del futuro facultativo, pero puede decirse que no existía una planificación en la enseñanza de los elementos prácticos y cotidianos a los que posteriormente se enfrentaría el futuro médico.

Por este motivo la primera meta que pretendía alcanzar todo aquel que aspiraba a ejercer como médico era pertenecer a un grupo o servicio concreto de determinado hospital, que le permitiera tener acceso al objetivo máspreciado, el enfermo.

La forma tradicional de hacerlo era la de ingresar como médico interno de un servicio. Por supuesto eso no era fácil y en ningún caso suponía compensación económica alguna. Es más, la mayoría de servicios de aquella época contaban con la colaboración de insignes profesores y médicos con experiencia contrastada, sin que por ello la Administración tuviera una relación contractual económica directa con ellos. Ello suponía un funcionamiento peculiar, en donde cada uno de estos “médicos de número” tenía una dedicación voluntaria a los pacientes ingresados, con un horario que le permitía la práctica de medicina privada que era realmente la que le daba dinero para vivir.

En este escenario de horarios poco sistemáticos y asistencia anárquica, todas las carencias eran absorbidas por el alumno interno –que no médico– quien durante su época de estudiante establecía ya una relación muy estrecha con el servicio o grupo que le había admitido.

Eso sí, al finalizar su formación académica tenía la posibilidad de mantener su dedicación en el servicio y con suerte llegar a ser médico de número y quizás con el tiempo jefe de servicio.

José María Vilardell, estudiante de medicina desde 1908 se sintió atraído por la cirugía a través de la anatomía. En 1909 ingresó en calidad de alumno interno en la visita del Dr. E. Ribas i Ribas en el hospital de la Santa Creu i Sant Pau, continuando como médico interno hasta llegar a médico de número en el mismo servicio.

Durante esta etapa en el Servicio de Cirugía del Hospital aprendió a practicar curas a los traumatizados, a tomar nota de sus cursos, a procurar que se aplicaran las indicaciones médicas, a poner inyecciones, a sondar y también a ayudar en quirófano.

El siguiente paso al que tenía opción el alumno interno era el de cubrir una plaza de alumno "interno pensionado". Estos alumnos formaban parte, en número limitado, del cuerpo de guardia del hospital y su función era la de ayudar al cirujano de guardia en las urgencias que recibía, tanto de fuera como de los mismos pacientes hospitalizados. Las guardias se realizaban en grupos de internos, una semana cada mes, y durante esta semana se hacía vida permanente en el hospital.

Para acceder a estas plazas se acostumbraba a realizar una prueba teórica sobre algún tema de cirugía básica y se tenía que describir y realizar una práctica de cirugía menor.

Las urgencias más frecuentes en el ámbito quirúrgico eran las apendicitis agudas, las perforaciones gastrointestinales, las oclusiones intestinales, y sobre todo las hernias estranguladas y los traumatismos.

Durante los últimos años de la carrera, Vilardell alternó la actividad como interno pensionado del cuerpo de guardia, con las actividades de estudio en la facultad.

Las clases por la mañana eran de corta duración y si bien algún profesor llevaba un enfermo a clase para que los alumnos pudieran comprobar en la realidad sus explicaciones, este contacto era insuficiente.

En este ambiente Vilardell finalizó sus estudios en la Facultad de Medicina en 1914. En 1916 es designado médico auxiliar y en 1922 médico ayudante, consiguiendo el título de médico numerario en 1931, en un concurso en el que también participó Josep Trueta.

Era esta una época en que se empezaba a separar la cirugía ortopédica, y sobre todo la traumatología, de la cirugía general. Vilardell atendía dos patologías de forma especial, la del paciente traumatizado y la de la tuberculosis osteoarticular.

Los enfermos traumáticos eran poco apreciados, en especial los afectos de fractura del cuello de fémur, por los trastornos que producían. Una gran parte de camas estaban ocupadas por pacientes de este tipo, muchos de los cuales morían, ya que la inmovilidad prolongada facilitaba la trombosis, las embolias y las neumonías. Además se producían las famosas úlceras por decúbito que ocasionaban gran sufrimiento a los pacientes y mucho trabajo y preocupación a quienes se encargaban de curarlos. Finalmente, cabía temer la falta de consolidación o la consolidación viciosa en mala posición, motivo por lo que muchos de estos pacientes quedaban cojos. El único método para tratarlos que existía entonces era el de siempre, el de la tracción continua, con tiras adhesivas.

Así estaban las cosas cuando el año 1928 apareció un pequeño manual de ciento noventa páginas sobre el tratamiento de las fracturas, editado en Viena y en el que su autor, Lorenz Böhler, planteaba las mismas cuestiones que preocupaban a todo el mundo que trataba enfermos traumáticos y exponía una serie de soluciones. Lorenz Böhler no era ningún profesor universitario, sino simplemente el director de la clínica de una compañía de seguros, pero que había estado en el frente en la guerra de 1914 y había acumulado una gran experiencia en heridos de extremidades.

Perfeccionó todos aquellos métodos hasta convertirlos en practicables, tanto la tracción como la inmovilización, y así quedaron sistematizados y concretados de forma detallada. Además ideó férulas especiales que mejoraban las existentes y aseguraban una buena posición de los miembros traumatizados y también los dispositivos en la cama para poder conseguir más comodidad.

La forma en que fue presentado este libro de apariencia insignificante, el hecho de ser publicado en alemán y por una persona poco conocida, hizo que no tuviera la difusión inicial que merecía.

Jimeno Vidal, interno de guardia y colaborador en el servicio de Joaquim Trias, fue enviado por éste a la Unfallkrankenhaus de Viena, con una bolsa de viaje para aprender estas técnicas que bien pronto se popularizaron en todo el país.

Otra vertiente en la que Vilardell protagonizó una gran experiencia personal fue la de la tuberculosis osteoarticular, especialmente en el tratamiento del mal de Pott, campo en el que fue un

gran experto, especialmente en la artrodesis mediante el injerto osteoperióstico de tibia, técnica que precisaba de una especial habilidad.

Era tal la cantidad de pacientes afectos de mal de Pott que Felipe Ramon, secretario de la MIA (Muy Ilustre Administración) del Hospital de Sant Pau, escribía en 1931. "que para completar los servicios de este hospital y para atender a los cada día crecientes casos de tuberculosis y ortopedia quirúrgica, sería necesario crear un servicio especialmente dedicado al tratamiento de tales enfermedades, similar a los que en el extranjero funcionan y he tenido ocasión de visitar, siendo necesario disponer de un pabellón completamente separado de los demás servicios, a fin de evitar funestos contagios y dotarlo de personal facultativo especializado en tales dolencias. Dicho edificio debería además, estar provisto de amplias galerías o solariums con acceso directo desde los dormitorios, al objeto de poder trasladar a ellos a los enfermos en sus camas para aplicarles la cura de sol. Que no ocultándosele la dificultad de que la administración con sus propios medios pudiese costear la edificación del pabellón aludido, ha gestionado de un bienhechor que desea por ahora reservar su nombre, el donativo en concepto de limosna de la cantidad necesaria para proceder a su construcción..."

Una vez creado este Servicio de Cirugía Ortopédica y Tuberculosis Osteoarticular, se abrió un concurso para proveerlo de un jefe o médico de número. El tribunal de este concurso fue formado por los doctores Horta, como presidente del cuerpo facultativo, Ribas, Pujol y Brull y Corachan como vocales, y Bosch Avilés como secretario.



José María Vilardell Permànyer hacia 1940.

Opositaron: Juan Soler Julia, José Trenchs Codonés, José María Vilardell Permànyer, José Trueta Raspall y José Rabasa.

Por unanimidad se propuso a la MIA la provisión de la plaza de Médico Numerario Director del Servicio de Cirugía Ortopédica y Tuberculosis Osteoarticular, el 13 de febrero de 1931, a José María Vilardell Permànyer. El orden del resto de concursantes fue: segundo, Juan Soler; tercero, José Trenchs; cuarto, José Trueta, y quinto, José Rabasa.

Vilardell entró en una dinámica de esplendor en la práctica de la especialidad y extendió su fama por el resto del Estado y también el extranjero.

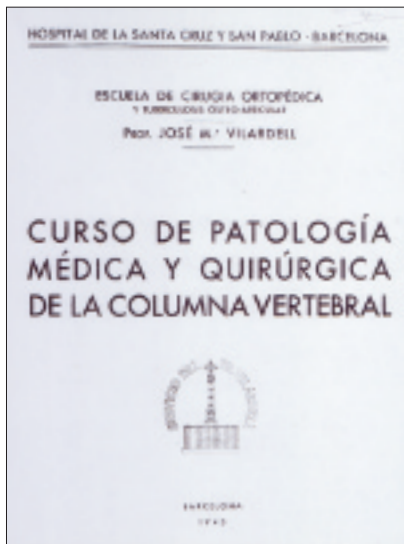
Su experiencia en la artrodesis de los pacientes afectos de mal de Pott fue utilizada para el tratamiento de la lumbalgia mediante artrodesis. Difundió especialmente su técnica para la artrodesis lumbosacra con injerto osteoperióstico de tibia. -Más bien se trataba de dos finas láminas de periostio adosadas al arco vertebral. Las extraía con un escoplo muy afilado en donde se sacaba una lámina de periostio con fragmentos óseos pegados.

En 1932 fue ponente oficial del Congreso en París de la Sociedad Francesa de Cirugía Ortopédica y Traumatología, y su fama sobre la patología de la columna fue extendiéndose progresivamente.

El 6 de julio de 1935 se produjo un hecho trascendental, la fundación de la SECOT en Madrid, a la que estuvo vinculado Vilardell desde los primeros momentos.

En 1943 organizó un curso sobre patología de la columna vertebral dentro de las funciones que le correspondían como director de la Escuela de Cirugía Ortopédica. Al aparecer la ley que regulaba las escuelas profesionales en 1956 le fue concedida esta calificación docente.

El 30 de junio de 1945 el Ministerio de la Gobernación, y firmado por el Director General de Sanidad, nombró la siguiente Junta Directiva de la SECOT: Presidente, José M.^a Vilardell (Barcelona); Vice-Presidente, A. Hernández Ros (Madrid); Tesorero, Carmelo Valls (Madrid); Secretario, Vicente



Programa de curso docente de 1943.

Sanchís Olmos (Madrid) y vocales, D. Fernández Iruegas (Madrid), L. Sierra Cano (Santander), A. Sierra Forniés (La Coruña) y F. García Díaz (Oviedo).

En 1952 fue presidente del Congreso de la SECOT de Barcelona, y presidente después de la Asociación de Cirugía Ortopédica de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña.

En enero de 1955 se agrupan los Servicios de Traumatología y de Cirugía Ortopédica y tuberculosis osteoarticular en un solo Servicio de Cirugía Ortopédica y traumatología, del que pasa a ser el primer director.

En 1956 fue ponente de las Jornadas SECOT, hablando de injertos y también ese año en Lisboa en el VII Congreso SECOT ponente con el tema "Resultados lejanos del tratamiento operatorio del mal de Pott".

En 1957 fue secretario del Congreso de la SICOT que se celebró en Barcelona.

En marzo de 1958 crea la primera Unidad de Recuperación Funcional de un gran hospital barcelonés en su Servicio.

Desgraciadamente, un año después, el 12 de septiembre de 1959, a los 68 años de edad, falleció.

RAFAEL ARGÜELLES LÓPEZ-TUÑÓN (1894-1949)

JUVENTUD.

Catedrático de universidad, fue uno de los fundadores de la SECOT en 1935 y era amigo de Trias Pujol y de Bastos Ansart ya que desde joven se interesó por los problemas ortopédicos. Era asturiano y había nacido en Sama de Langreo el 10 de noviembre de 1894, hijo de Baldomero y de Filomena. Después de sus estudios primarios y secundarios, de los que carecemos de datos, se trasladó Madrid para estudiar en su Facultad de Medicina, en la que se licenció en 1919 a los 25 años de edad; en aquella época se colegió en el Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Nos ayuda en esta redacción biográfica el material facilitado por el Colegio de Médicos de Madrid, las obras existentes en la Biblioteca SECOT y la nota necrológica que apareció en la Revista en 1949 redactada por la dirección, que estaba en manos de Sanchís Olmos desde que en 1944, año del primer número, falleció su director y fundador el catedrático Laureano Olivares. Al cabo de un año de la licenciatura Argüelles ya presentó su tesis doctoral con el título "Contribución al estudio de la gastroenterostomía" (1920), que hemos localizado y consultado en el archivo histórico de la universidad madrileña (ficha M,1037), y que fue calificada con el Premio Extraordinario; a partir de entonces se dedicó a preparar las oposiciones para cátedra de patología quirúrgica y consiguió beca de estudios para trabajar en las clínicas alemanas de Lexer, de Vulpius y de Lange durante los años 1921 y 1922.



Regresó a Alemania en 1923 por su interés en el tema de los amputados, que la primera guerra mundial había obligado a mejorar para poderlos reintegrara en la sociedad, y trabajó en el Instituto de Inválidos de Guerra de Munich dirigido por el doctor Pürkhauer, donde aprendió que el estudio completo de un amputado debe comenzar por el órgano destinado a recibir la prótesis, por el muñón, de cuyas condiciones dependerá la utilidad del elemento protésico. Fruto de esta experiencia fue su libro "**Miembros Artificiales**" aparecido en 1927 y editado por Editorial Paracelso de Madrid. En la introducción recuerda que las amputaciones primitivas eran operaciones de suma gravedad después de las cuales el amputado raramente salvaba la vida y que con el perfeccionamiento de la técnica mejoraron en rapidez y seguridad, suficientes para que la intervención, precoz ya en los campos de

batalla, fuera un camino para salvar vidas. Refiere de la antigua Grecia que Hegesistrato, adivino del siglo V antes de J.C., fue hecho prisionero por los espartanos y que para evadirse se amputó uno de los pies sujeto por un grillete y más tarde se hizo construir un pie de madera; del Imperio Romano cuenta que Marco Sergio perdió en la segunda guerra púnica la mano derecha y la sustituyó por una de hierro. En Alemania vio la primera prótesis que se conserva, que fue usada por el caballero Goetz de Berlichingen (1480-1562), guerrero al que le fue amputada una mano y después reemplazada por una de hierro tan hábilmente construida por un armero que le permitía manejar la espada, por cuyo motivo pasó a la historia como "mano de hierro". En su búsqueda entre la bibliografía española no encontró la menor noticia referente a miembros artificiales, lo cual refuerza el valor de el libro que había escrito. En el pasado el cirujano daba por terminada su misión cuando la herida se había cerrado y los amputados tenían que proveerse de piernas de palo o de muletas con las que poder realizar algunas actividades, y en los casos en que no era posible solían ejercer la profesión de mendigos, situación precaria que se repetía en otros países en mayor o menor grado. Su objetivo al escribir el libro fue dar a conocer los fundamentos en que se basa la construcción de prótesis y los resultados logrados. Antes de llegar a los capítulos de

prótesis de los miembros habla de las zonas de valoración y de elección en las amputaciones y del tratamiento postoperatorio del muñón siguiendo las enseñanzas de Purkhauer.

LA CÁTEDRA.

Finalmente opositó a cátedra y ganó la de patología quirúrgica de Cádiz en 1927, pero su deseo era alcanzar un puesto docente en una universidad que él consideraba de mayor rango y consiguió el traslado a la de Valladolid en 1932, fecha conocida por su colegiación en el correspondiente Colegio Oficial de Médicos, dándose de baja del de Cádiz donde estuvo entre 1927 y 1932. Contrajo matrimonio con doña Teresa Petrement Aldaiturriaga, dato obtenido de su certificación de defunción obrante en el colegio de médicos de Madrid, y tuvieron una hija de nombre María Teresa.



Libro Miembros Artificiales.

En 1929 solamente llevaba dos años profesando como catedrático y ya tenía acabado su primer libro de docencia sobre "**Exploración quirúrgica**", que según él llenaba una necesidad sentida por los estudiantes de medicina, que al llegar a las asignaturas quirúrgicas ya poseen los conocimientos adquiridos en patología general pero que con éstos se desenvuelven mal cuando tienen que reconocer un enfermo de cirugía. La exploración quirúrgica, dice en la introducción, se encuentra diseminada en los libros de cirugía y los estudiantes no disponen de un libro metódico sobre esta materia previa e imprescindible. Al igual que la auscultación y la percusión son básicas para la exploración médica, la vista y el tacto son los sentidos que más utilidad presta al cirujano, por el carácter de más externas y circunscritas de las afecciones quirúrgicas, pero el orden, el método, es idéntico en ambas y sin él el diagnóstico con frecuencia no sería posible. Lo más necesario al principiante es "saber qué hacer" ante el enfermo, es tener una norma a seguir, que nunca pecará de demasiado inflexible. Los libros suelen decir al estudiante cuales son los síntomas y los signos que presenta tal o cual afección, pero respecto al modo de recogerlos nada o muy poco se les explica. El encargado de prologar la obra fue el profesor Laureano Olivares -llegó a director de la Revista en 1944- que gustosamente aceptó la petición de este "joven catedrático de Cádiz", como le llamó cariñosamente al tener 35 años, y en su escrito hace notar que el progreso de los métodos quirúrgicos ha sido rápido en los últimos años y que por ello los cirujanos han sido absorbidos por las técnicas y han descuidado algo el estudio del diagnóstico con la intensidad que éste merece. Creo que con sorna lo expresa al referir que de modo popular se les llama operadores, como obreros manuales, hábiles y meritísimos, pero poco avezados a los problemas de diagnóstico. De tal modo es esto cierto, prosigue, que las palabras "cirujano" y "operador" se hacen sinónimas y sin embargo no hay ningún cirujano que se conforme con quedar relegado a la categoría de obrero manual, sino que aspira a ser, además de un artista, un hombre de ciencia. Opina que el libro viene a llenar el vacío y por ello es digno de alabanzas porque los estudiantes encontrarán en él la guía que les conduzca pronta y fácilmente a obtener el conocimiento de la enfermedad que sufra un enfermo que esté bajo sus cuidados. La obra tiene 270 páginas y se distribuye en una parte general sobre interrogatorio, exploración, constitución y hábitos (concepto válido en su época) y en una parte especial con XI capítulos, uno por cada región anatómica; el decimoprimeros corresponde a los miembros superior e inferior, siguiendo sus regiones correspondientes. En cada capítulo el plan de exposición suele ser: inspección, palpación, percusión, movimientos activos y pasivos, mensuración, punción y radiografía, de manera que el estudiante o el joven especialista dispone de un esquema de fácil repetición. Esta labor didáctica no está al alcance de todos sino de aquél que posea un fino espíritu de observación y un caudal grande de profundos conocimientos como los del profesor

Argüelles, afirma el profesor Olivares. El libro se agotó y por lo útil que fue tuvo una segunda edición en 1941 a cargo de Editorial Científico-Médica.



Libro *Manual de Patología*

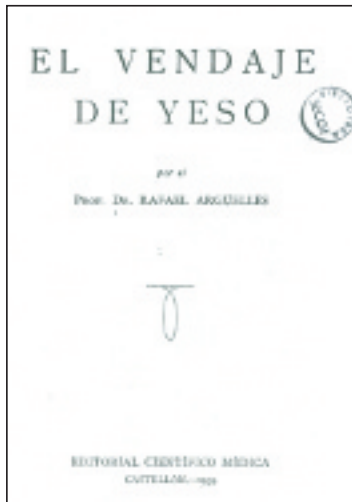
Al cabo de cinco años de labor docente sus lecciones de cátedra las publicó en su "**Manual de Patología Quirúrgica**", que a pesar del nombre que le dio ocupa tres tomos muy extensos: 1º 535 páginas, 2º 541 páginas y 3º 650 páginas; en resumen se trata de un "manual" de unas 1800 páginas. Su impacto en los medios universitarios fue notable y mereció que el profesor Antonio Trias Pujol, hermano de Joaquín que fundó la SECOT con Bastos, se encargara de la crítica, que salió publicada en la Revista de Cirugía de Barcelona en 1932. Este importante tratado tuvo una segunda edición a cargo de Editorial Científico Médica en 1940. Se consideró que esta obra tenía dos cualidades fundamentales: sencillez y eficacia, que en este caso es tarea ardua porque se incluye la patología quirúrgica general que ocupa el tomo I, dividido en doce partes: generalidades (constitución, herencia y físico-químicas), infecciones, traumatismos, tumores, piel, vasos y ganglios linfáticos, vasos sanguíneos, músculos, tendones

con sus vainas sinoviales y sus bolsas serosa, huesos, articulaciones, nervios. El tomo II corresponde a cabeza, raquis y miembros, y el tomo III a cuello, tórax, abdomen y órganos genitourinarios. El autor lo dedica a los estudiantes y afirma que el caudal de conocimientos que aporta no va más allá de lo que puede aprender cómodamente en los tres años de patología quirúrgica un estudiante de capacidad media. Para ello ha tenido que seleccionar los conocimientos útiles y centrarse en las modernas adquisiciones que han recibido sobradamente la sanción de la práctica. En su crítica Antonio Trias, profesor en Salamanca y después en Barcelona, asegura que "serán pocas cuantas alabanzas hagamos de la concisión, claridad y modernidad que se patentizan en cada página del libro. Es imposible ofrecer al lector mayor número de conocimientos en menos palabras que no por esto dejan de ser un poder didáctico definitivo. El autor ha superado dificultades tan grandes como tratar de cuestiones que están hoy en plena constitución, sobre las que hay una divergencia de opiniones enorme, y sin embargo sin adentrar al principiante en los detalles de la polémica, le ofrece una base de coincidencias y le insinúa el problema en litigio. En este libro enjundioso no hay el menor ribete de demostración erudita... gracias a la excepcional documentación del autor... un libro excelente". La primera edición se agotó en corto tiempo porque tanto en España como en Portugal y en América se le dispensó una acogida muy superior a la que el autor podía esperar, lo cual sirvió de estímulo para ofrecer la segunda edición considerablemente mejorada en 1940.

EL VENDAJE DE YESO.

En noviembre de 1935 apareció otra publicación de Argüelles, su libro sobre "**El vendaje de yeso**", dedicada a la SECOT recién fundada. Justifica su elaboración porque esta técnica había sufrido un auge y no había en la literatura española libros consagrados a la descripción detallada de la materia. Fruto de la sistematización en su clínica hizo una revisión de instrumental y procedimientos hasta lograr un esquema para la confección de cada uno de los tipos de vendaje más usados; se trata de una técnica que no puede describirse a grandes rasgos sino a fuerza de insistir en el detalle y su dominio no se consigue más que por el ejercicio, por la repetida práctica. El libro tiene el valor indudable de orientar en el aprendizaje, de prevenir al principiante de los muchos errores que puede cometer, señalándole el buen camino. De bien poco serviría el saber colocar un vendaje con una ejecución de apariencia irreprochable, si no descansaba en un sólido conocimiento de la

inmovilización articular. Así Argüelles quiere contribuir a la difusión de una técnica tan descuidada hasta este momento de su edición.



Libro *El Vendaje de yeso*.

En la introducción dibuja la situación de la cirugía ortopédica en relación con los enyesados: se trata de una técnica que se descuida demasiado, se la trata con gran desdén, no se le concede más importancia que a la colocación de un vendaje simple, se encarga su confección al personal subalterno, no se es consciente de la responsabilidad en que se incurre si el vendaje es deficiente. Se queja de que los cirujanos no pueden ni quieren perder tiempo en colocar un vendaje de yeso y recuerda el dicho quirúrgico de que en las operaciones de cirugía general la labor del cirujano termina al dar el último punto, y en consecuencia la labor del cirujano ortopédico termina al colocar el vendaje de yeso manteniendo la posición obtenida con la reducción o la corrección. Observa que en su época colocar un vendaje de yeso en un hospital es una ardua labor porque hay que improvisar mucho en un

medio no preparado, el pelvistato se substituye con una palangana, el personal suele ser deficiente por falta de preparación y en tales condiciones resulta difícil adaptar el escayolado a los relieves óseos. Sus razones se apoyan en el pensamiento de Putti, que en 1934 había escrito en la *Chirurgia degli Organi di Movimento*: "Cualquiera que sea el enfermo de medicina o de cirugía, que ingrese hoy en un hospital, aunque sea modesto, encuentra una asistencia diez veces más eficaz que la que puede encontrar un fracturado. Ingresar un enfermo infeccioso agudo o de otra patología interna y al momento están dispuestos todos los medios profilácticos, diagnósticos y curativos para que sea atendido sin dilación,.... y si llega el caso, en pocos minutos está en la cama de operaciones, con todo preparado aun para una operación de las más graves... El traumatizado al que una rápida ambulancia ha transportado velozmente al hospital, no encuentra en éste mas que una cama en una sala común y un médico que no está armado de otra cosa que de buena voluntad". Esta descripción del gran maestro de Bolonia ha sido una acertada selección de Argüelles para perfilar el ambiente en que se movían nuestros especialistas en los tiempos de fundación de la SECOT. Manifiesta la esperanza de que lo que pasa con los fracturados en otros países más avanzados se pueda llegar a aplicar en el nuestro, donde son contados los hospitales que disponen de una sección dedicada al tratamiento de las afecciones del aparato locomotor. La confección del vendaje de yeso en salas con su utillaje no debería ser difícil porque en el fondo la técnica empleada en todas las clínicas es la misma, sólo varía en detalles, y cada cirujano que aplica una técnica y pone gran interés en dominarla, termina por modificarla y adaptarla a su modo y manera de trabajar, imprimiéndola un sello personal. El éxito del libro obligó a una segunda edición en cuanto se acabó la guerra y él se reintegró a su labor docente universitaria a finales de 1939.

LA GUERRA.

Un año después de colaborar en la fundación de la SECOT cambió la vida de Argüelles como la sus demás compañeros de la Sociedad porque el ejercicio de la cirugía de guerra pasó a ser su cotidianidad. Desde el 18 de julio de 1936 hasta el 20 de noviembre del mismo año asistió a heridos en el Hospital Provincial de Valladolid y a partir del mes siguiente fue militarizado con grado de capitán médico asimilado y ejerció como jefe de clínica de cirugía en el Hospital Militar de la misma ciudad. El 14 de febrero de 1937 pasó a ser jefe del servicio de fracturados del Hospital Militar de Rozas del Puerto Real (Madrid) hasta el 20 de noviembre del mismo año y acto seguido se trasladó con idéntico cargo al Hospital Militar de Alhama de Aragón hasta el 1 de febrero de 1938. Vuelve a cambiar de

centro y es destinado al Hospital Militar "Seminario de Vitoria" hasta el 28 de agosto de 1939 y con el fin de la guerra pasó al Hospital Militar "Saliquet" de Madrid. Estos datos exactos proceden de su declaración jurada ante las autoridades de la Delegación Nacional de Sanidad, de Falange Española Tradicionalista y de las JONS, para adjuntar al habitual proceso de depuración. El gran detalle de esta declaración con un cuestionario oficial impreso es digno de reproducción en este párrafo porque es el exponente de los avatares sufridos por nuestros profesionales. En él se pregunta:

- Domicilio, residencias anteriores, tiempo de residencia.
- Ideología política anterior al 18-VII-1936.
- Partidos políticos en que ha militado.
- Cargos públicos que ha desempeñado.
- Cargos de elección popular.
- ¿Con qué matiz político fue elegido?
- Círculos políticos en que figuraba.
- Cotizaciones políticas que satisfacía.
- Agrupaciones profesionales a que pertenece o ha pertenecido.
- Suscripciones benéficas, sociales o religiosas a las que contribuye o ha contribuido.
- Cargos profesionales que ha desempeñado y modo de ingreso en ellos.
- Prensa política a que estaba suscrito.
- Otros periódicos que leía habitualmente.
- Actos políticos en que ha tomado parte como actor, organizador, etc.
- Si ha desempeñado cargos del gobierno rojo y cuales han sido, expresando retribución, actuación, etc.
- Cuál ha sido su actuación en relación con los demás compañeros, especialmente los perseguidos.
- Si ha formado en las filas del ejército o voluntariado rojo y con qué graduación.
- Si ha sufrido persecución y en qué ha consistido.
- Qué actos ha realizado en favor de nuestro movimiento.
- Si pertenece o ha pertenecido a la Masonería, a otras sectas o Asociaciones similares, especificando claramente cuanto a este punto se refiere.

Todos los extremos aquí consignados de mi puño y letra, son absolutamente ciertos y de su veracidad respondo bajo juramento.

POR DIOS, POR ESPAÑA Y SU REVOLUCIÓN NACIONAL-SINDICALISTA.

SALUDO A FRANCO. ii ARRIBA ESPAÑA !! AÑO DE LA VICTORIA.

Su actuación desde el 18-VII-1936 hasta la fecha, minuciosamente explicada:

Pasado el proceso de depuración sin problemas, ya que militó con graduación en la sanidad militar franquista, solicitó el 20 de septiembre de 1939 su reincorporación colegial, ahora de nuevo en Madrid, cesando en el de Valladolid a voluntad propia por traslado. El 6 de octubre siguiente se le comunica que la Comisión Gestora del Colegio ha acordado reincorporarlo a reserva de lo que resulte de la Depuración Profesional que viene realizando; el 8 de octubre del mismo año recibe del Colegio de Médicos de Madrid la notificación de que, examinada su declaración jurada y los antecedentes que obran en esta Entidad, se propone la inclusión del mismo en el Censo Colegial con el nº 2610, con la reserva de nuevas informaciones aportadas a este Juzgado Instructor, de acuerdo con el carácter de retroactividad establecido por la Ley. Pasados y concluidos estos trámites políticos el titular tenía que devolver al Colegio los carnets y tarjetas de identidad que obrasen en su poder y entonces recibiría el nuevo documento de identidad.

HERIDOS DE GUERRA.

En la postguerra reanudó su trabajo universitario con la novedad de conseguir un nuevo traslado, esta vez a Valencia, y llegó a esta tercera universidad de su periplo con un vasto conocimiento en cirugía de guerra y una acumulación de material clínico que forzosamente tenía que ordenar y exponer en un libro, de acuerdo con su talante docente ya bien acreditado en sus obras anteriores de antes de la guerra, que tanto éxito habían cosechado y con su edición agotada. Con sus publicaciones anteriores y las nuevas que comentaremos se había ganado un justo prestigio en los medios universitarios y en los ambientes de nuestra especialidad, destacando por encima de otros docentes a sus 46 años de edad y brillando en el panorama quirúrgico español. Su nuevo libro **"Fracturas y heridas articulares por arma de fuego"**, de 275 páginas, apareció en las librerías en 1939, llamado en la obra y en general "Año de la Victoria", editado por Editorial Científico-Médica y encabezado con su dedicatoria a sus Jefes y compañeros de la Sanidad Militar Nacional y a los médicos y a sus alumnos caídos en la Campaña. En el prólogo se refiere a su experiencia y a la casuística recogida de más de dos mil fracturas y heridas articulares, atendidas en los hospitales de Valladolid, Rozas de Puerto Real, Alhama de Aragón y Vitoria; muchos de los heridos fueron atendidos hasta el final y otros fueron evacuados por necesidades de la guerra en fase más o menos avanzada de su tratamiento.

Existían en la literatura obras de traumatología civil muy acreditadas y otras de cirugía de guerra que abarcaban todos los aspectos de la cirugía castrense y muy especialmente la cirugía de urgencia del hospital de sangre, pero el tratamiento de las lesiones del aparato locomotor solamente se describía en líneas generales. Las enseñanzas de la guerra europea (primera guerra mundial cuando hubo estallado la segunda) dejaron establecidas unas directrices del tratamiento pero no fueron suficientemente sistematizadas, si bien mejoraron en los años de calma transcurridos después; el mejor conocimiento de las fracturas de paz, cerradas y abiertas influyó favorablemente en los resultados logrados en el tratamiento de las fracturas por arma de fuego en la guerra española. Observa Argüelles que en las fracturas de paz una parte y no pequeña del éxito se debe a la sistematización de la técnica en sus más pequeños detalles y que si esto es necesario en la fractura de la práctica civil lo es en grado superlativo en las de la cirugía de guerra. Aquí se impone la adopción de métodos sencillos, rígidos, que puedan ser seguidos sin titubeos después de que su bondad haya sido bien probada. Su libro representa el resultado de la sistematización rigurosa después de los primeros tanteos y en un número de casos lo bastante crecido para poder juzgar de su rendimiento.

Al referir los resultados conseguidos es necesaria una gran minuciosidad, hay que detallarlos por centímetros y grados, hay que acompañar las radiografías iniciales y finales, y añadir, en fin, fotografías en diversas actitudes demostrativas. Este es el rigor de valoración que el autor se impuso, poco frecuente en aquella época, y aseguraba que los resultados se habían expuesto con el mayor acopio posible de datos numéricos y gráficos, revisados y seleccionados con la mayor escrupulosidad y sin la menor preocupación de mejorar pasadas estadísticas. Considera Argüelles que si bien de día en día las armas de combate alcanzan mayor potencia mortífera, también son de guerra en guerra más brillantes los éxitos de la técnica quirúrgica y mayor el número de los heridos rescatados a la muerte o a la invalidez. Y afirma después que nunca puede decirse que las guerras toquen a su fin y con menos motivo en los agitados tiempos que se viven, sin saber que a los pocos meses estallaría la segunda guerra mundial con la invasión de Polonia por parte del tercer Reich. Cree que el asiduo trabajo de los años de campaña se verá con creces compensado si, aunque en exigua medida, ha podido contribuir al alivio de los heridos y al avance de la Cirugía Española.

Entre las heridas de guerra las osteoarticulares representan el 25% del total y relata que por reconocidas autoridades se ha dicho que los cirujanos de vanguardia descuidaban a los estos heridos, muchos de los cuales podían ser recuperados, porque prestaban atención prioritaria a los de cráneo

y a los viscerales; el problema de estos heridos no sería de prioridad sobre otras lesiones sino de organización de los primeros cuidados. Después de la guerra europea han quedado conquistas duraderas aprovechables en el futuro: escisión precoz de las heridas, la férula transporte de Thomas, la férula de Braun, la tracción transesquelética, con clavo de Steinmann primero y con alambre de Kirschner después. Estos excelentes recursos terapéuticos mejoraron considerablemente los resultados, que sin duda hubieran sido aún superiores de conseguirse la unidad de métodos y la continuidad en el tratamiento.; se había comprobado que los resultados mejoraban rápidamente cuando los fracturados se centralizaban en hospitales especializados, con procedimientos perfeccionados y tratamientos normalizados. La experiencia le había enseñado que los métodos terapéuticos de cirugía de paz eran aplicables a la cirugía de guerra con la salvedad de que las fracturas en el frente de batalla suelen ser gravemente infectadas y precisan de limpieza precoz, inmovilización y desagüe eficaz. Obsérvese que este término castellano (como avenamiento) ha desaparecido del lenguaje quirúrgico, substituido por el galicismo drenaje.

El libro es fruto del análisis de una estadística bien precisa: 1.198 fracturas de guerra y 147 heridas articulares; las fracturas son producidas por bala en el 71,5% de los casos y por metralla en el 28,5%; las heridas articulares son producidas por bala en el 56,4% de los casos y por metralla en el 43,6%. Algo más de la mitad de las fracturas recaen en la extremidad inferior, repartidas por igual entre pierna y muslo; las heridas articulares tienen preferencia por la rodilla en el 44% de casos y en el 36% por codo y hombro. Argüelles compara los resultados estadísticos de la mortalidad de las fracturas por arma de fuego: guerra 1870-71 39,9%, guerra europea (estadística americana) 12,3% y (estadística francesa) 6,3%, su estadística española 3,8%; mortalidad de las heridas articulares: guerra 1870-71 35,9%, guerra europea (estadística americana) 4,6% y (estadística francesa) 6,9%, su estadística española 0,67%. No cabe duda de el objetivo de su trabajo que era la "sistematización del tratamiento" quedó refrendado por los buenos resultados que refiere.

La estructura de la obra consta de dos grandes partes, general la primera, o de patología, y especial la segunda, o de exposición topográfica. Por tratarse de lesiones de guerra aparecen explicaciones que no se encuentran en los tratados "civiles", por así decir: acción de los proyectiles y su mecanismo; tipos de lesiones según el proyectil, orificios y trayectos; primeros cuidados y transporte y organización del hospital de fracturados; la infección de la herida, local y general, patogenia; la consolidación de la fractura, evolución del callo, osteomielitis, seudartrosis, rigideces articulares; hemorragia secundaria. En la parte especial se estudian por separado las fracturas, de extremidad superior y extremidad inferior, y las heridas articulares, con comentarios sobre las artritis y exposición de cada articulación.

LAS SECUELAS.

Como complemento del libro sobre las fracturas escribió otro sobre "**Las secuelas de las heridas de guerra de los miembros**". El primero fue un fruto inmediato del final de la guerra y por lo tanto preparado en plena guerra para poderlo publicar en 1939. Este otro apareció en 1942 y sería el fruto de la observación y seguimiento de sus pacientes entre 3 y 5 años, tiempo suficiente para afirmar que su misión es la de aliviar por todos los medios a su alcance la suerte de los heridos que aún arrastran las consecuencias de las lesiones adquiridas en los campos de batalla, que en lo referente al aparato locomotor son considerables, exigen un tratamiento largo y perseverante y requieren la organización de hospitales especializados. De estas consecuencias tardías de las heridas de guerra unas imponen de modo imperioso un tratamiento, como ocurre con las lesiones dolorosas o las fístulas interminables, pero en la mayoría de los casos las heridas han cicatrizado definitivamente y la enfermedad, como proceso vital que pueda en un momento amenazar la vida del paciente, no

existe, sino que nos hallamos ante una afección puramente ortopédica. Lo describe como un trastorno que en más o en menos rebaja la capacidad funcional del individuo, es decir, un estado morboso por el cual no pelagra la existencia biológica sino la seguridad de su existencia social, según Virchow. Corresponde a los gobiernos, en la medida de sus fuerzas, atender a las necesidades de estos heridos, cuyas lesiones les impiden ejercer su profesión y ganar su sustento; tal situación no siempre se soporta y la inferioridad corporal repercute sobre la esfera anímica de modo bien distinto en unos y otros heridos, no estando en relación la magnitud del daño orgánico con la depresión psíquica causada. El autor se refiere a Biesalski, que había influido en otros cirujanos ortopedas españoles de formación alemana en lo referente al tratamiento de minusválidos de cualquier edad y tipo, y recuerda que la conformidad o el desaliento de los pacientes con secuelas dependen de la normalidad de su sistema nervioso, de la educación, religiosidad, cultura y medio ambiente. Este último interviene favorablemente sobre el ánimo de los inválidos de modo que en los hospitales especializados la convivencia con otros compañeros que padecen lesiones análogas, el asistir a los progresos de la curación, el ver cómo pueden recobrase las funciones perdidas, les infunde gran confianza y estimula su colaboración personal activa, tan necesaria en la tarea de la reeducación. Argüelles se enfrenta al tratamiento de las secuelas asegurando que hoy dispone la cirugía ortopédica de amplios recursos para tratar tales incapacidades del aparato locomotor. El tratamiento de las lesiones residuales de fracturas, de lesiones articulares y nerviosas, la provisión de aparatos protésicos a los amputados, que no solo les libren de su incapacidad para ejercer los múltiples actos de la vida cotidiana, sino que les permitan incluso ejercer una profesión, es misión de la cirugía ortopédica, que cumple con resultados cada vez más brillantes, y que va a exponer en los capítulos de su libro.

El contenido de su obra analiza las grandes secuelas de los traumatismos de guerra de las extremidades. El primer capítulo lo dedica a estudio y tratamiento de las osteítis residuales, supuraciones continuas o intermitentes que obligan a repetidas operaciones y a prolongados controles. Al estudio de lo que él denomina "Perturbaciones de la consolidación" le corresponden la consolidación viciosa, los callos exuberantes, los callos en puente y las seudartrosis, y a los conceptos globales se unen los tratamientos en cada hueso por orden topográfico. El capítulo de las secuelas de las heridas articulares va encabezado con un estudio de fisiopatología articular (cartilago, sinovial, inervación, función) que hace más comprensible la patogenia y luego el tratamiento de las rigideces, las anquilosis y las contracturas mediante artroplasia, osteotomías, resecciones y artroplastias. Dedicó un capítulo a las heridas de los nervios y al tratamiento de las parálisis y otro a las cicatrices de los músculos y los tendones. Concluye con un capítulo séptimo especial para el muñón y las prótesis de gran interés y detalle porque corresponde al tiempo final de reintegración del lesionado a una vida de mayores posibilidades funcionales: zonas de elección de las amputaciones, capacidad de apoyo de los muñones, orientación de la prótesis, patología del muñón y cinematización de los muñones. Para los cirujanos ortopédicos de su época sería la aportación más avanzada sobre una temática que para muchos era poco conocida, algo imprecisa o bien dejada en manos de técnicos ortopédicos.

VISIÓN DE LA ESPECIALIDAD.

Como otros grandes maestros y promotores de nuestra especialidad Rafael Argüelles predicó arduamente en favor del reconocimiento universitario de nuestra especialidad y, a pesar de ser catedrático, podríamos decir en términos deportivos que en campo contrario, ya que el bloque de los defensores de la idea de patología quirúrgica general en el currículo de la licenciatura cerraba filas de forma muy compacta. Por ello legó a la Revista su visión del problema en un artículo titulado "La Ortopedia y Traumatología como especialidad autónoma", aparecido en octubre de 1947, un año y medio antes de su fallecimiento. No conocemos otro trabajo posterior y lo podemos considerar

como su último mensaje a los compañeros cirujanos ortopédicos y traumatólogos desde la tarima intelectual de su cátedra aunque estuviera en el Hospital Provincial. Nuestra especialidad se distingue en aquel momento con el nombre de "Cirugía del aparato locomotor", "Traumatología y Ortopedia" o "Cirugía de los huesos y articulaciones" y había tardado muchos años en conseguir la autonomía y en favor de ésta abogaban su vasto campo de acción, su técnica y su instrumental. Las especialidades surgen por la necesidad de dividir el trabajo y la Historia demuestra que las luminosas síntesis se consiguen después de siglos de fragmentarios análisis, y de su maestro alemán Wilhelm Wien aprendió que la ciencia fue en todo tiempo impulsada por investigadores que dedicaban toda su vida a un territorio de la misma; por el constante desarrollo de la ciencia médica la capacidad cerebral es impotente para abarcarla por completo y ha de concentrar su actividad en un reducido recinto para llegar a su dominio. Quien profundice en la Ortopedia y Traumatología tendrá que relacionarse con problemas de anatomía, fisiología, pediatría, neurología, con cuestiones generales de cirugía y así es que la Ortopedia no desvía hacia una cerrada especialización, sino que establece amplias uniones entre las distintas disciplinas. La especialidad se ha desarrollado con aportaciones progresivas como la colaboración entre cirujanos ortopedas y técnicos ortopédicos para confeccionar aparatos, la llamada "ortopedia mecánica"; por otro lado los métodos primitivos de la gimnasia y el masaje son un coadyuvante terapéutico habitual, la conocida "gimnasia ortopédica" tan desarrollada en Suecia. Al decir de Haglund, la confluencia y la reunión de estos tres componentes consagran la especialidad como una unidad orgánica y ya entonces para Hoffa la Ortopedia será aquella parte de la cirugía que estudia la profilaxis, patología y terapéutica de los órganos de la actitud y del movimiento. La especialidad se ha desarrollado en centros privados pero su prestigio se mantiene mientras dura la personalidad de su fundador, por lo que es necesario crear la enseñanza que permite preparar y seleccionar la sucesión.

Hay que incluir en la especialidad las afecciones agudas, sobre todo las fracturas, como ocurrió en Gran Bretaña durante la primera guerra mundial (1914-1918), gracias a lo cual Sir Robert Jones pudo demostrar que al ser tratadas por cirujanos ortopédicos la mortalidad de las fracturas abiertas de fémur bajó del 80% al 20%. Dice Argüelles que la fisiopatología del aparato locomotor, base de nuestra especialidad, es el estudio de un "bien definido sistema somático", y se queja de que en más de veinte años con dedicación a esta especialidad ha podido comprobar la falta de conciencia que en nuestro país hay de esta rama de la Cirugía y la resistencia a encomendar a una sola mano la totalidad del tratamiento de los enfermos del aparato locomotor, cuyo principio fundamental que lo gobierna es el de la continuidad terapéutica. La nuestra, como las restantes especialidades quirúrgicas, ha visto aumentar de día en día el campo de su actividad porque la técnica se complica, el número de operaciones crece y se renueva, y la literatura abundante se convierte en algo que no puede abarcarse fácilmente. Afirma que lo que compete al cirujano ortopédico es hacer el juicio de una enfermedad del aparato locomotor, determinar con qué recursos puede y debe ser tratada y saber aplicarlos continuamente hasta el final del tratamiento. Y para él los recursos que debe conocer y dominar son: las técnicas quirúrgicas, la inmovilización con el vendaje de yeso, los aparatos ortopédicos y la mecanoterapia y fisioterapia. Distingue dos situaciones en la aplicación del aparato ortopédico: la función temporal antes o después de una intervención, y la permanente cuando la afección obliga al paciente a llevarlo toda su vida. En este último caso puede aparecer el desaliento del parálítico o del amputado, y también el fracaso porque no se consigue la buena adaptación y es como una rebeldía al tratamiento. Nos recuerda al profesor Haglund que estaba convencido de que de toda la terapéutica ortopédica son los aparatos y las prótesis los que más dificultades ofrecen al principiante que intenta penetrar en los misterios de la Ortopedia; se tarda mucho tiempo antes de llegar a comprender las indicaciones y técnica de los aparatos, incluso estando al lado de un experto

mecánico. Acaba el artículo reconociendo que de momento en nuestro país hay que someterse a un tiempo de formación, que dura varios años, al lado de maestros de indiscutible solvencia; si bien los centros de cultivo de la especialidad son escasos, su prestigio es progresivo y se les podría confiar la labor de formación.

OTROS CIRUJANOS.

La gran aportación de Argüelles, con una obra sistematizada como corresponde a un catedrático de universidad dotado de valores de investigación y de pedagogía, nos ha dejado editado un muy valioso testimonio de lo que fue la traumatología de guerra, pero no fue el único, y justo es recordar a los que también colaboraron en el avance del tratamiento de los lesionados en guerra. Al empezar la guerra civil las obras disponibles para estudiar esta traumatología bélica procedían de la guerra europea de 1914-18 y en la búsqueda en las ricas bibliotecas de la Universidad de Barcelona y de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares localizamos algunas obras, que seguramente serían las conocidas de nuestros cirujanos en los inicios de la contienda civil:

- Tratamiento ortopédico de los traumatismos y en especial de guerra (1917) por F. Calot, del Instituto Ortopédico de Berck (Francia), editado por Salvat y Ca., Barcelona.
- Localisation et extraction des projectiles (1917) por L. Ombredanne y R. Ledoux-Lebard, editado por Masson et Cie., Paris.
- La cirugía en la guerra (1914-1918) por el doctor Pérez y Ortiz, Subinspector de Sanidad Militar, premiado por la Real Academia de Medicina y por el Ministerio de Guerra, Ediciones Mateu, Madrid. Reproducimos el contenido de este libro pionero después de la gran guerra: heridas de las regiones; de la infección; los nuevos antisépticos; manual técnico de la esterilización de los tejidos; nuevas opiniones sobre el intervencionismo en las heridas penetrantes de las cavidades; de la amputación en los grandes traumatismos; prótesis de los mutilados; reeducación de los órganos.
- La técnica moderna en el tratamiento de las fracturas de los miembros, en los hospitales de guerra franceses y americanos (1914-1918) por el doctor Jacinto Martí, Cirujano Ortopédico de la Clínica de Operaciones del Hospital Clínico de Barcelona, editado por Mariano Roig S. en Barcelona.

Antes de que acabara la guerra española ya aparecieron publicaciones como las de Trueta (1938) sobre "El tratamiento de las fracturas de guerra", en castellano y en catalán en el lado republicano, y otras varias en el lado nacional donde los cirujanos habían adquirido notoria experiencia; después de la guerra él ya publicó en Oxford y entre las del ejército franquista conocemos las siguientes:

- Cuestiones médico-quirúrgicas de guerra (1938) bajo la dirección de L. Gironés en las que participan trece cirujanos militares o civiles asimilados a militares que pertenecían al Cuartel General del Cuerpo de Ejército de Galicia
- Cirugía de guerra (1938) por M. Gómez Durán, Jefe de los Servicios de Cirugía del Hospital Militar de Tetuán, en dos volúmenes, 1º cirugía cavitaria y 2º cirugía de extremidades, editado por Gran Librería Médica F. García Muñoz.
- Recuperación de los mutilados (1939) por el doctor Mario Oliveras Devesa, Jefe del servicio de Recuperación Laboral de Mutilados y de La Clínica de Reeducción de San Sebastián, editado por Espasa-Calpe,S.A., San Sebastián.
- Fracturas de guerra (1940) por Federico García Dihinx, profesor de cirugía de la Facultad de Medicina de Zaragoza, editado por Salvat S.A., Barcelona, en el que aborda la estadística, las pseudoartrosis y la osteosíntesis en la campaña 1936-1939.
- Cirugía de guerra (1941) por el Dr. Carlos Franz, médico del estado mayor general y profesor

ordinario de cirugía de guerra de la antigua academia del Emperador Guillermo, editado por Salvat S.A., Barcelona; es una traducción de la segunda edición alemana y en su libro de cirugía de guerra Argüelles se refiere a este maestro.

- Biología y tratamiento de las heridas (1941) por Luís Gubern Salisachs, editado por Salvat S.A.
- Contribución al estudio de las secuelas postraumáticas (1947) por el Dr. M. Gómez-Durán, cirujano del Hospital Militar de Madrid-Carabanchel, editado por Salvat S.A., Barcelona.

A todos ellos debemos nuestro recuerdo y el reconocimiento por haber dejado constancia escrita de sus experiencias de guerra y de sus aportaciones, que posteriormente hicieron progresar la traumatología llamada civil, del mismo modo que ésta, como un sistema de vasos comunicantes, había sido la base sobre la que empezaron a tratar los heridos bélicos. Todos fueron coetáneos de Argüelles y cada uno ejerció sus funciones en los hospitales militares a los que la superioridad los destinaba.

HOSPITAL PROVINCIAL.

Ya acabada la guerra civil Argüelles alcanzó la cátedra de la universidad de Valencia por traslado y se trataba de una universidad de prestigio, y no diría puntera en nuestra especialidad porque esto dependía de lo que el catedrático fuese capaz de crear, de su propio esfuerzo y dedicación. Pero, conocida su proclive predilección por las lesiones del aparato locomotor, una cátedra obligatoriamente de patología quirúrgica general no ofrecía un posible futuro de especialización en cirugía ortopédica y traumatología. Así que, supongo, la oportunidad de alcanzar la jefatura del Servicio de Huesos y Articulaciones del Hospital Provincial de Madrid sería la que colmaría sus deseos y aspiraciones profesionales, como ocurrió en 1947, aunque desdichadamente solo duraría un par de años a causa de la precocidad de su fallecimiento. Su puesto quedaría libre y sería la gran oportunidad de Sanchís Olmos que le sucedió y que tuvo la misión de adaptar y mejorar el Servicio que la breve dirección de Argüelles no permitió llevar a cabo. Falleció en Madrid el día 21 de abril de 1949 a la precoz edad de 55 años.

OTRAS CÁTEDRAS.

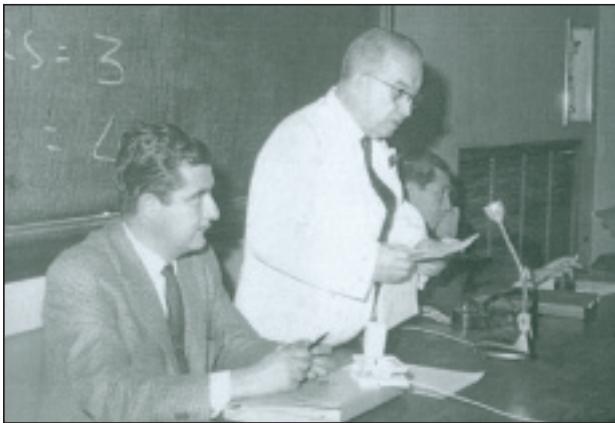
En la postguerra española se reorganizaron cátedras que habían quedado vacantes por exilio de sus titulares, se convocaron otras después de la jubilación del profesor y quedaron libres algunas por traslado del catedrático a una universidad de mayor prestigio. Siempre se trataba de Patología Quirúrgica General y en ella quedaban lógicamente incluidas las enseñanzas correspondientes al aparato locomotor y a la cirugía ortopédica y traumatología. En algunos casos notables el catedrático dedicó especial atención a nuestra especialidad dentro de su responsabilidad general y, aunque no hubiese participado en la refundación de la SECOT ni en su posterior desenvolvimiento, sus enseñanzas, sus lecciones y la actividad quirúrgica en sus clínicas universitarias fueron el pábulo que ayudó a despertar vocaciones hacia la cirugía osteoarticular. Por la influencia que ejercieron sobre las jóvenes generaciones de su momento debemos destacar a los profesores Francisco Martín Lagos (Granada 1897-Madrid 1972) y Pedro Piulachs Oliva (Barcelona 1908-1976). Justo es dedicarles unas notas biográficas para que los jóvenes lectores puedan valorar sus aportaciones y la irradiación de las escuelas que crearon, de donde han procedido figuras muy importantes de nuestra Sociedad.

FRANCISCO MARTÍN LAGOS (1897-1972)

Cuando se jubiló a los 70 años en 1967 se le rindió un homenaje y el profesor Zarapico hizo una semblanza biográfica en la que lo define como un cirujano general de formación y saber enciclopédico en una época en la que el tremendo desarrollo y amplitud, poco menos que ilimitado, de la cirugía

va reduciendo cada vez más el número de estos Ilustrados dejándolo circunscrito a unos pocos. Dentro de este perfecto dominio que tuvo de la Patología Quirúrgica, se sintió desde los inicios de su formación especialmente fascinado y atraído por la del aparato locomotor, como demostró con su tesis doctoral sobre la contractura isquémica de Volkman. Su formación germánica imprimió seriedad a su trabajo y orden a sus estudios y proyectos. Dedicó especial atención a temas de cirugía ortopédica y traumatología como se aprecia en los datos que referimos:

- En 1944 ya realizó un enclavado intramedular de Kuntscher.
- Estudió la coxartrosis y la trató con diversos tipos de artroplastias.
- Sintió especial interés por los problemas de la escoliosis
- Organizó en la Facultad de Medicina de Madrid un servicio de traumatología y ortopedia, hasta entonces inexistente.
- En 1949 creó la primera Escuela Oficial española de traumatología y ortopedia para postgraduados.
- De sus casi cien publicaciones en la mitad de ellas se ocupó de temas de patología osteoarticular.



Profesor Martín Lagos y a su derecha el Profesor Palacios Carvajal.

Son de resaltar, por su repercusión nacional e internacional –según Zarapico-, sus trabajos sobre “Obtención de hueso metaplásico” en los que puso de manifiesto que para la formación ósea no era necesaria la presencia de una sustancia específica inductora y que el hueso se forma a expensas de células mesenquimatosas con potencia prospectiva ósea, que permanecen indiferentes hasta que el medio en que existen se modifica en condiciones favorables a su desarrollo evolutivo. En las investigaciones sobre “Influencia de las acciones mecánicas diversas en la formación del

callo de fractura” demostró que la osificación no es un simple fenómeno físico-químico de la sustancia intercelular, como defendía Leriche, y puso en evidencia el importante papel de los osteoblastos y la necesidad de un reposo mecánico, lo más completo posible a nivel del foco de fractura para la buena formación de éste. En el prólogo a sus Lecciones dijo de él el profesor Rodríguez Fornos que la firmeza y energía de su carácter eran como un eslabón entre la ciencia y el arte, que la cirugía no era ciencia matemática sino biológica –según su maestro López Sancho- y que su actitud hace penumbra en el espejuelo de los quirófanos (tan atractivos para la juventud) al dar preferencia y primacía a los estudios de fisiopatología, tan abandonados en la rutina profesional por nuestros cirujanos corrientes. Nos recuerda que, si se mira a lo largo de la historia, los más graves errores de la terapéutica fueron siempre motivados por el desconocimiento de los mecanismos de producción de la enfermedad y de la manera de actuar las defensas orgánicas. Está en el pensamiento de Martín Lagos que sólo conociendo la fisiopatología, la entraña de la enfermedad y no su expresión aparente, es como se sabe lo que se puede y lo que se debe hacer en terapéutica, y de otra parte la fisiopatología es quien más alumbra en el sendero de la investigación. Nos expresa una apreciación de su tiempo: uno de los errores de nuestra época es buscar el camino más fácil y rápido para triunfar, sin pensar en que el triunfo, para que lo sea y perdure, ha de tener una base firme.

El profesor Martín Lagos empezó a publicar en 1942 sus “Lecciones de fisiopatología y clínica quirúrgica” cuando era catedrático en Valencia y publicó el tomo IV en 1948 cuando ya hacía tres años de su traslado a la universidad de Madrid. En la Introducción del tomo I nos expresa su

ideario y las bases fisiopatológicas en las que fundamenta su pensamiento quirúrgico. Nos dice que siempre intentó, de forma machacona, enseñar a los alumnos los hechos fundamentales de los conocimientos médicos, pero que hay que ir más allá, no quedarse en la simple factoría de prácticos profesionales, hay que conocer el por qué y el cómo de las alteraciones que presenta el enfermo el por qué y cómo actúan los remedios, única manera de hacer un tratamiento racional. Y recalca que habla de problemas patológicos y no de problemas quirúrgicos o médicos, porque en la actualidad hay terapéutica quirúrgica o física o médica, pero patología no hay ni puede haber más que una. De la lectura de esta introducción entresacamos las bases de su pensamiento sobre la patología y lo exponemos de forma secuencial para que se perciba lo más claramente posible:



Libro *Lecciones de Patología Quirúrgica*

- El organismo es una máquina compleja en funcionamiento permanente, expuesta no solo al desgaste, sino a las injurias del medio en que vive y a la calidad de las sustancias que ingiere.
- El organismo está dotado de una serie de mecanismos reguladores que en estado normal le permiten compensar y corregir las modificaciones o alteraciones que eventualmente pueden producirse.
- Estos mecanismos son siempre los mismos para cada clase de agentes y cuando estos actúan tan intensamente que vencen la capacidad de regulación, se altera el funcionamiento de los tejidos, del órgano o del sistema afecto y en último término la estructura anatómica y así se llega al estado patológico.
- El organismo ante el proceso morboso sigue actuando mediante mecanismos reguladores para intentar compensar la alteración, eliminar los elementos destruidos y substituirlos cuando puede, o por lo menos intentar compensar la función perdida.
- Merced a las correlaciones funcionales que permiten la unidad armónica del organismo, la alteración provocada localmente en un punto o en un órgano repercute con más o menos viveza sobre la totalidad del mismo, provocando trastornos generales variables según la clase de agente, la intensidad con que actúe y la calidad del órgano o sistema atacado.
- Asimismo ante el proceso patológico el organismo pone en marcha sus energías reparadoras para coadyuvar al restablecimiento de la normalidad.
- Si bien las noxas capaces de actuar sobre el organismo son muy numerosas, en cambio su manera de acción no es indefinida, pudiendo genéricamente reunirse en número limitado de grupos, cada uno de los cuales produce cualitativamente lesiones idénticas o semejantes en los tejidos u órganos.
- El organismo aún cuando de constitución compleja ofrece un limitado número de modos de reaccionar ante los agentes productores de enfermedad.
- Los mecanismos reaccionales así como las lesiones provocadas por el mismo grupo de agentes son idénticas cualitativamente en los diversos órganos y si clínicamente provocan alteraciones distintas se debe a la diversa estructura y función de los órganos correspondientes, y no a la puesta en marcha de mecanismos especiales.
- El objetivo del médico con su terapéutica es ayudar al organismo al restablecimiento de su función normal, facilitando su regulación y evitando su sobrecarga.

Para este maestro de la cirugía hoy en día el cirujano no puede ser tan sólo un virtuoso o un artista del bisturí que se limita a conocer un grupo determinado de afecciones cuya solución

se encomienda a su arte, el cirujano debe ser un fisiopatólogo, es decir, un médico que posee y domina la técnica quirúrgica, como el internista es y debe ser un fisiopatólogo que domina la técnica incruenta, pero al mismo tiempo conoce los beneficios que reporta en las diversas afecciones la técnica quirúrgica para hacerla emplear a tiempo en beneficio del enfermo y de la ciencia. Si en las Lecciones se ocupa de la fisiopatología y la clínica quirúrgica lo hace describiendo los procesos que hasta hoy están predominantemente bajo el dominio del bisturí o de los métodos quirúrgicos y aquellos otros en que la cirugía encuentra indicaciones y es necesario conocer la fisiopatología del proceso para saber cómo actúa o por lo menos qué busca con su actuación el cirujano.

Los cuatro tomos de Lecciones no son una minucia como su discreto nombre podría hacernos pensar sino que en conjunto forman una obra de 1300 páginas cuya distribución temática expondremos para que sea patente su contenido. Martín Lagos empieza por los grandes procesos generales siguiendo la idea de Billroth, que afirmaba que conociendo éstos se conoce toda la patología quirúrgica especial, pues basta aplicar al órgano o parte los conocimientos generales y relacionarlos con su situación topográfica y su función para conocer su patología particular. El orden que sigue en el estudio de la patología sigue la tendencia de su llorado maestro alemán Lexer y así describe de modo primero y general los cuatro grandes procesos: deformidades, infecciones, traumas y tumores, para después estudiar la acción de cada uno sobre los diversos tejidos y sistemas; dedicará una última parte a una serie de procesos cuya causa es múltiple o se debe a trastornos de orden trófico. Según los tomos la distribución es según sigue:

- Tomo I. Su inicio es de toque muy personal con un capítulo sobre Constantes físico-químicas del organismo y sigue con los Procesos quirúrgicos generales: deformidades congénitas y adquiridas, la infección y sus reacciones, los traumatismos mecánicos y sus complicaciones generales, los traumatismos físicos, los traumatismos químicos, la patología de las cicatrices y finalmente los tumores.
- Tomo II. Se dedica a las infecciones, primero por simbioses normales o piógenas, y después por simbioses no normales o pútridas y al final infecciones crónicas específicas. Continúa con capítulos dedicados a tuberculosis y sus formas en el aparato locomotor, a la sífilis, a los virus, a las infecciones parasitarias y a las heridas emponzoñadas.
- Tomo III. Lo consagra a las lesiones traumáticas de tejidos y sistemas según sigue: musculares, tendones y vainas, aponeurosis, vasos linfáticos, arterias y venas y nervios. Los traumatismos de huesos y articulaciones son expuestos de forma más extensa (dos tercios del tomo) y los óseos se reparten en dos capítulos muy detallados, el primero sobre la fisiopatología y el segundo sobre la clínica, todo ello aplicable a cualquier tipo de fractura y sin entrar en detalles de fracturas hueso por hueso. De las articulaciones explica de modo general los conceptos aplicables a los traumatismos cerrados y a las heridas articulares y tampoco expone los tipos según la localización anatómica.
- Tomo IV. Expone los tipos de tumores siguiendo su distribución según los diversos tejidos como en otras clasificaciones internacionales. Aporta una extensa descripción de las distrofias de los varios tejidos del organismo: piel y tejido celular, sistema retículoendotelial, aponeurosis y músculos, vasos y nervios. Es de gran interés el capítulo dedicado a las distrofias óseas, muy exhaustivo, donde se explican según su origen en hueso membranoso, osificación encondral, osificación perióstica, en exceso de desarrollo y en dirección del crecimiento; siguen las formas localizadas, las debidas a calidad del hueso, las calciprivas, las hipertrofias y las de reconstrucción ósea patológica. Acaba con el capítulo de distrofias articulares que agrupa de forma muy didáctica la patología de la cavidad, de la sinovial, del cartílago y de los meniscos y prosigue con las formas degenerativas, artrosis, cuerpos extraños; con las alteraciones

de la movilidad (laxitudes, rigideces, anquilosis y luxaciones) se cierra el capítulo y con él el contenido de las Lecciones, esta magnífica herencia que ha legado a las generaciones posteriores el profesor Martín Lagos, obra irrepetible y que conserva actualidad gracias a su visión fisiopatológica de las enfermedades. Su mensaje se resume, como ya se comentó con anterioridad, en que el estudiante, y el médico que más tarde será, deben preguntarse siempre el **POR QUÉ** y el **CÓMO**.

En su clínica quirúrgica universitaria implantó con visión de futuro la división de la patología entre sus cuatro ayudantes de cátedra, de manera que se le debe considerar como el pionero español en el reconocimiento de las especialidades quirúrgicas en la universidad. Creó cuatro bloques dentro de la citada patología y los adjudicó del modo siguiente: cirugía torácica a Diego Figuera, neurocirugía a Gonzalo Bravo, cirugía digestiva a Antonio Estades y cirugía ortopédica y traumatología a José Palacios Carvajal. La misión de cada uno de ellos sería la de progresar en su dedicación y consolidarla hasta lograr que a su alrededor naciera una escuela que de forma definitiva afianzara la especialidad en la universidad. Cuando la Seguridad Social estableció conciertos asistenciales con los hospitales universitarios exigió que tuvieran los mismos servicios de especialidades que ella había creado en sus Hospitales y Ciudades Sanitarias. En la Cátedra del Profesor Martín Lagos esta visión de una patología quirúrgica que era la suma de partes reconocidas en manos de colaboradores, dejó abiertas las puertas a la modernización organizativa de los hospitales universitarios, que hasta entonces habían sido el reducto de una visión de la patología quirúrgica general, ya obsoleta en la segunda mitad del siglo XX. No cabe duda de que la obra asistencial y docente del profesor Palacios Carvajal nació con esta decisión de su maestro el profesor Martín Lagos y que el impulso que ha conseguido dar a nuestra especialidad a través de los grandes centros de la Seguridad Social ha abierto el camino a la llamada "extensión universitaria", de manera que son éstos los que han pasado a recibir una facultad de medicina y a funcionar como hospitales universitarios. El encuentro entre Universidad y Seguridad Social se ha hecho con dificultades en el camino pero sabiamente y con respeto mutuo en aras de la razón, hasta conseguir que la Universidad llegara a situar sus enseñanzas en los grandes centros hospitalarios de la Seguridad Social y que la Seguridad Social utilizara para asistir a sus asegurados los grandes hospitales de la Universidad. Una nueva figura personifica esta alianza transformada en fusión, la del Profesor Numerario de Universidad que a su vez es Jefe de Servicio en un Hospital de la Seguridad Social, ayudado por jefes clínicos y médicos adjuntos que actúan también como Profesores Asociados. Este camino se ha recorrido lentamente pero con paso seguro a lo largo de la segunda mitad del pasado siglo y este modelo irreversible ha coronado la transformación de los grandes hospitales españoles.

PEDRO PIULACHS OLIVA (1908-1976).

Nació en la Carretera de la Bordeta el 29 de septiembre de 1908, hijo de Pedro y de Magdalena, en el barrio barcelonés de Sants al pie de la montaña de Montjuic, que había sido uno de los pequeños municipios del llamado Llano de Barcelona (Pla de Barcelona) absorbido por el crecimiento de la Ciudad Condal fuera de murallas, en forma de plan cuadrulado -conocido como el Ensanche e ideado por Ildefons Cerdà-, como tantos otros de su periferia. Estos barrios, antiguos pueblos, aún conservan su personalidad, su antiguo ayuntamiento, su iglesia parroquial, sus costumbres y sus fiestas mayores dentro del entramado de la gran urbe. Su padre era propietario de un ladrillar, industria típica de las zonas con tierras arcillosas y con gran demanda de material de construcción, como ocurría a principios del siglo XX con el Ensanche en plena expansión, y son llamadas "bóvilas", bien conocidas en todo el país. Esta industria les permitió vivir cómodamente como clase media o pequeño industrial y dar buena educación escolar a sus hijos y así pudo hacer el bachillerato en el Instituto de Barcelona y

lo aprobó en 1926; se matriculó en la Facultad de Medicina de Barcelona y se licenció en 1931 a los 23 años con Premio Extraordinario. En el Archivo Histórico de nuestra universidad hemos podido consultar su expediente y se resume en 21 matrículas de honor, 4 sobresalientes, 1 notable y 1 aprobado, que curiosamente corresponde a lo que sería su vida universitaria la patología quirúrgica de tercer año. Sus maestros de cirugía fueron los profesores José María Bartrina y Joaquín Trias Pujol, creador del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Barcelona. En éste obtuvo en 1935 la plaza de Médico de Guardia de cirugía con el número uno entre los opositores y para él, como para muchas promociones hasta los años sesenta, fue la gran clínica donde formarse profundamente en cirugía y en traumatología, y en ésta última siguiendo al pie de la letra las enseñanzas de Lorenz Böhler introducidas por Jimeno Vidal después de estar dos años junto al maestro vienés. Su avidez por el estudio le llevó a una formación médica y quirúrgica muy profunda, más allá de lo común, y no olvidando la necesidad de preparar su tesis doctoral se matriculó de las cuatro asignaturas preceptivas y eligió endocrinología, parasitología, historia de la medicina y antropología, que denotan su tendencia a una visión conjunta de la medicina y del hombre que a lo largo de su vida se expresarán en sus producciones de humanista. Durante la guerra civil fue destinado al frente de Aragón, en un año de invierno gélido, que queda en el recuerdo como causante de multitud de congelaciones y de la patología conocida como "pie de trinchera", de la que los cirujanos militares adquirieron amplia experiencia. Siendo yo uno de sus alumnos internos historié un caso de lesiones ulcero-mutilantes de los pies que catalogué como artropatía neurógena de Thévénard y muy satisfecho de mi mismo se lo presenté durante el pase de visita colectiva, cama por cama con los médicos del servicio, pero él consideró que se trataba de un "pie de trinchera" en base a su experiencia durante aquel invierno que tantas bajas causó a ambos ejércitos enfrentados y bloqueados por la nieve. Volviendo a su situación en el frente acabó en Belchite, donde la intensidad de las batallas y el gran número de bajas que causaban le hicieron ver como probable su final en el frente. Había sido herido gravemente un oficial de alto rango y era necesario que después de la primera cura fuese trasladado a Barcelona y para ello se necesitaba que en la ambulancia un médico acompañara al paciente, a sabiendas de que se tenían que atravesar de modo peligroso líneas enemigas durante los inicios del trayecto. Piulachs aceptó el riesgo confrontándolo con el peligro de seguir en el frente de Belchite y decidió ocupar el puesto de médico en la ambulancia durante el traslado, y así pudo llegar sano y salvo con el herido aún vivo hasta el hospital barcelonés. En recompensa se le reintegró a sus funciones en el cuerpo de guardia del Hospital Clínico, donde la ausencia de médicos que habían sido militarizados le obligaba a asumir las guardias durante períodos largos como único responsable. Al poco tiempo fue apresado y encarcelado en el "barco-prisión" Uruguay, anclado en el puerto de Barcelona, a instancias del SIM (servicio de investigación militar) para el cual sus antecedentes de familia pequeño-burguesa y de catolicidad, con un hermano jesuita, eran más que suficientes atendiendo a supuesta denuncia de quien se había fijado en estos antecedentes o los utilizaba para su revancha. Un compañero de desdicha en este mismo barco manifestó que los largos días aprisionados Piulachs los llenaba con el estudio. Acabada la guerra recibió el comunicado del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona conforme el día 5 de diciembre de 1940 había superado la depuración sin sanción. Su objetivo a partir de entonces fue el ganar una cátedra de patología quirúrgica e inmediatamente presentó su tesis doctoral "La peritonitis biliar sin perforación", preparada en la cátedra del profesor Bartrina, y leída y defendida en Madrid en 1940 fue calificada con sobresaliente y recibió premio extraordinario. El ya doctor Piulachs se casó con doña Ana María Claperá Tresols, también médico, y del matrimonio nacieron cinco hijos, de los cuales tres llegaron también a ser cirujanos vinculados a la universidad.

En la inmediata postguerra se convocaron oposiciones de acceso a la cátedra de patología quirúrgica de la universidad de Santiago y Piulachs las ganó el 11 de diciembre de 1940. Un miembro

del tribunal, el profesor Cuadrado Cabezón, recuerda que firmaron las oposiciones de cátedra de patología quirúrgica, las primeras después de la guerra, 35 solicitantes y que se presentaron 22 a examen y llegaron a finalistas 6 examinandos. Quedó vacante la de Zaragoza de idéntica materia y ganó la plaza el 2 de febrero de 1942 por lo que se trasladó a esta ciudad. Finalmente ganó la cátedra vacante de Barcelona el 8 de enero de 1945 y pudo retornar a su ciudad después de un circuito hasta alcanzar lo que para él era el escalón máximo. Los tres nombramientos fueron firmados por el ministro de Educación Nacional de la época don José Ibáñez Martín. Dos cátedras de patología quirúrgica habían quedado vacantes en Barcelona por ausencia de sus titulares, los profesores Joaquín y Antonio Trias Pujol, que se encontraban exiliados. Piulachs ganó una y la otra la regentó por encargo ministerial; la tercera estuvo ocupada por el profesor Bartrina hasta su jubilación en 1948 y también fue regentada por Piulachs hasta que en 1952 la ganó por oposición su alumno Ramón Arandes Adán. En esta cronología se aprecia que el profesor Piulachs durante cuatro años llegó a poseer el mando de todos los servicios de cirugía del Hospital Clínico amén del servicio de urgencias.

Su prestigio como sabio patólogo y cirujano ya se puso de manifiesto en la oposición a cátedra de Santiago de la que el profesor Cuadrado Cabezón publicó estas impresiones: "Se comentan elogiosamente los magníficos ejercicios que practicó, acreditando su extraordinaria preparación, su inteligencia privilegiada, su memoria prodigiosa y su sorprendente capacidad de síntesis,... la exposición de sus trabajos tan densos y documentados, que hacía muy difícil a los demás opositores encontrar un resquicio, un punto débil, para poder hacer la trinca" (Cirugía Española 1976). Un miembro del tribunal, el profesor Laureano Olivares no dudó en decirle "Nunca he conocido a compañero que supiera más patología quirúrgica y médica, fisiología, bioquímica, anatomía y de otros diversos saberes. La cátedra se la daremos en buena justicia". Piulachs reconocía que su forma de exponer los temas, de desarrollar las lecciones y de enseñar se la debía al profesor Pedro y Pons, su catedrático de patología médica. Su habilidad quirúrgica reconocida por todos era la resultante de muchos días de guardia en el servicio de urgencias y de estudio de libros de técnica quirúrgica, todo "sin salir de casa", sin hacer estancias en servicios del extranjero, al modo de un gran autodidacta que supo escoger los mejores maestros en los libros que habían escrito.

Sus enseñanzas de patología quirúrgica quedaron recogidas en las **Lecciones** que publicó, obra inconclusa de la que aparecieron los tomos de la patología quirúrgica 1ª de su programa, que



Pedro Piulachs Oliva.

abarcan las Generalidades (tomo I) en un volumen de 772 páginas en la edición de 1948 y en tres volúmenes con 1860 páginas en la de 1955; las Afecciones de las Extremidades (tomo II) ocuparon un volumen para la primera parte de Fracturas y Luxaciones, con 931 páginas, y otro volumen para las Afecciones Congénitas y Adquiridas, con 640 páginas, que en total suman 1427 páginas. Si sumamos la extensión de ambos tomos obtenemos un total de de 3287 páginas dedicadas a la llamada Quirúrgica I, cuyo contenido abarca a nuestra cirugía ortopédica y traumatología, y estos libros fueron de estudio y consulta en toda la geografía española e hispanoamericana. Pero resulta evidente que un estudiante de medicina no precisaba de tanta información actualizada sobre anatomía, patogenia, clínica y tratamiento de cada proceso, acompañada de muchos epónimos correspondientes a denominaciones de signos y síntomas, de maniobras y de

técnicas; su lectura para la preparación de los exámenes durante la licenciatura era casi imposible, pero la astucia del alumnado llevaba a las redacciones de apuntes y resúmenes al alcance del alumno medio. De modo análogo se solventaba el problema de la patología médica del profesor Pedro y Pons, que con sus seis enormes tomos era inalcanzable para el alumno. Para los que conseguíamos plaza de "alumno interno por oposición", que se desempeñaba durante dos años con adjudicación de días de guardia en el servicio de urgencias, la cuestión ya era distinta porque iba apareciendo un pundonor entre nosotros que consistía en "saberse" los libros del Jefe, que eran fundamentales para nuestra vocación de cirujanos y para el ejercicio inmediato una vez conseguida la licenciatura. "Fama est" la preparación conseguida, porque el mismo año de acabada la carrera ya se nos proponían substituciones de verano en clínicas de pequeñas localidades cuyos cirujanos habían sido también alumnos del servicio de urgencias del Clínico, y de mi propia experiencia puedo asegurar que las hernias, las apendicitis agudas, las cesáreas y las fracturas se resolvían satisfactoriamente y a veces también la anestesia. Una anécdota de las guardias de los alumnos de Piulachs en "urgencias" eran las batallitas de epónimos entre los internos, con una libreta de índice alfabético donde se anotaban los nombres de médicos y cirujanos que la posterioridad nos había legado como importantes entre los datos de la semiología y de las técnicas quirúrgicas. El profesor Vara López comentaba en su artículo necrológico de Pedro Piulachs que "Antes de esta publicación los cirujanos que pretendían hacer gala de brillantes, densos y extensos saberes, necesitaban, además del conocimiento de idiomas, disponer de un tiempo, no corto, destinado a la búsqueda de datos. De aquí que antes de la aparición del libro de Piulachs fuese muy fácil diferenciar el tipo de formación de cada cual, mientras que después de su edición la labor del estudioso se había visto extraordinariamente facilitada y sus conocimientos eran mucho más uniformes". De estos testimonios es fácil deducir que nos encontramos ante una obra cuyo nombre de "lecciones" para los alumnos esconde un tratado para preparación de oposiciones a cátedra. Para que quede patente la diferencia entre quienes se habían estudiado "los Piulachs" y quienes no, expondremos el resumen de su contenido que tanto ha preparado y enriquecido a sus lectores, futuros cirujanos ortopedas y traumatólogos:



- El libro de **Generalidades** se divide en doce capítulos que son inflamación en cirugía, supuraciones, traumatismos, infecciones quirúrgicas, afecciones de la piel, afecciones de los linfáticos, afecciones de los músculos y afecciones quirúrgicas de los tendones, de los vasos sanguíneos, de los nervios, de los huesos y de las articulaciones. En muchos capítulos el orden de exposición, al modo clásico de la medicina francesa, va apareciendo con anatomía patológica, patogenia, síntomas, diagnóstico y tratamiento. Destacamos que en su primera página donde empieza la inflamación introduce enseñanzas sobre patología molecular y físico-química, sobre inflamación alérgica e inflamación serosa.
- En su segunda edición, con el contenido desdoblado en tres volúmenes, dedica el tercero a **Huesos y Articulaciones**, con una extensión de 620 páginas; su distribución es,
 - a) Fisiopatología ósea, distrofias y condrodistrofias, infecciones (osteomielitis, sífilis, equinococosis), alteraciones endocrinas y metabólicas, enfermedades tóxicas, tumores y enfermedades paratumorales.
 - b) Fisiopatología articular, alteraciones de la movilidad, traumatismos, infecciones agudas, gonococia y tuberculosis, artropatías nerviosas y hemofilia, y tumores.

- El libro de **Fracturas y Luxaciones** es un gran tratado de traumatología, al que le falta la columna vertebral ya que se limita a extremidades. Todo su contenido es böhleriano, muy actualizado, completado con enseñanzas de Putti y de Watson Jones, y se mantiene dentro de la más pura tradición austríaca, transmitiendo a las generaciones de sus alumnos las enseñanzas de Jimeno Vidal introducidas en la cátedra de Trias Pujol dos décadas antes, en las que él mismo se había formado. Empieza con unas generalidades de 187 páginas que formarán la base para comprender la patología de los procesos que se expondrán a continuación.
 - a) Las generalidades comprenden etiología, anatomía patológica, mecanismos, síntomas, reparación, formación del callo, fracturas espontáneas y patológicas, complicaciones.
 - b) Los tratamientos incluyen osteosíntesis, fracturas abiertas, amputaciones en fracturas abiertas, osteitis fracturarias, retardos de consolidación y pseudartrosis, desprendimientos epifisarios, luxaciones.
 - c) En Fracturas y luxaciones del miembro superior y Fracturas y luxaciones del miembro inferior describe cada una de las lesiones hueso por hueso, región por región y articulación por articulación.
- En la 2ª parte dedicada a **Afecciones Congénitas y Adquiridas** explica las citadas enfermedades osteoarticulares y las crónicas no traumáticas, la tuberculosis en cada articulación, las infecciones de la mano con magistral descripción de sus generalidades, panadizos, espacios celulares, tenosinovitis y formas especiales; siguen las parálisis de miembros superiores y de miembros inferiores, la patología del pie y sus alteraciones de la forma y del apoyo, y finalmente las infecciones.

Esta ha sido la exposición comprimida de una de las mayores obras de patología quirúrgica general y de los procesos que tratan la cirugía ortopédica y traumatología jamás escritas por un profesor universitario español. Otros tratados han venido a colmar las necesidades docentes de tiempos más recientes, pero han sido siempre la conjunción de varios colaboradores entre los que se han repartido los capítulos. Creo que la obra de mi maestro Piulachs es algo irrepetible porque exige una capacidad de trabajo y una aptitud intelectual poco comunes. Cuando habían transcurrido tres años de su instalación en la universidad barcelonesa tuvo que confeccionar un currículum académico que abarcaba desde 1932 hasta 1948 y en él contabilizamos 100 trabajos y artículos personales más



Homenaje del Servicio al Profesor el día de San Pedro, junio de 1962.

61 firmados con colaboradores, 5 tesis doctorales dirigidas y 4 libros que interesa sean conocidos: Shock traumático 1945 (165 páginas), Pancreopatías agudas 1945 (168 páginas), La tromboflebitis autóctona del miembro superior 1946 (102 páginas) con Rodríguez Arias y Arandes Adán, Heridas vasculares 1946 (196 páginas) con Arandes, Massons y Broggi ; ésta es la producción científica de este joven catedrático de 43 años. Más adelante aparecerían otros libros: Úlceras de las extremidades infe-

riores de origen vascular 1949 (232 páginas), Enfermedades del tiroides 1950 (584 páginas) con J. Cañadell (endocrinólogo) y Repercussió enzimàtica de l'agressió, 1974, con J. Corominas, R. Balias y X. Piulachs, con la que ganaron el premio "Joaquím i Antoni Trias Pujol" del Institut d'Estudis Catalans.

La producción científica de su Cátedra y de su Clínica Universitaria fue sucesivamente recogida en los Anales de la Clínica de Patología Quirúrgica cuyo volumen I apareció en 1943 y el VII en 1966, con una extensión entre 700 y 1000 páginas cada uno.

La formación cultural y humanística la demostró en otros escritos y discursos que en su momento fueron admirados y que gracias a su publicación pudimos leer:

- La Enfermedad y el Enfermo, discurso leído en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, como "académico electo" el día 23 de abril de 1961.
- La Palabra en la Ciencia y en la Poesía, discurso de ingreso en la Academia de Faro de San Cristóbal leído en Barcelona el día 6 de diciembre de 1964.
- El Sentido del Dolor, discurso leído en la Real Academia Nacional de Medicina para la recepción pública como "Académico electo" el día 4 de junio de 1974 en Madrid; fue contestado por el profesor Vara López.
- El sentido humano en la clínica, publicado en 1970 en Cirugía Española en memoria del profesor Sastre Gallego.
- Cirugía General (1975), capítulo del volumen séptimo de la Historia Universal de la medicina, de Laín Entralgo, donde con toda profusión de autores y datos expone la evolución de la cirugía desde la primera guerra mundial hasta nuestros días.
- El viento encadenado, libro de poemas publicado en 1970, el cual le valió el premio Ciudad de Barcelona; uno de los poemas, titulado Elegía a la Muerte de una Esposa, lo dedicó al doctor Manuel Bastos, después de leer su emotivo libro a la memoria de su esposa, fallecida en Asturias durante una estancia por invitación de don Vicente Vallina.
- La luna salió del campo y otros versos para niños, apareció en 1976, año de su muerte y lo dedicó a su primer nieto Xavier.

Esta faceta de su vida ha sido bien presentada y comentada por su alumno Manuel Sarró Palau en la biografía "Pere Piulachs i Oliva en Homenatge, Memòries de 25 anys de col.laboració" que publicó el Colegio de Médicos de Barcelona en 2008. Manuel Sarró, amigo y compañero desde 1957 en el Servicio de Piulachs, ha sabido rescatar del olvido su obra universitaria, las enseñanzas, sus piezas literarias y humanísticas, la reorganización del servicio que tenía pensada en 1964 durante su convalecencia por enfermedad, sus relaciones con los cenáculos culturales del Instituto Francés de Barcelona, su colección de aforismos y finalmente cómo falleció el día 25 de marzo de 1976, fulminado por un infarto de miocardio cuando por la mañana preparaba su marcha al hospital. En esta obra hay que destacar una semejanza a modo de vidas paralelas que el autor establece entre Pedro Piulachs y René Leriche, ambos con alma de científico, de investigador, de cirujano y de humanista, cuya inquietud intelectual los llevó a llenar sus vidas con abundancia de pensamientos y de ideas; se conocieron en Barcelona, se estableció entre ambos una sincera amistad y compartieron su pasión por el estudio del dolor humano. Gracias Manuel por habernos literariamente resucitado al maestro, que el tiempo transcurrido, voraz enemigo de la memoria, había ido difuminando de nuestros recuerdos. Bueno será que su remembranza, como el fantasma del padre de Hamlet en las terrazas del castillo de Elsingor, reclame de nosotros la deuda de seguir su ejemplo como estudiosos, científicos, cirujanos y como universitarios ávidos de saber y de servir a nuestro prójimo doliente.

A lo largo de su vida fue acumulando responsabilidades y honores en reconocimiento al valor de su obra científica, quirúrgica y humanística, que copiamos de la recopilación de Sarró Palau:

- En 1948 fue nombrado Jefe de sección de Cirugía Experimental del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- En 1961 fue recibido como miembro electo por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona
- En 1968 fue el primer decano de la nueva Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- En 1972 recibió el premio Pedro Virgili de la Real Academia de Medicina y Cirugía en Barcelona.
- En 1973 fue copresidente local del Congreso Mundial de Cirugía celebrado en Barcelona.
- En 1974 ocupó sillón en la Real Academia Nacional de Medicina en Madrid.

Llegó a presidir la Societat de Cirurgia de Barcelona, la Asociación Española de Cirujanos y la Sociedad de Cirugía del Mediterráneo Latino. Fue condecorado con la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad, con la Orden de África en grado de comendador, con la medalla de plata de la Cruz Roja Internacional, con el Grand Collier de la Santé Publique de Francia y con el grado de Chevalier de la Légion d'Honneur, con la Stella de la Solidarità Italiana y con la Encomienda con placa de la Orden de Alfonso X el Sabio.

La Real Academia Nacional de Medicina encargó al profesor Vara López, a su vez presidente de la Asociación de Cirujanos Españoles, la redacción de una nota necrológica que apareció en Cirugía Española (1976) con una amplísima extensión de ocho páginas. De ella entresacamos las impresiones, recuerdos y confidencias que mejor describen la personalidad de Pedro Piulachs en el ánimo de su buen amigo:

- Lo vi, en su cuarto de trabajo, con el rostro sereno y entre las manos un crucifijo, rodeado de libros, de cuadros, de objetos artísticos de todo tipo, pues acumuló durante su vida tal cantidad de obras de arte...y reunió material para llenar más de un museo.
- El interés científico, filosófico y literario eran innatos en él, y sentía, asimismo, una gran afición por el arte en general, tenía un ansia insaciable de saber.
- Era un avaro en la adquisición de conocimientos, su afán de aprender desbordaba su resistencia física, las librerías eran para él un imán que le atraía con fuerza irresistible.
- Tenía decisión, energía, serenidad, habilidad, conocimientos técnicos y sentido de responsabilidad y consideró siempre al paciente en su totalidad.
- Dados sus conocimientos anatómicos, su habilidad manual, sus gestos medidos y exactos, su cuidado por los detalles técnicos y su minuciosidad, no es de extrañar que obtuviese extraordinarios éxitos en su actividad hospitalaria.
- Creó una Escuela de Cirugía, conquistando el preciado título de maestro por el conjunto de su obra, su fecundidad y su estilo personal, capaz de infundir savia vivificadora y vocación quirúrgica a cuantos lo rodeaban.
- Fue un auténtico "maestro" por su conducta, por su saber, por hablar a sus discípulos con el corazón, por su ejemplaridad, por el impulso creador, por su humildad, que le hacía desconocer su propia valía.
- No debe extrañar que, dada su preparación, sus extraordinarias dotes intelectuales y su capacidad técnica, este gran maestro en el arte de operar fuese objeto de admiración por parte de sus alumnos y de sus compañeros.
- Su obra ha alcanzado una extraordinaria proyección, no solo en España, donde ha marcado un hito, sino que también ha traspasado nuestras fronteras.
- Fue un auténtico humanista en su doble sentido, histórico y actual,...exalta la dignidad y la libertad humana, su historicidad.
- En todos sus escritos se trasluce una profunda fe cristiana, mas nunca hizo alarde de su confesionalidad.

Agradecemos al profesor Vara López que en representación de los cirujanos españoles nos haya legado estos comentarios emanados de su intimidad, que han centrado la esencia del personaje, de nuestro maestro barcelonés y universal, cuyo caudal de sabiduría e inquietud habrían hecho muy difícil la ardua tarea de resumir y comunicar la magnitud del personaje entre las manos de un simple alumno, presumiblemente proclive a la exposición subjetiva, afectiva, en vez de la narración objetiva.

JOSEP- MARIA MASSONS ESPLUGAS. (1913-2012)

Nació en 1913, cinco años después que Piulachs y siguió en sus inicios una trayectoria paralela a este maestro durante la formación en el servicio del catedrático Joaquín Trias Pujol, durante su trabajo en el servicio de cirugía de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona y durante la guerra. En esta contienda fue puesto a prueba como cirujano y llegó a describirlo como nadie ha hecho en unas meticulosas memorias y en la voluminosa obra Historia de la Sanidad Militar Española en cuatro documentadísimos volúmenes. De aquí que haya creído justo el dedicarle unas notas biográficas porque se encuentra en idéntica situación que todos aquellos que aparecen en este libro como protagonistas de la traumatología de guerra a lo largo de tres años de sus vidas. El doctor Luís Hernández Ferrero, Inspector General de Sanidad de la Defensa dijo de él: "Pero es que Massons, él mismo, era también una historia por escribir, y estas memorias constituyen la respuesta a esta demanda. Y además, dada la longevidad de su autor, tenemos así una fuente extraordinaria de información histórica y de anécdotas dignas de conocerse mientras se disfruta de su lectura. Esta historia personal está escrita por un médico que fue movilizado durante la Guerra Civil por la República, y que no dudó en nombrarle Jefe de Equipo Quirúrgico de las Brigadas Internacionales, y que reconoció sus éxitos científicos antes de la contienda y durante el desarrollo de la misma, un médico que después de la guerra ocupó cargos de prestigio y fue distinguido con múltiples condecoraciones". Sus Memorias fueron publicadas en su versión castellana por la Inspección General de Sanidad, por lo tanto las Fuerzas Armadas de España, que se han interesado en divulgar la personalidad de un hombre que durante una parte importante de su vida fue médico militar, que investigó sobre la Sanidad Militar y que tuvo una vida llena de valores.

Nació en una familia de pequeños comerciantes que tenían una carnicería en Valls, Campo de Tarragona, propiedad de su abuelo Josep Esplugas Pujol y su esposa Francesca Pi Güell. Su abuelo paterno, Pere Massons Sugranyes, había sido albañil, y su padre, Josep Massons Andreu, ejercía de contable (el título era Tenedor de Libros) en una fábrica textil llamada Ca Valldoví que como muchas tenía viviendas para los trabajadores, conocidas como "colonia textil", y allí vino al mundo el 18 de enero de 1913. Como consecuencia de la primera guerra mundial la fábrica cerró en 1914 y su padre, con la familia, se instaló en Lérida donde intentó sobrevivir dando clases de francés y de teneduría de libros, pero no prosperó en este empeño y encontró otro trabajo como contable en la Compañía Eléctrica del Cinca en el pueblecito pirenaico de Seira en la Alta Ribagorza y en la orilla del río Esera. Aquí vivieron en una casa de la colonia obrera y él estudió en la escuela con Doña Prima, una vasca de Marquina, hasta que a los nueve años hizo la Primera Comunió y al año siguiente se planteó su futuro, que fue continuar con el bachillerato en un pueblo sin Instituto pero lo solucionó su padre responsabilizándose de su enseñanza junto con la maestra, ambos de forma metódica, y yendo a examinarse al Instituto de Lérida como estudiante libre hasta cuarto curso. Los veranos residía en Valls en casa de los abuelos y así actualizaba su dominio de la lengua catalana, que proseguía en Seira leyendo el Patufet, revista infantil catalana a la que su padre le había suscrito y que fue por su calidad literaria y humana una gran base de formación para los niños, como siempre recabaron mis padres; el final de la guerra y la castellanización impuesta por el franquismo acabaron con esta importante publicación con la que Massons confiesa que aprendió a escribir en catalán. Su padre era

buen escritor, participaba en los concursos poéticos de los Jocs Florals (Juegos Florales) en los que llegó a ser mantenedor y así le transmitió la vena poética desde joven.

En verano de 1926 unos jesuitas visitaron la central eléctrica de Seira y aquella visita fue providencial porque el Sr. Massons les explicó las condiciones de la docencia de su hijo y ellos eran profesores del Colegio del Salvador de Zaragoza, y de las conversaciones surgió el ofrecimiento de estudiar en el citado Colegio, en el que el joven asumiría trabajos de "fámulo" con los que cubriría los gastos de su internado. Así acabó el bachillerato bajo la enseñanza de los padres jesuitas y con notas habituales de sobresaliente que hicieron posible su presentación al examen de premio extraordinario y lo ganó; tenía quince años. Se matriculó como libre en la Facultad de Medicina porque gracias a sus excelentes notas de bachillerato se hizo una excepción y cuando llegaron los exámenes ya había cumplido los dieciséis años, edad mínima para la matriculación oficial, y de este modo se superó el escollo de ser prematuro en los estudios; fue un ardid de su padre. Para su sustento encontró trabajo en un colegio de padres escolapios de Barcelona como cuidador de alumnos y dando clases particulares a alumnos que iban retrasados. De sus inicios en medicina recordaba al profesor de anatomía Riera Vilaret, a quien muchas generaciones de estudiantes tienen que agradecer la traducción y la introducción del Tratado de Anatomía de los profesores lyoneses Testut y Latarjet, utilizado por españoles y por hispanoamericanos. En verano de 1930 hizo su primer viaje al extranjero, lo pasó en Alemania gracias al método del intercambio pactado con una familia y al regresar ya entendía y se expresaba en alemán. Entonces tuvo dos buenas noticias: la Diputación Tarragona le había concedido una beca de 2.000 pesetas anuales y su padre había sido destinado por la empresa a Barcelona. En mayo de 1933 se le premió con una beca para la Universidad de Verano de Santander en función de su expediente académico y de su estancia en el Palacio de la Magdalena nació la relación mantenida con Xavier Zubiri, Américo Castro y su esposa Carmen Medinaveitia.

Su vida en la Facultad adquirió un rumbo ya definitivo cuando llegó a la Quirúrgica I y conoció al profesor Joaquín Trías Pujol, de quien llegó a ser alumno interno y más tarde médico interno del servicio de urgencias del Hospital Clínic hasta que se desencadenó la guerra. De su época de formación quirúrgica recuerda que los libros "de texto" más importantes fueron los Agregados, escritos por profesores "agrégés" franceses, el tratado de Forgue y el de Argüelles. Se impregnó de las enseñanzas del profesor auxiliar Jimeno Vidal, a quien el jefe profesor Trías Pujol envió a Viena junto a Lorenz Böhler para que aprendiera sus técnicas de tratamiento de las fracturas y a su regreso las enseñara a los cirujanos de la cátedra. Esta enseñanza se propagó mucho más allá, la traumatología española pasó a ser böhleriana y el prestigio del Unfallkrankenhaus de Viena atrajo a muchos cirujanos a visitarlo para conocer de cerca sus directrices. Cuando estallaron las primeras batallas de la contienda los cirujanos de uno y otro bando conocían los métodos de tratamiento de las heridas abiertas procedentes del frente y aplicaron métodos análogos. Massons recaba la memoria del doctor Francesc Domènech Alsina, profesor auxiliar de la cátedra, como uno de los pocos cirujanos capaces de llevar adelante a la vez la investigación sobre temas quirúrgicos y la exposición didáctica, sobre todo escrita, como quedó demostrado en su Tratado de Cirugía de Urgencias que mi generación aún utilizó.

Durante su vida de estudiante universitario Josep Maria Massons participó activamente en la política escolar afiliándose inicialmente en la FUE (Federación Universitaria Española) que posteriormente tuvo disensiones; en Barcelona dieron lugar a que aparecieran la FENEC (Federació Nacional d'Estudiants de Catalunya) y la FEC (Federació d'Estudiants Catòlics) en la que Massons militó. Ante la falta de entendimiento entre organizaciones la Universidad lo resolvió creando la Asociación de Estudiantes, oficial y obligatoria en las Facultades, con dos representantes por curso

y dos delegados, siempre por votación, que asistían al claustro, y él, miembro del grupo católico, fue elegido para esta función. Además todos los delegados de todas las facultades nombraban un estudiante para que fuese su vocal en la Junta de Gobierno de la Universidad y él fue nombrado y además presidía la Asociación de Estudiantes de Medicina. Sus relaciones fueron cordiales con el decano de medicina, que era su propio jefe y catedrático Joaquín Trias Pujol y con la Dirección del Patronato de la Universitat Autònoma en el que tenía cargo importante el profesor Antoni Trias Pujol, hermano del anterior. Además de estas actividades tuvo otra de ocio como fue el grupo excursionista de su facultad, minoritario pero esforzado y dedicado a ascender hasta la cima de las montañas en nuestros Pirineos, en el Montseny, en Montserrat, conociendo pequeños pueblos y masías y sus gentes, utilizando los elementos más modestos del montañero de la época como fueron los trenes del alba y la mochila. Así descubrió su tierra buena parte de nuestra antigua juventud y cosechó los frutos del arraigo en ella para después transmitirlos a sus descendientes,

A finales de junio de 1934 acabó la carrera de medicina y tan solo tenía 21 años, siendo el más joven de su curso, y en su calidad de presidente de la Asociación de Alumnos de Medicina presidió el comité organizador del viaje de final de carrera. Éste tenía un trayecto que dependía de los laboratorios que ayudaban a financiarlo y así pudieron visitar Lyon, París y Ginebra. A su regreso decidió seguir trabajando en el Hospital Clínic para formarse como cirujano y renunció a colegiarse para el ejercicio privado. Ganó la plaza de médico interno del cuerpo de guardia en el Servicio de Urgencias y su trabajo junto a los profesores Joaquín Trias Pujol y Francisco Jimeno Vidal creó vínculos de afecto y amistad con ambos que perduraron a lo largo de la vida. Se vio forzado a interrumpir su vida hospitalaria para cumplir con las obligaciones del Servicio Militar y para no perder un año de su formación quirúrgica eligió el sistema de "soldado de cuota", que consistía en pagar una cantidad al estado – mil pesetas en su caso- y conseguir que maestros y universitarios llegaran a formar parte de la "escala de complemento" que tenía por finalidad que las Fuerzas Armadas dispusiesen de un grupo de oficiales en caso de guerra. Su formación consistía en un periodo de instrucción de dos meses como soldado, formación como cabo durante dos meses, otro mes como sargento y al final otro como brigada. Al cabo de estos seis meses se podía pasar un examen y obtener el "despacho" de alférez, al que correspondía una estrella en la manga del uniforme: así acabó su formación militar obligatoria Josep María Massons. Se reintegró a la cátedra y de acuerdo con el profesor Trias Pujol se marchó a Madrid durante tres meses para cursar las asignaturas de doctorado. En aquellos años primerizos de cirujano publicó tres trabajos: el estudio de la velocidad de sedimentación globular en las enfermedades reumáticas, las talalgias y el tratamiento de las mialgias y neuralgias con veneno de abejas.

El 17 de julio de 1936 el ejército que ocupaba Marruecos se sublevó, era un sábado y se encontraba en un chalé de unos tíos en las afueras de Barcelona y decidió regresar a la ciudad. Al día siguiente, domingo 18, le despertaron las detonaciones de los combates por calles y plazas, se levantó y acudió al Hospital Clínic que distaba una manzana de su casa. Pronto empezaron a llegar heridos y los trataron siguiendo los principios de Böhler: limpiar la heridas de cuerpos extraños y de tejidos mortificados de la manera lo más completa posible y coser la piel y solamente la piel. Al día siguiente llegó el profesor Trias Pujol, que se encontraba en la Costa Brava de fin de semana, y les enseñó que lo que es verdad en tiempos de paz no lo es en tiempos de guerra y que se tenía que limpiar la herida lo mejor posible pero no suturarla y aplicar una inmovilización enyesada, es decir, el método oclusivo. Él había sido médico militar en la campaña de Marruecos, al igual que Bastos, y allí habían puesto los cimientos de éste método que durante la guerra española los cirujanos utilizaron en ambos bandos. Al poco tiempo Massons fue movilizado ya que era alférez de complemento y pasó a trabajar en el Hospital Militar de Barcelona, el antiguo de la calle de Tallers cerca de la plaza de la Universidad, del

que solamente se conserva la capilla a cargo de los Padres Mercedarios. Allí existían dos Servicios de Cirugía pero solo funcionaba uno porque el teniente coronel médico Luís Aznar Gómez había sido fusilado y quedaba el que dirigía el comandante Rafael Olivares Bel. A las órdenes de éste trabajó Massons durante siete meses y a pesar de ser oficial del ejército de la República no pudo evitar el asesinato de un primo, de su tío hermano de la madre y el presidio de su padre, que finalmente salió de la cárcel gracias a los buenos oficios de un "pez gordo de la CNT" -según sus propias palabras biográficas-, que había sido operado en el Servicio de Urgencias del profesor Trías Pujol, y de su compañero del Clínic el doctor Broggi, que en aquel momento era médico de la Cárcel Modelo.



El Doctor Massons durante la guerra civil.

Al Hospital Militar llegó su nombramiento de Jefe Quirúrgico de las Brigadas Internacionales pero antes consultó con su maestro Trías Pujol la conveniencia de este alto cargo y la respuesta fue "Acéptelo. Vd. domina idiomas y está preparado. Es la ocasión de su vida". Recibía la graduación de capitán y quedaban bajo su mando un cirujano ayudante y un médico internista, que llegado el caso podía hacer las veces de segundo ayudante quirúrgico. Junto con Moisés Broggi, también nombrado para un cargo análogo, se desplazó a Valencia y allí se entrevistaron con los doctores catalanes Joan Antoni Aguadé y Jaume Roig, que dirigían los "trenes hospitales", y conocieron al Jefe de Sanidad de las Brigadas Internacionales, que era un médico búlgaro llamado Oscar Telge, nombre de guerra. Éste había decidido situar un equipo en Murcia, otro en Albacete y uno para cada brigada y en aquel momento disponía de tres equipos de habla inglesa: el del Dr. Tudor Hart del Reino Unido, el del Dr. Edward Barski de EE.UU. y el del Dr. Douglas Jolly de Nueva Zelanda; un cuarto equipo era el del checo Dr. Bedrich Kisch. Una vez distribuidos los equipos Broggi tuvo como destino el frente de Madrid y Massons el de Cabeza del Buey en la provincia de Badajoz. Fueron correctamente uniformados, recibieron un casco de guerra del ejército francés y una máscara antigás cada médico porque existía el temor de que los franquistas podrían utilizarlo, cosa que no se produjo. La acción bélica en Badajoz tenía como objetivo principal la defensa de las minas de cinabrio de Almadén ya que su mercurio o azogue era una fuente de divisas que los nacionales o franquistas querían hacer suyas. En Cabeza del Buey el 18 de julio de 1936 las fuerzas de izquierda habían triunfado y el comité revolucionario encerró en la iglesia a unas cincuenta personas de "derechas" entre las que se encontraban sacerdotes y gente rica. En principio no pasó nada más pero el 20 de agosto llegó al pueblo un grupo de milicianos procedente de las minas de Almadén y de Puertollano y fusiló a todos los encerrados en la iglesia. La necesidad de soldados para el frente obligó a movilizar los hombres útiles de Cabeza del Buey hasta los 45 años de edad y parte de la población se reveló y hombres y mujeres asaltaron la caja de reclutas. Acudió un batallón para restablecer el orden, ocupó el pueblo y llevó a cabo una limpieza de disidentes fusilando a 52 personas entre el 26 y el 30 de noviembre.

En Cabeza del Buey el hospital estaba adscrito a la XIII Brigada Internacional cuyos componentes procedían de veinticinco naciones distintas y era una especie de cajón de sastre: polacos, yugoslavos, checos, eslovacos, búlgaros, rumanos, húngaros; en las brigadas se procuró agrupar los contendientes en función de su nacionalidad: XI alemana, XII italiana, XIII eslava, XIV francesa y XV anglo-americana. Por cambios en los frentes a mediados de mayo del 1937 el equipo quirúrgico tuvo que trasladarse a Belalcázar y aquí cristalizó su equipo porque le añadió dos jóvenes de Cabeza del Buey, uno enfermero y otro encargado de la esterilización, y tres enfermeras, una española, otra neozelandesa y la tercera alemana. El 28 de junio recibieron la orden de abandonar el lugar y partieron hacia destino que los miembros del equipo desconocían y de noche circularon

por carreteras con las luces apagadas para no ser atacados si les descubrían; llegaron no lejos del frente de Madrid para una vez más instalar el equipo quirúrgico que habían trasladado en grandes y pesadas cajas. Cuando amaneció se encontraban cerca del Pardo, fueron a Torrelodones donde descansaron un par de días, después a San Sebastián de los Reyes y finalmente se establecieron en Hoyo de Manzanares donde organizaron el hospital de sangre en el Sanatorio Villegas. El 5 de julio empezó la batalla de Brunete y duró hasta el 24 de julio porque se estableció una terrible guerra de posiciones que desencadenó una continua llegada de heridos y para atenderlos Massons tuvo que establecer un plan de trabajo entre los dos equipos existentes:

- desdoblarse un equipo en dos y su ayudante pasaba a dirigir el tercero.
- cada equipo trabajaría veinticuatro horas seguidas.
- al día siguiente descansaría.
- durante el tercer día cuidaría de los postoperatorios
- al cuarto día se reemprendía el mismo turno.

Nos dice que la primera jornada ya fue horrible porque resultaba muy cansado operar sin dormir y se aprovechaban los 20 a 30 minutos que duraba la limpieza del quirófano y la preparación para la operación siguiente para tumbarse en una litera con la bata y los guantes puestos, para así acortar al máximo el tiempo de preparación quirúrgica del operador. La experiencia fue agobiante porque el dolor y el miedo de los heridos se apoderaban del entorno, porque los chicos de 17 o de 18 años morían llamando a sus madres, porque hombres jóvenes pedían ser operados antes por ser padres de familia, porque algunos brigadistas morían renegando. Después de una jornada de veinticuatro horas agotadora le era imposible dormir debido a la tensión nerviosa, y transcurridos ya más de setenta años estos recuerdos afluyen a la memoria y le compunguen. Brunete fue recuperado por el ejército franquista y así llegó al hospital una calma transitoria. A Hoyo de Manzanares acudió a visitarle el doctor Durán Jordà que había organizado el primer banco de sangre conservada para proveer los hospitales del frente gracias a un transporte en automóvil o "banco móvil". Sus experiencias las comunicó al ejército británico y se quedó trabajando en Inglaterra desde la segunda guerra mundial al igual que hizo Trueta.



Cirujanos de las Brigadas Internacionales (Massons).

Después de la batalla de Brunete los brigadistas se sintieron derrotados, verdaderamente diezmados, llegando la XIII Brigada, a perder 1.099 hombres y más tarde sus substitutos, según refiere Massons, huyeron en desbandada al recibir el ataque de los franquistas. Él mismo presenció la discusión entre el jefe de la Brigada –Krieger– y un soldado que predicaba la desobediencia y que no quería volver al frente sin antes disfrutar de un permiso. Krieger le preguntó si esta era su última palabra y la respuesta

fue afirmativa: sonó un disparo y el desgraciado se desplomó al instante con un balazo que le atravesó la cabeza. La XIII Brigada fue disuelta, Massons se quedó sin su puesto de trabajo y el Dr. Telge, jefe de la sanidad brigadista, a la vista de su deficiente estado físico lo envió a Benicàssim. Aquí ayudó al Dr. Oscar Telge a organizar un complejo hospitalario de retaguardia de 1200 camas habilitando chalés y un convento. El mando quedó establecido en un chalé que se conoció como "État Major" y estuvo formado por personal de varios países que ocupaban cargos de comisarios políticos, intendentes, ayudantes y toda clase de cargos de menos entidad. Llama la atención la precisión y

la meticulosidad con las que Massons narra estas vivencias, que de no ser por él no nos podrían ser conocidas, y entre ellas las sesiones clínicas semanales organizadas para mantener un mínimo estímulo científico entre los médicos, los pequeños espectáculos y los conciertos para dar un toque cultural a la convivencia y también la recepción matinal en el "État Major" con desayuno incluido. La monotonía de esta vida en Benicàssim se interrumpió porque Massons fue detenido el 2 de enero de 1938 por el SIM (Servicio de Investigación Militar) que funcionaba desde el verano de 1937, fue trasladado a Castellón y después a Barcelona, fue interrogado en tres ocasiones, se registraron su vivienda y la de los padres y se intentaron descubrir conexiones entre él y la Falange temiendo que fuera un fascista infiltrado. Fue encerrado en el palacete de La Tamarita del nº 1 de la Avenida del Tibidabo hasta que a los siete días de su detención fue liberado porque se había comprobado el error ya que a quien buscaban era al Dr. Mussons, conocido posteriormente en Barcelona donde ocupó cargos en tiempos de la dictadura del franquismo. La relación entre el SIM y el marxismo se pone de manifiesto con la lectura de informes archivados en Moscú y entre ellos Massons consiguió conocer el suyo donde constaba que su conducta fue "irreprochable". El día 2 de abril de 1938 se retiraron los últimos elementos de las Brigadas Internacionales establecidos en Benicàssim y se trasladaron a Cataluña para evitar ser atrapados si el ejército franquista rompía en dos el frente levantino.

Josep Maria Massons conoció a María dels Àngels Morros Mas en 1934 y su encuentro fue un enamoramiento casi fulminante por ambas partes. Él tenía 21 años y ella 19, y trabajaba como enfermera diplomada en el Hospital de Sant Pau. Se estableció entre ambos un noviazgo clásico hasta tanto él no hubiese culminado sus aspiraciones de formación quirúrgica y de alcanzar la autonomía económica. Pero el estallido de la guerra demoró estas expectativas y cuando el capitán Massons llegó a Benicàssim creyó que la situación ya sería estable hasta que acabase la guerra. Y decidieron casarse en zona republicana sin acceso a templos católicos y recurrieron al padre Calvera, jesuita, que celebró la ceremonia en el comedor de la casa del Sr. Massons padre el 30 de septiembre de 1937. Como esposa y como enfermera estuvo a su lado durante la estancia en Benicàssim y al retirarse las Brigadas Internacionales la unidad quirúrgica fue desmontada y se trasladó a Valencia integrada en el llamado Ejército de Levante. El hospital militar se instaló en el edificio de la actual Facultad de Medicina, que aún no se había estrenado, y era urgente su puesta en funcionamiento porque el 25 de julio de 1938 había empezado la gran ofensiva republicana del Ebro. En un momento de parcial tranquilidad del frente decidió ir a visitar a su hermano y al pasar por Linares el automóvil en el que viajaba con su esposa y dos chóferes, uno de los cuales conducía, derrapó, se estrelló contra un poste de la línea eléctrica que cayó sobre el coche, mató a su esposa e hirió a los otros tres ocupantes. Rápidamente fueron trasladados al hospital de Valdepeñas donde se confirmó el fallecimiento y trataron a los heridos. En sus memorias publica el hermoso soneto que dedicó a su difunta esposa.

En Valencia permaneció ocho meses hasta el final de la guerra y la relativa tranquilidad de vivir alejado del frente le permitió recoger el material que utilizó para elaborar su tesis Doctoral con el título "Las lesiones por el frío" y pasar el tiempo necesario en la biblioteca de la facultad. Su casuística procedía de la Sierra de Javalambre donde una oleada de frío dejó sitiados en las trincheras a soldados mal pertrechados; en su inmensa mayoría calzaban alpargatas sin calcetines, nos explica. El resultado fue que hubo muchas muertes por el frío y que ciento veinte soldados pudieron llegar hasta el hospital. Con la ayuda del catedrático de histología, el profesor Carlos Urtubey, estudió las arterias de los enfermos congelados y esta investigación fue básica para interpretar la anatomía patológica y la patogenia de las congelaciones que expuso en su tesis.

Allí acabó la guerra el 31 de marzo de 1939 y al cabo de dos días llegó un coronel de sanidad franquista para hacerse cargo del establecimiento. Pudo regresar a Barcelona y recuperó su puesto

en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínic donde encontró de nuevo a sus antiguos compañeros de antes de la guerra Piulachs y Broggi. Él era un oficial de sanidad del ejército republicano perdedor y tenía que someterse al proceso de depuración a cargo del Colegio de Médicos como todos sus compañeros colegiados pero para la nueva legislación franquista todo universitario con ascensos por méritos de guerra del ejército republicano tenía que ser encarcelado hasta el momento de ser juzgado con la acusación tan frecuente de “no adhesión al Movimiento” y “desafecto al Régimen”. Con independencia de esta legislación militar se presentó en el juzgado civil donde encontró a antiguos amigos que le aconsejaron que obtuviera el máximo número posible de avales, cosa que no le resultó difícil, y así eludió el ingreso en la cárcel. Uno de los que más le apoyaron fue Joaquim Viola, que había compartido con Massons beca para la Universidad de Verano de Santander durante su época universitaria como estudiante de derecho y que en 1975 y 1976 fue el alcalde de Barcelona nombrado por el régimen franquista; al año siguiente él y su esposa murieron asesinados por elementos revolucionarios que les adosaron una bomba al cuerpo. En el Servicio de Urgencias del Hospital Clínic se produjo, ya antes de la guerra, un primer relevo de los equipos de guardia con nuevas oposiciones y a partir de entonces los cuatro equipos quirúrgicos fueron adjudicados por oposición para períodos de cuatro años no renovables; estas cuartetos de equipos de cuatro años de duración fueron expuestas en la biografía del profesor Trías Pujol que había fundado este servicio.

Logró reincorporarse al Hospital Clínic gracias al profesor Vicens Carulla Riera que era director del hospital y catedrático de terapéutica física, de cuyo servicio le nombró médico interno. Inició también su ejercicio privado asistiendo pacientes de la Catalonia Médica, entidad creada para prestar asistencia médica contra prestación de una cuota mensual. Su actividad cultural y cívica la desarrolló en la Sociedad Médico-Farmacéutica de San Cosme y Damián, entidad profesional católica organizada por el jesuita Antonio Castro ya antes de la guerra y durante la cual fueron asesinados nueve profesionales por sus convicciones confesionales. Corrían los primeros años de la segunda guerra mundial, la necesidad de sangre en los frentes era apremiante y él había leído en el Zentralblatt für Chirurgie un artículo del profesor suizo Kurt Lenggenhager explicando que había preparado un suero de ternera, un sustituto del plasma humano. Lo comentó con el nuevo profesor de farmacología, recién llegado a Barcelona, Francisco García Valdecasas, joven de treinta años discípulo del profesor Negrín. Fue aceptado para trabajar en el laboratorio de farmacología, donde consiguió un plasma de ternera sin efectos anafilácticos al recibir una segunda inyección y lo denominaron Isoplasma, el cual se mostró efectivo después de las primeras experiencias sobre enfermos del Hospital de Infecciosos afectos de tifus exantemático, sobre niños deshidratados en la cátedra de Pediatría del profesor Ramos y en el Servicio del Urgencias en enfermos con shock traumático; finalmente lo publicó en “Lancet”. Su uso se expandió y triunfó, fue utilizado en China, Rumanía, Egipto, Portugal, Alemania y Japón, fue objeto de dos tesis doctorales y él mismo lo presentó en el Congreso Internacional de Transfusión Sanguínea (Turín 1948), en el V Congreso de Transfusión Sanguínea en la Sorbona (París), en el Congreso de Pediatría de La Toja y en la Sociedad Alemana de Pediatría (Gottingen). Su comercialización fue posible mediante una concesión y la asociación con el laboratorio italiano Vismara Terapeutici de Milán, conocido también con el acrónimo Vister, que finalmente consiguió tener una sede barcelonesa con el nombre de Drovysa, dirigida por Massons. En la asignatura de farmacología mi generación lo estudió como “plasma de ternera desanafilactizado de Massons” y mereció un capítulo en el libro de texto de nuestro referido catedrático. Esta función comercial fue compatible con la función docente en la cátedra de farmacología a las órdenes de García Valdecasas en la que dirigió cuatro tesis doctorales. El éxito del Isoplasma se prolongó hasta unos veinticinco años, que es, según él, lo que suelen durar la mayoría de los medicamentos y en el caso del que nos ocupa periclitó porque desaparecieron las grandes deshidrataciones de las criaturas, las diarreas se detuvieron con antibióticos, los servicios de

transfusión se perfeccionaron y la sangre llegó al alcance de todo el mundo. Fruto de sus experiencias empresariales fue el contacto con otros empresarios que notaban a faltar una "escuela de negocios" donde se prepararan los jóvenes que tendrían que asumir estas responsabilidades y organizaron un grupo de trabajo que cristalizó en la fundación de un Patronato con la colaboración del Padre Sobrerroca de la Compañía de Jesús: así nació el embrión de ESADE (Escuela Superior de Administración de Empresas) que ha llegado a ser una de las más prestigiosas a nivel mundial, manteniendo a un jesuita en la Dirección y actualmente integrada en la Universitat Ramon Llull, de la que fue el embrión y cuyo Patronato preside el Cardenal de Barcelona.

Massons no abandonó la actividad quirúrgica porque al instaurarse el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en 1944 fue a Madrid y ganó por concurso-oposición plaza de "jefe clínico" de un equipo de cirugía, para operar en clínicas barcelonesas concertadas por el Ministerio del Trabajo y finalmente en la Residencia Sanitaria Francisco de Franco de Barcelona cuando fue inaugurada. Tenía su "cupos de enfermos" (suma de cartillas individuales o bien familiares) y un ayudante con el que operaba el día que tenía asignado. Se decidió por la cirugía general y no por la traumatología, que fue unida a la cirugía ortopédica tal y como reclamaban los fundadores de la SECOT desde sus inicios en 1935. Así en la postguerra muchos cirujanos, que habían ejercido en la sanidad militar o bien como asimilados a ésta -todos con graduación-, hicieron su elección entre ambas opciones cuando se adscribieron al ejercicio de la sanidad pública obligatoria. También en los Hospitales Militares se crearon definitivamente Servicios de nuestra especialidad. Al instaurarse en los ya Hospitales de la Seguridad Social (antes Residencias) la llamada "jerarquización", que substituía el ejercicio individual por "cupos" por otro en forma de Servicios con jefes clínicos bajo orden y coordinación de un jefe de servicio, los Directores tuvieron que establecer unos métodos de convivencia entre ambas modalidades porque no todos los cirujanos se "jerarquizaron". Los cirujanos de cupo fueron desapareciendo con su inevitable llegada a la jubilación y en la actualidad los jóvenes ignoran lo acaecido durante los años de convivencia con ellos y las tensiones surgidas con los Directores para encajar en un mismo centro las necesidades, las conveniencias y los horarios de unos y otros. Massons se distinguió en Barcelona por ser un defensor de esta convivencia transitoria, colaboró con la Dirección a cargo del Dr. Germán Garnacho y uno de sus logros fue la creación de un Servicio de Urgencias que solucionara las dificultades asistenciales del sistema de "cupos" que obligaba a organizar turnos de guardia entre todos los "jefes de cupo" sin equipo propio permanente. La experiencia del Servicio que había creado Trias Pujol en el Hospital Clínic sirvió de fuente de inspiración y de modelo.

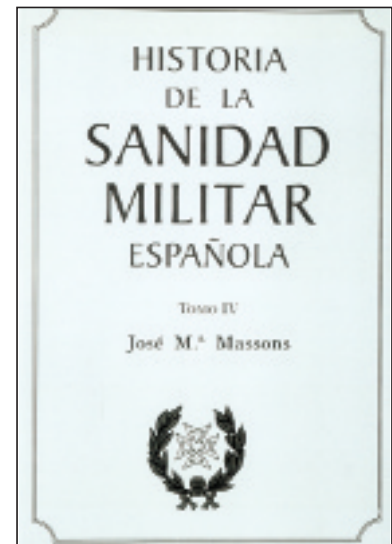
Pocos años después de acabar la guerra civil Josep María Massons contrajo matrimonio en segundas nupcias con Leocadia Rabassa Raab, nacida en Nueva York, hija de padre catalán y de madre norteamericana, a quien él había operado de cáncer de mama muy maligno y nos refiere que con una supervivencia de 35 años; la boda se celebró el 7 de mayo de 1947 y él le llevaba seis años. Crearon una familia con seis hijos que gracias a la sólida situación profesional del padre pudieron recibir una educación sin estrecheces y universitaria. Una de sus hijas casó con un íntimo amigo de escuela y de facultad y yo fui el padrino de boda que le llevó el ramo de flores a su casa y a partir de aquel momento la personalidad del Dr. Massons se me hizo más cercana y siempre me atendió cuando recurrí a él por motivos de información sobre la historia médica reciente. En su autobiografía dejó escritos con meticulosidad los avatares más importantes de la vida de su familia y los muchos viajes que en compañía de su esposa llegó a realizar en función de la promoción de los productos de su laboratorio, de su cualidad de profesor de la cátedra de farmacología y de su condición de miembro de la hermandad católica de médicos de San Cosme y Damián en cuyo Bureau Internacional participó. Su esposa falleció el año 2001 de un proceso canceroso de rápida evolución y de origen desconocido.



Dr. Massons el año de jubilación.

Se jubiló a los setenta años y cesó en su trabajo de cirujano, de empresario farmacéutico y de profesor de la cátedra de farmacología donde enseñó durante dieciséis años. A partir de este momento se le abrió otra actividad que llenó de manera fructífera sus últimos años: la historiografía médica. Sus trabajos más importantes fueron:

- Historia de la Hermandad de Cirujanos de Madrid.
- Historia del Real Colegio de Cirugía de Barcelona.
- Vida de Francesc Puig, que fue alumno de Pere Virgili.
- Fichero de alumnos del Real Colegio de Cirugía de Barcelona.
- Historia de las Brigadas Internacionales, en el capítulo de su participación como jefe de Equipo Quirúrgico.



Historia de la Sanidad Militar.

- Historia de la Sanidad Militar Española, en la que invirtió nueve años y medio. El Ministerio de Defensa le permitió consultar los archivos del Alcázar de Segovia, donde estuvo tres temporadas; pasó otras tres temporadas en el Archivo de Simancas; se desplazó a Cuba, a Buenos Aires y a Berna para recopilar datos; pasó días en el Archivo Militar de Madrid y muchas mañanas en el desaparecido Hospital Militar de Vallcarca

en Barcelona, hoy en día llamado Hospital Pere Virgili e integrado en la Seguridad Social. Así elaboró esta magna obra en cuatro volúmenes, que se ha convertido en material de obligada consulta para todo aquél que quiera estudiar algún tema de historia de la medicina militar. El ejército se lo reconoció al imponerle la Cruz del Mérito Militar y la Cruz del Mérito Aeronáutico y se creó una amistad entre él y las figuras más destacadas de la Sanidad Militar. El capitán Massons, cirujano de las Brigadas Internacionales, recibió su reconocimiento al cabo de medio siglo por parte de la cúpula de Sanidad Militar heredera de las fuerzas vencedoras en la contienda y entre ellos hubo un abrazo de reconciliación. Y se confirma con el aprecio que le manifiestan aquellos que he conocido y que me han ayudado facilitándome la documentación necesaria para que yo llegue a escribir las partes bélicas de estas biografías. Introducir en el relato estas páginas dedicadas a Josep María Massons es también una muestra de afecto hacia los compañeros médicos militares que le han reconocido lo mucho que de amor ha vertido en estos trabajos cuando no todas las heridas se han restañado en los descendientes de la guerra fratricida.

En su vejez Massons fue un conferenciante solicitado y una personalidad muy respetada. Su aspecto humanístico era conocido desde hacía años y en el Colegio de Médicos ya había colaborado en el logro de unas elecciones para nombrar democráticamente a su Presidente apoyando la candidatura del Dr. Alzamora Albéniz, nieto del músico, frente a la oficial del designado por el gobierno, el Dr. Trias de Bes; en las elecciones libres ganó este último. En la postguerra el ejercicio libre de la medicina dejaba a las viudas de médico a veces con escasos recursos ya que no existía contrato laboral ni derecho a jubilación ni pensión de viudedad y Massons impulsó un sistema de ayuda a las que los azares de la economía dejaba en el desamparo y una agrupación de esposas de médicos se encargó de lograr una residencia para estas viudas ancianas. Un resumen de sus vivencias y de sus reflexiones vistas desde el observatorio de su avanzada edad fue la conferencia "Cómo vivir cien

años”; otras conferencias fueron “El romanticismo de las personas mayores” y “Navidad fuente de poesía”. Vivía en una casa de payeses restaurada que había pertenecido a su suegro, una masía, en el pueblo costero de Santa Susana y de aquella comarca escribió la “Historia de la Vila de Santa Susanna”, la “Historia de Malgrat de Mar” y la “Historia de la Ciutat de Calella”. En el año de 1992 fue recibido como Miembro Numerario por la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, en octubre de 2001 fue nombrado Miembro Corresponsal de la Academia Nacional de Medicina de Méjico, en abril de 2008 la Generalitat de Catalunya le distinguió con la Creu de Sant Jordi (Cruz de San Jorge). Próximo a cumplir los cien años concluyó sus memorias que acaban con unas notas sobre “el coste de hacerme mayor” y sobre su hija que al comentar sus molestias y sus achaques se limitaba a decirle que era el precio de la longevidad y sobre sí mismo manifestando que hasta hace tres años estaba muy bien acostumbrado, ya que salía y entraba de casa sin necesidad de bastón y ahora, en cambio, “necesito un caminador”. Y no escribió más. La Real Academia de Medicina le preparaba un homenaje con motivo de cumplir los cien años el 13 de enero de 2013 pero falleció poco antes el día 10 de noviembre de 2012 y no pudo asistir al acto académico que tuvo lugar el día 18 de enero de 2013 con gran audiencia a rebosar y presencia de las máximas autoridades de la sanidad militar.

ANTONIO HERNÁNDEZ-ROS Y CODORNIU (1896-1982).**ANTECEDENTES FAMILIARES.**

Nace en Murcia el día dieciocho de diciembre de mil ochocientos noventa y seis y es hijo de Claudio y de Ana. Así reza su certificación en extracto de acta de nacimiento. Bajo esta escueta explicación encontramos uno de los casos más extraordinarios de estirpe de cirujanos por ambas líneas, tanto paterna como materna. Su padre Don Claudio Hernández Navarro fue director del Hospital de San Juan de Dios de Murcia y académico de número de la Real Academia. Su abuelo Don Antonio Hernández Ros también dirigió el hospital de San Juan de Dios y fue académico de número de la Real Academia. Él fue una tercera generación de cirujanos murcianos. Desde hacía dos siglos este hospital ya no pertenecía a la Orden Hospitalaria porque en 1835 fueron expulsados los frailes de San Juan de Dios y en 1837 pasó a depender del Municipio en aplicación de las leyes de Beneficencia de las Cortes de Cádiz, como nos explicó el Responsable de Comunicación de la Provincia de Aragón de la Orden, Sr. Lluís Guilera.

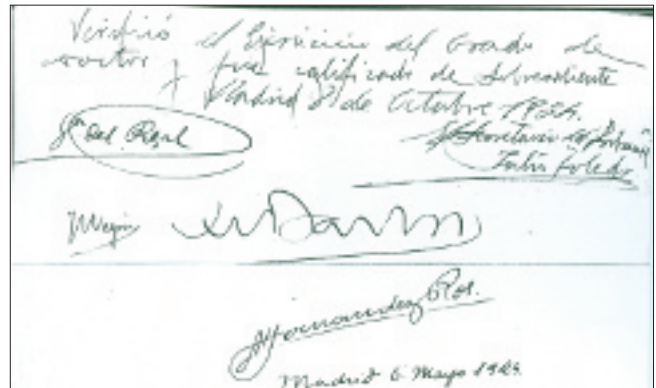
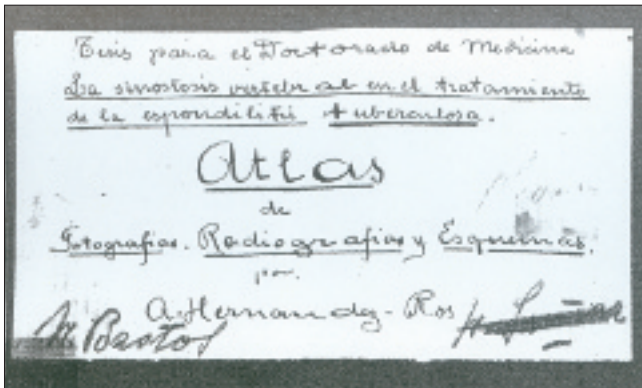
Por parte materna descendía de cirujanos militares catalanes, estudiados por Alejandro Belaústegui en sus series biográficas "Inicio de una lucha contra el olvido". Su abuelo Antonio Codorniu Nieto fue médico militar, científico eminente, viajero incansable, poeta, filósofo, historiador y periodista. Había nacido en Sant Martí de Provençals, pueblo ahora integrado en el municipio de Barcelona como barrio con historia propia, el día 11 de julio de 1817. Pasó los diez primeros años de su vida en México por destino de su padre, también médico militar, y después emigró a Burdeos por motivos políticos ya que los liberales vivían en España en situación peligrosa; en ésta ciudad reanudó sus estudios en uno de los mejores Liceos. Pudo regresar a Madrid y acabar el bachillerato en 1932 a la temprana edad de 15 años. Se matriculó en medicina y se licenció en 1938 con título del Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid. Se integró en el ejército del norte del general Espartero y terminada la guerra con el abrazo de Vergara pasó a trabajar en el Hospital Militar de Madrid hasta que en 1843 fue destinado a las islas Filipinas con el cargo de Jefe de Sanidad Militar. En Manila participó en la Comisión para crear una Facultad de Medicina. Tuvo que afrontar una epidemia de viruela y una de cólera, recorrió penosamente muchos territorios selváticos por las provincias del archipiélago y con el material obtenido publicó su obra "Topografía Médica de Filipinas" en 1856. En ella maneja conceptos científicos de sociología, antropología, etnografía, climatología, higrometría, hidrología, geología, botánica, bromatología, estadística, demografía. Por esta magna obra le fue concedida la Cruz de Emulación Científica y se le nombró socio de número de la Sociedad de Amigos del País de Manila. También estaba en posesión de la Cruz de Caballero de Isabel la Católica. Regresó a España en 1857 con problemas de salud contraídos en Filipinas y en atención a tal estado se le nombró Subinspector de Sanidad Militar de Castilla la Nueva. El 28 de marzo de 1864 pasó a ocupar sillón de académico en la Real Academia Nacional de Medicina. Falleció en Madrid el 14 de enero de 1892. Belaústegui nos recuerda el homenaje póstumo que le rindió el académico Joaquín Olmedilla y Puig: "Académico y hombre de estudio, ha merecido que la crónica señale su paso por el mundo, no como las fugaces ondas que produce la piedra lanzada en el tranquilo lago, sino con huella imperecedera e inextinguible, para que pueda decirse siempre que su vida no transcurrió desaprovechada, prestando el contingente de su actividad a la patria, la ciencia y la sociedad..."

Su bisabuelo Manuel Codorniu y Farreras había nacido en la villa de Esparraguera (Barcelona) el 1 de junio de 1788, la misma en la que también nació Mariano Ribas y Elías, cirujano de la Real Armada Española, notable catedrático y cofundador con Antonio de Gimbernat y Arbós del Real Colegio de Cirugía de San Carlos. Su padre Manuel Codorniu y Vidal fue también médico militar y murió de una herida de bayoneta durante la guerra de la Independencia en Tarragona; era el tatarabuelo de

nuestro biografiado Antonio Hernández-Ros y Codorniu y por Belaústegui sabemos que el padre de Codorniu y Vidal también había sido médico. A los nueve años ingresó en el Seminario Tridentino de Barcelona para estudiar durante cinco años latín, retórica y poética, filosofía, física, metafísica y matemáticas y así obtuvo el grado de bachiller con máxima calificación "nemine discrepante" (=por unanimidad). Pasó a estudiar medicina en Cervera y en Valencia y al estallar la Guerra de la Independencia fue nombrado médico del Ejército de Operaciones de Cataluña con destino en el castillo de Figueres, tomó parte en el sitio de Tortosa, pasó después al Hospital Militar de Mataró y al acabar esta guerra fue condecorado con la Medalla de Honor y la Cruz del Primer Ejército y contrajo matrimonio en Gerona con Dolores Nieto Samaniego, con quien tuvo cuatro hijos, entre ellos Antonio Codorniu Nieto anteriormente biografiado. En 1819 fue nombrado primer médico en jefe del Ejército Expedicionario de Ultramar con destino a Veracruz en México; allí fue elemento importante en la creación de la Academia de Medicina Práctica mexicana. A lo largo de su vida profesional se enfrentó a diversas epidemias de fiebre amarilla, de gripe, de difteria, de cólera y de tifus; dejó perfectamente publicadas sus experiencias en opúsculos y libros que le dieron gran prestigio. Dejó México en 1827 y se refugió en Burdeos para huir de la persecución antiliberal de la corona española, que calmó al cabo de un par de años; regresó a Madrid con la situación de tolerancia pero fue sometido a expediente de depuración administrativa, tuvo que dejar la sanidad militar y vivir del ejercicio privado de la medicina. En 1834 fundó el Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia; fomentó la agrupación gremial de los médicos y participó en la creación de la Sociedad Médica General de Socorros Mutuos en 1835 para proteger la incapacidad, subsistencia y retiro de los médicos y sus familias. Al morir Fernando VII en 1833 se decretó una ley de amnistía y pudieron regresar de América muchos liberales. Codorniu y Farreras se reintegró a la sanidad militar en el ejército liberal de Espartero en la guerra carlista y en 1836 fue nombrado inspector de medicina del Cuerpo de Sanidad Militar. Al acabar en 1840 la Primera Guerra carlista el prestigio de Codorniu y Farreras como médico castrense, higienista y epidemiólogo llegó a su máximo reconocimiento. Publicó en 1845 "Observaciones sobre las enfermedades del ejército", en 1850 "Formulario de medicamentos para hospitales del ejército" y en 1852 "Alocución al cuerpo de sanidad militar". En 1854 con Espartero en la cumbre del poder ocupó en las Cortes constituyentes escaño de diputado por la provincia de Castellón. Falleció en 1857 y se le considera como uno de los fundadores de la medicina militar y como un precursor de la seguridad social.

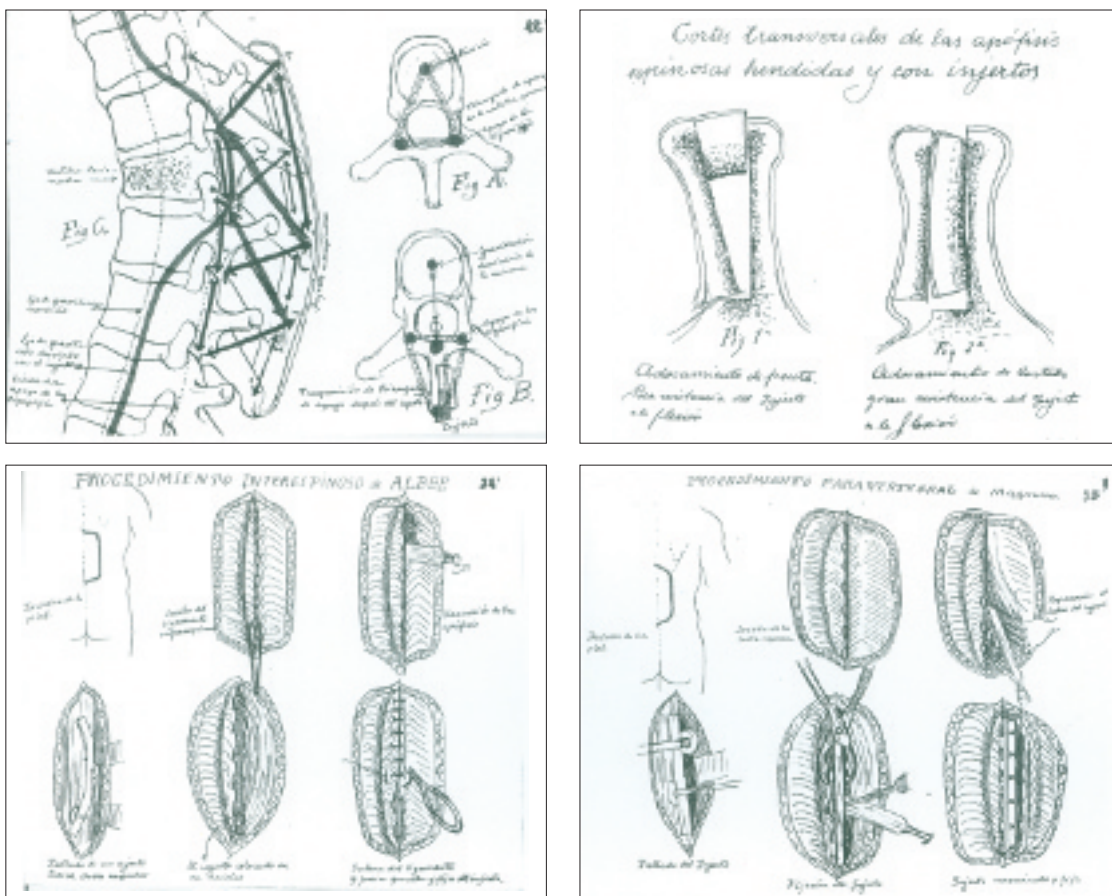
ESTUDIOS Y ACTIVIDAD MÉDICA.

Estudió el bachillerato en el Instituto General y Técnico de Murcia y obtuvo el grado de Bachiller en 1911 a los 15 años de edad. Hizo los estudios de medicina en la Universidad Central de Madrid y consiguió el grado de Licenciado en 1918 a los 22 años de edad. En 1920 ganó por oposición una plaza de médico de guardia en el Hospital de San Juan de Dios del que su padre era Director y en 1926 fue nombrado Jefe de Sala y pudo dedicarse con mayor plenitud a la cirugía ortopédica y la traumatología, que él prefería llamar la especialidad de huesos y articulaciones. Durante sus primeros años de ejercicio en este hospital estudió la casuística de tuberculosis de la columna vertebral y con este material preparó su tesis doctoral a la que dio el título de "Sinostosis vertebral en el tratamiento de la espondilitis tuberculosa"; fue leída y defendida en la Facultad de Medicina de Madrid en 1924 y obtuvo el grado de Doctor con la calificación de sobresaliente. Cuando en 1932 se inauguró el Hospital Provincial de Murcia se creó en él un servicio específico de Ortopedia y Traumatología y se le nombró Jefe de Servicio con lo cual alcanzó las posibilidades de desarrollar toda su dedicación a nuestra especialidad que se estaba independizando de la cirugía general. De su trabajo en el Hospital Provincial nos ha quedado constancia estadística en una publicación hospitalaria de entonces sobre 196 operaciones realizadas en un año: 39 herniarias, 36 ginecológicas, 16 urológicas, 14 digestivas



Tesis Doctoral. En el reverso consta la nota sobresaliente y estampó su firma el Prof. Negrín, Catedrático de fisiología y durante la guerra Primer Ministro de la República.

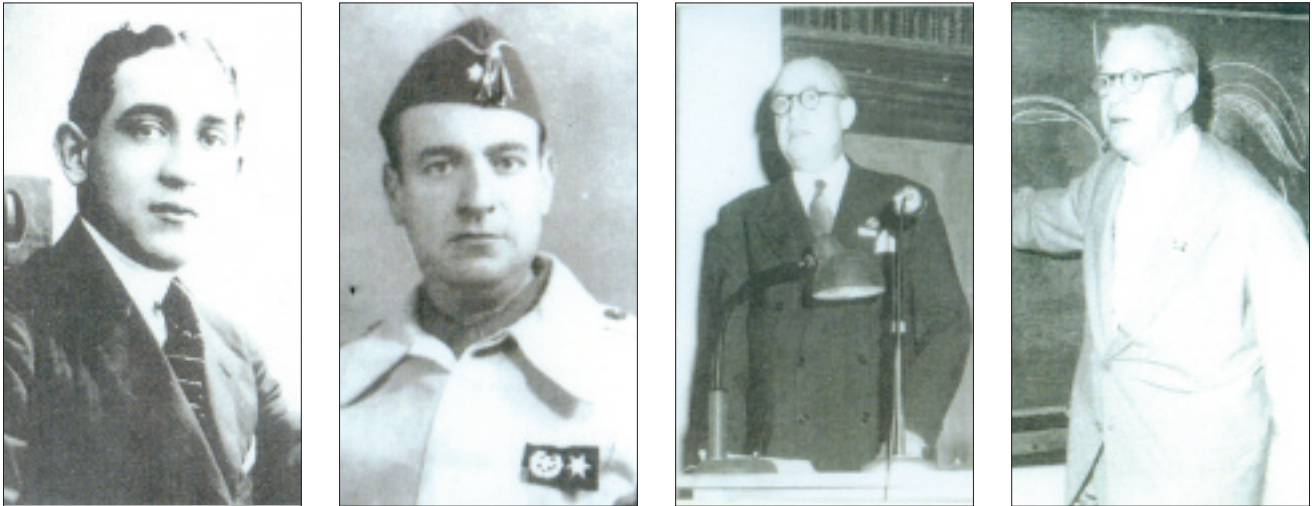
abdominales, 28 tumorales y quísticas, 22 fracturarias, 5 amputaciones, 8 osteomielitis y el resto muy variadas; curaron 185, mejoraron 11 y fallecieron 2.



Cuatro conjuntos de figuras dibujadas por Hernández- Ros para ilustrar su tesis.

Hacia últimos de los años veinte su amigo murciano Juan González Aguilar le presentó al doctor Manuel Bastos Ansart que era prestigioso cirujano militar, profesor universitario y jefe de servicio en el Hospital Militar de Carabanchel, a donde muchos jóvenes cirujanos atraídos por la cirugía ortopédica y la traumatología acudían para presenciar sesiones operatorias y participar en sesiones clínicas. Hernández-Ros Codorniu decidió acudir a Carabanchel una o dos veces por semana para mejorar su formación junto a tan prestigioso maestro. En 1935 recibió una carta de Bastos Ansart en la que le comunicaba la idea de crear una Sociedad dedicada al estudio y promoción de la Cirugía Ortopédica y Traumatología y de una Revista órgano de la misma, y esperaba las respuestas de sus colegas a esta propuesta; seguía, “me interesaba mucho, antes de seguir adelante, conocer y

escrutinizar con todo cuidado estas sugerencias de todos; mi deseo es que hagamos una obra en la cual todos se sientan responsables y en la que por tanto no haya nada absolutamente personal...". Con esta invitación Hernández-Ros se alistó entre los fundadores de la SECOT en 1935 y al año siguiente se celebró el Primer Congreso, en el que le cupo el honor de desarrollar la tercera ponencia "Tratamiento operatorio de las fracturas de los huesos largos" junto a Juan González Aguilar y a Francisco Jimeno Vidal. Al cabo de un mes estalla la Guerra Civil y cambia el trayecto profesional de todos los fundadores de la SECOT.



Varias edades de su vida: joven licenciado, durante la guerra, en su madurez y ya jubilado.

Al iniciarse la guerra era Jefe de Servicio del Hospital Provincial de Murcia y pudo evadirse a la "zona nacional" en octubre de 1936; en septiembre de 1937 se afilió a Falange Española como militante. En 1938 fue nombrado Director del Hospital Militar de Toro (Zamora) y encargado del equipo quirúrgico EQC-34 con el grado de Capitán Médico asimilado; aquí ya tuvo como ayudante a Juan Olaguibel Llobera, que posteriormente siguió siempre a su lado como fiel soporte. Al finalizar la guerra fue sometido como todos los profesionales al proceso de depuración, por el Colegio de Médicos de Madrid en su caso, y recibió el certificado "sin cargos" con los mementos consabidos de Saludo a Franco, Arriba España y Año de la Victoria, como hemos podido comprobar en los documentos consultados en los archivos del Colegio de Médicos de Barcelona y de Madrid gracias al permiso de sus Presidentes. Después de la depuración recibió el nuevo número de colegiado del COM Madrid 619 según la reglamentación de los Colegios después de la guerra. En la declaración que hizo para el proceso de depuración tuvo que exponer su currículo y en él cita como etapas de su formación las estancias en Valdecilla y los viajes de estudios a Burdeos, París, Berlín, Londres, Leeds y Viena.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE MURCIA.

La Real Academia de Medicina de Murcia aceptó la candidatura de Hernández-Ros Codorniu en 1932 y fue elegido en la sesión del 22 de noviembre del mismo año; propuso como discurso de ingreso con el título "Fisiopatología ósea" y fue aceptado en 1934 por los académicos encargados de juzgarlo. La guerra interrumpió estas actividades académicas y hubo que esperar a 1940 para reemprenderlas y actualizar el discurso presentado siete años antes. Se fijó la fecha del 20-6-1943 para la toma de posesión pero después Don Antonio Hernández-Ros presentó su renuncia al cargo el 15-12-1943 por traslado a Madrid; se le nombró Miembro Correspondiente. En 1949 la Real Academia murciana le organizó una sesión especial de homenaje en la que él habló de "Principios generales

de la osteosíntesis” y al final de la conferencia aseguró que nunca se había ido de Murcia ni física ni espiritualmente, porque venía con frecuencia y porque la llevaba en el corazón. En 1966 en sesión extraordinaria recibió el nombramiento de Miembro de Honor. También el Colegio Oficial de Médicos de Murcia le concedió el diploma de Colegiado de Honor.

El texto de ambas conferencias no fue publicado en una revista pero sí consta en las actas de la Real Academia, que gracias a la ayuda de Manuel Clavel Sanz hemos podido consultar. En sesión extraordinaria celebrada el 20 de junio de 1943 el Presidente de la Academia declaró que había sido elegido por unanimidad para ocupar la vacante del fallecido Presidente Don Claudio Hernández-Ros su hijo Don Antonio Hernández-Ros y Codorniu. Acompañaban al Presidente las más destacadas autoridades de la vida murciana, como son el Presidente de la Excmá Diputación, el Presidente de la Audiencia y el Presidente de la Sociedad Económica de Amigos del País. El nuevo académico ocupó la tribuna y leyó su discurso reglamentario que versaba sobre “Fisiopatología ósea”, del que el Secretario dejó constancia en el acta en estos términos:

“En él, después de evocar al padre y maestro fervorosamente y con emoción transmitida a los que le escuchaban, hace un estudio fisiológico sobre las formas en que se desarrolla la ciencia médica, que, aún estando en plena formación, han de ser aplicadas siempre que raciocinio y empirismo ortodoxo sean sus fuentes de conocimiento. No escapan en el desarrollo del tema unos apuntes históricos de la cirugía ósea desde Andry (1741) hasta nuestros días. Estudia el hueso como elemento del sistema esquelético y como reservorio de calcio, las relaciones y vida del tejido óseo y los problemas todavía poco conocidos de su fisiopatología. De las teorías bioquímicas de osificación destaca las de Freudenberg y Gyorgy de los fijadores de calcio y de la esterasa de Robin. Los tipos de osificación endocondral y metaplásica directa, en relación con perturbaciones endocrinas y metabólicas, fueron expuestas con maestría especial, mención hecha del raquitismo y enfermedad de Muller-Barlow. El callo de fractura y su osteogénesis, resaltando la importancia de las células formativas del hueso y de la sustancia de Levander, fue el último punto de tan brillante tesis académica”. El contenido de esta puesta al día debe ser valorado en el contexto de la época en que se vivía para comprender las dificultades de comunicación científica: tres años después de la guerra civil, en plena segunda guerra mundial con el poder nazi instalado en Europa, con seis años de aislamiento científico y sin llegada de revistas a nuestras bibliotecas por los motivos bélicos citados.

La conferencia del 3 de enero de 1949 la pronunció en la sesión de homenaje que le rindió la Real Academia; hacia tres años que los nazis y el fascismo italiano habían sido derrotados, el fervor entre los fascistas españoles triunfantes había disminuido ante el nuevo mapa político europeo con democracias parlamentarias renacidas y el aislamiento español se hizo más intenso. Hemos comprobado en nuestras bibliotecas que las posibilidades de suscripción a revistas y su llegada por los canales de distribución no empezó a normalizarse hasta los años cincuenta, cuando mejoraron las condiciones económicas después de las largas postguerras, y que un hueco de información científica ha quedado de modo permanente en las bibliotecas como tributo a los desastres bélicos que destrozaron las instituciones europeas. El aislamiento dificultó la actualización de nuestros científicos y de ellos podríamos decir que se instruyeron como unos “autóctonos”, con gran mérito por su parte, pero así recibimos posteriormente el relevo que permitió nuestra formación hasta llegar a épocas de normalización. Pasemos a las notas que constan en acta sobre la conferencia de Hernández-Ros Codorniu y de la Cierva, como lo denomina un viejo programa de la Real Academia, tal y como las redactó de su puño y letra el Secretario sobre el tema “Principios generales de la osteosíntesis”:

“Entra en materia definiendo las osteosíntesis y clasificándolas como una operación de necesidad, cuyas indicaciones están en el fracaso o insuficiencia de los tratamientos conservadores. Ahora bien, no existe un lindero neto para sentar un exacto criterio sobre lo que debemos entender por fracaso o

insuficiencia. Donde unos ven un resultado suficiente, otros lo encuentran inaceptable, bien por afectar a los resultados anatómicos, funcionales, frecuencia de secuelas, rigideces, atrofas, tiempo empleado en la recuperación, etc. Sin embargo y en su sentir el campo de las osteosíntesis se extiende cada vez más conforme el cirujano se siente más seguro de sus soluciones técnicas y de la benignidad de sus operaciones. Su comparación entre los resultados que consigue con uno y otros métodos le hace ser cada vez más severo consigo mismo, y no aceptar hoy lo que antaño le parecía suficiente. Después habla de la patología de las fracturas diciendo que en el tratamiento de las mismas no todos los casos son idénticos y que en unos pueden mantenerse perfectamente reducidas durante el proceso de consolidación ósea y ésta se logra en breve tiempo, mientras que en otros la reducción se mantiene con dificultad, existiendo el peligro de desviaciones secundarias, y por último en otros casos ni siquiera puede lograrse una mediana reducción y coaptación con los procedimientos incruentos; en estos dos casos es de aplicación la osteosíntesis....La osteosíntesis se encuentra en período de renacimiento tanto en sus medios como en sus técnicas y principios...Sus iniciadores Lane y Lambotte establecieron los principios de la osteosíntesis y desarrollaron las técnicas, que no pudieron ser ni los principios verdaderos ni las técnicas definitivas; su éxito y su porvenir estriba en aunar dos tipos de principios...: 1º los principios mecánicos derivados de la forma de la fractura y de los fragmentos, su textura, sea cortical o esponjosa, y las fuerzas musculares y gravitatorias que sobre ellos actúan, y 2º los principios biológicos derivados de la vitalidad del hueso, de sus vías nutritivas y de las reacciones del tejido óseo frente a las lesiones sufridas, del material de fijación, del proceso de consolidación y de los puntos de apoyo de la síntesis ósea.... Un principio clásico de la osteosíntesis es la inmovilidad del foco de fractura, que se completa con el de que la vitalidad de los puntos de apoyo mantenga su capacidad mecánica hasta la consolidación. Como resumen expone las siguientes conclusiones:

- No hay ni puede haber un procedimiento general de osteosíntesis superior a los otros, sino que cada tipo de fractura y en cada región tiene o ha de lograr el suyo propio en armonía con sus características mecánicas y biológicas.
- El abrir un foco de fractura no debe infundir al cirujano más respeto que el preciso para extremar la asepsia y para no realizar operaciones frívolas por ser innecesarias o mal conducidas.
- Las técnicas de osteosíntesis no pueden improvisarse. Antes de acometer una empresa de esta naturaleza hay que tener de antemano resueltos todos los problemas que se espera encontrar, así como las posibles contingencias adversas aunque sean poco probable.
- Los medios fijadores solo tienen una función temporal, no pretendiendo sustituir con ellos de un modo definitivo la consolidación ósea, y ésta es el fin que buscamos por lo que es preferible, siempre que se pueda, colocar los medios de osteosíntesis en forma que puedan ser fácilmente extraídos cuando resulten inútiles.
- Lo ideal es armonizar en lo posible la inmovilización del foco de fractura con la movilidad del miembro, para evitar secuelas y abreviar el tiempo de inutilidad, pero en la proporción precisa para que las cargas estáticas o dinámicas no superen la capacidad de resistencia de los puntos de apoyo, lo que ocasionaría la ruina del sistema de fijación, conduciendo a una seudartrosis o a un callo vicioso.
- Todo sistema que procura una mayor rapidez en el restablecimiento de la continuidad ósea, desviando la acción mecánica –siempre anormal- de los puntos de apoyo hacia la masa arquitectónica del hueso, será del mayor interés para el éxito de las osteosíntesis.

Con lo anteriormente expuesto finalizó la brillantísima conferencia”.

La corrección de los términos especializados de la transcripción en el Acta de la sesión nos hace pensar que seguramente se redactó sobre un texto corregido por el autor. Sorprende el contenido de la conferencia pronunciada al finalizar la cuarta década del siglo pasado porque la mayoría creíamos

que solamente con el advenimiento de la AO suiza se había llegado en los años sesenta a esta precisión conceptual sobre las bases de la osteosíntesis. Así se nos confirma que Hernández-Ros fue un gran precursor en la aplicación de estas técnicas con criterios científicos sólidos; esta conferencia bien podría haber sido una importante lección de uno de los muchos cursos AO con que fueron instruidos los jóvenes cirujanos.

VIDA EN MADRID.

Al trasladarse a Madrid después de la guerra trabajó como jefe de la especialidad de Huesos y Articulaciones de "La Equitativa" y más tarde en 1946 como jefe de equipo de cirugía ortopédica y traumatología del recién fundado Seguro Obligatorio de Enfermedad, con actividad quirúrgica en su correspondiente Residencia Sanitaria de la Seguridad Social, nombre que sustituía al de Hospital, que parecía desprestigiado por ser centro receptor de pobres, desvalidos y menesterosos; para inscribirse en las oposiciones necesitó lo que llamamos certificado de penales y de adhesión al Régimen, que le fue concedido por no haber referencias a él en el Registro Central de Penados y Rebeldes (Madrid 13-2-1946). Esta obra del régimen dirigida por José Antonio Girón de Velasco ofrecía a sus beneficiarios los "productores" (nombre que sustituía al de obrero) algo así como una gran clínica privada con ordenanzas en la puerta, bien uniformados con vestido gris, chaqueta de cuello redondo militar y botones plateados y gorra. A cada facultativo le correspondía un cupo de beneficiarios para quienes él era su médico, de modo parecido a como se trataba a los enfermos en una mutua privada.

En 1957 y tras reñidas oposiciones ganó la plaza de Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado en Madrid (Hospital de la Princesa) como anunció la Revista de la SECOT de este año, diciendo que "llega a esta plaza en plenitud de entusiasmos y en la cumbre de su magnífica carrera, que le ha situado entre las primeras figuras de la especialidad; en él prosiguió su fecunda actividad hasta la jubilación en 1967. Además de su actividad hospitalaria mantuvo el ejercicio privado en su consulta que pasaba en casa y en la Clínica Ruber donde operaba. Nos recuerda su hijo Claudio que la actividad no se interrumpía, que era infatigable, y que Don Antonio lo justificaba diciendo que "la actividad del cirujano era como la del violinista, que debe mantener siempre el arco del pensamiento bien tensado".

En la SECOT mantuvo una actividad de reorganización y de soporte desde su refundación en 1947 y en la Junta presidida por José María Vilardell Permañer en 1951-53 ocupó el cargo de Vicesecretario. En 1955 fue elegido Presidente y nombró Vicepresidente a Vicente Vallina García.; en el bienio siguiente (58-60) le sucedió en el cargo Vicente Sanchís Olmos, que a su vez dirigía la Revista desde el año de refundación, y en su Junta le mantuvo como vocal. El periodo presidencial de Hernández-Ros duró de modo excepcional tres años porque la asamblea propuso que la elección futura de los presidentes fuera por voto personal y secreto y era necesario un tiempo de preparación y su votación en la asamblea de un congreso siguiente. Durante el trienio se celebró el primer Congreso Hispano-Luso en Lisboa (1956), que a su vez era el VI Congreso Nacional SECOT, iniciando así la nueva etapa de congresos ibéricos con alternancia de sede entre España y Portugal. En este congreso Hernández-Ros y Arnaldo Rodó presentaron el escudo de ambas sociedades creado por ellos, con la leyenda "Cogitare et recte ambulare" y fue aceptado por unanimidad. Se aceptó también la unión de las revistas hispano-portuguesa y latinoamericana para así dar nacimiento a la Revista de Ortopedia y Traumatología. Esta modalidad de Congresos Ibéricos duró hasta 1961 con la celebración en Oporto del III Congreso Luso-Español; en la Historia de la SECOT de Eduardo Jordá López ya no se mencionan más a partir de este año. En esta obra encontramos la descripción de las actividades desarrolladas en los Congresos de 1956 y 1958. En 1957, siendo Hernández-Ros y Codorniu presidente de la SECOT, la SICOT celebró en Barcelona su séptimo Congreso Internacional y se nombró el Comité nacional

español compuesto por Manuel Bastos Ansart, Antonio Hernández-Ros y Manuel Salaverri. En este Congreso SICOT participó el profesor de Oxford Josep Trueta i Raspall, que después del exilio de 1939 pudo regresar a Barcelona con pasaporte británico. La Sociedad Española de Reumatismo manifestó su deseo de contar en su Junta Directiva con un miembro que fuera cirujano ortopeda y en la renovación de junta de 12 de mayo de 1956, siendo presidente de los reumatólogos el barcelonés Pedro Barceló, nombró vocal al doctor Hernández-Ros.

Hernández-Ros demostró a lo largo de su vida quirúrgica que disponía de una habilidad excepcional para diseñar instrumentos adaptados a técnicas quirúrgicas que ideaba y a situaciones generales de la traumatología. Según su hijo Claudio, que tanta información nos ha facilitado, se interesó por la biomecánica tras la lectura de una obra monográfica escrita por el ingeniero comandante Inglés-Sellés. Su afición y conocimientos le llevaron a colaborar con su primo Juan de la Cierva y Codorniu en el desarrollo del autogiro, cuya concepción sirvió de base a la posterior aparición del helicóptero. Con su laboriosidad había llegado a crear en su taller hasta un centenar de utensilios y había dejado constancia escrita de sus principales inventos en la relación que sigue:

- Férula de tracción sinérgica para fracturas de fémur-
- Dispositivo para fracturas de antebrazo.
- Técnica de artrotomía de codo.
- Sistema de separación del epicráneo con isquemia.
- Trépano eléctrico con paralelismo de sierra y protección.
- Osteosíntesis mediante tornillos de hueso de buey.
- Estribo para tracción de dedos.
- Aparato para tracción de tibia y fijación bipolar.
- Estribo de doble alambre para fracturas supracondíleas.
- Técnica de osteotomía de cadera con tracción de rodilla.
- Mercurocromo en fracturas de la base del cráneo.
- Modelo de carro de curaciones.
- Mesa ortopédica con tracción de los pies por aros.
- Drenaje continuo epidural en meningitis.
- Método para producción electrolítica de hipoclorito para irrigar heridas.
- Sistema de extracción de cuerpos extraños por coordenadas polares.
- Bomba de transfusión mediante compresión circular.
- Separador universal con expansión a palanca.
- Pinza de hueso con compresión de mordazas a tornillo.

El interés por la biomecánica había reunido en Bruselas a varios especialistas ortopeda y traumatólogos europeos invitados por los profesores belgas de nuestra especialidad con la idea de crear una enseñanza interuniversitaria. Con el nombre de "Enseñanza interuniversitaria de biomecánica del aparato locomotor" se celebró el curso bajo la dirección de colegas belgas como Blaimont, Burny, Coutelier, Maquet, Vincent i Wagner durante los días 7 a 18 de marzo de 1977 en la Fundación Universitaria de Bruselas. Colaboraron en la docencia ingenieros y físicos de la Universidad Libre de Bruselas y de la Escuela Real Militar y así el abundante alumnado tanto europeo como de África francófona oyó hablar de propiedades físico-químicas del hueso, fricción y usura, sistemas de fuerzas, resistencia de materiales, tensiones y galgas, estudios extensométricos, biomateriales y biomecánica articular. El programa se nos distribuyó en 28 lecciones y se completó con diez temas de laboratorio. Este primer ensayo demostró que en la enseñanza interdisciplinaria con cirujanos los ingenieros y los físicos tenían que adaptar sus exposiciones a la capacidad de entendimiento del

alumnado procedente de facultades de medicina. Este curso causó un gran impacto y en sucesivas ediciones atrajo a más alumnos. En España los cirujanos interesados en la biomecánica habían tenido ya reuniones con anterioridad y creo que el curso interuniversitario belga fue el reactivo necesario para la creación de la Sociedad Ibérica de Biomecánica y Biomateriales, que nació en 1977 (según la página web redactada por Javier Gil Mur) con el objetivo de agrupar a cirujanos, médicos, ingenieros, físicos, químicos y especialistas en educación física; es un foro para el intercambio de ideas y al mismo tiempo un estímulo para la investigación. Esta Sociedad Ibérica ofrece a sus miembros una Revista con dos números al año en la que hay revisiones, trabajos originales, resúmenes de Tesis Doctorales, informaciones sobre congresos y actividades. Hoy en día la Sociedad y la Revista están consolidadas y son el símbolo de una actividad iniciada por Hernández-Ros como pionero entre los científicos españoles. En justa correspondencia éste fue nombrado Miembro de Honor de la Sociedad.



Revista Biomecánica. Consejo de Dirección y Comité Científico.

Hernández-Ros y Codorniu mantuvo estrechos lazos con los compañeros de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia y estos para honrarle le nombraron Miembro de Honor. También la Sociedad Mexicana de Ortopedia en reconocimiento de sus méritos profesionales le otorgó el Diploma de Miembro Honorario. Y la SECOT en premio a sus excepcionales méritos le distinguió como Miembro de Honor en octubre de 1980 cuando tenía 84 años de edad. Nuestro gran Maestro falleció un par de años después el día 1 de junio de 1982 en Madrid.

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA.

Expondremos las aportaciones más importantes de Hernández-Ros que destacaron por ser pioneras en nuestra especialidad o porque el paso del tiempo las ha mantenido vigentes con la categoría adquirida de clásicas.

Fracturas diafisarias de antebrazo (1930).

Expuso este amplio y novedoso trabajo en el curso de cirugía ortopédica y traumatología que organizó López Trigo en el Hospital Provincial de Valencia. Al empezar pidió a los alumnos que le consideraran como un compañero más pero nunca como a un maestro. Reconoció que para los murcianos Valencia era como una hermana mayor y que todos eran hermanos levantinos. En su exposición se limita a las fracturas diafisarias y excluye las de Monteggia y las epifisarias y analiza la mecánica del eje brazo-húmero y antebrazo-cúbito así como la función de las curvaturas diafisarias y de la membrana interósea. La acción del músculo pronador redondo define la posición de la inmovilización después de la reducción según el nivel del foco de fractura: por encima yeso en supinación, a través yeso en semipronación y por debajo yeso en pronación.

Al analizar las consolidaciones imperfectas estudia los acabalgamientos, las angulaciones y los desajustes de rotación ("déalage"); lo habitual en la práctica es la combinación de desviaciones. El análisis mecánico de estas fracturas y los resultados de su serie le llevaron hace ya más de ochenta años a sentar unos principios terapéuticos que el tiempo ha reafirmado:

- Creo sinceramente que las fracturas diafisarias completas del antebrazo no pueden tener más tratamiento que la reducción cruenta seguida de osteosíntesis; se excluyen las subperiósticas y las incompletas.

- Por medios externos es imposible hacer una reposición de los fragmetos tan exacta como es preciso.
- Los buenos resultados funcionales precisan de restauración anatómica.
- El criterio intervencionista es el único método que nos puede llevar a conseguir resultados funcionales perfectos.
- Debemos tender hacia una curación ideal en que la pronación y la supinación sean de la amplitud normal y sin molestias.

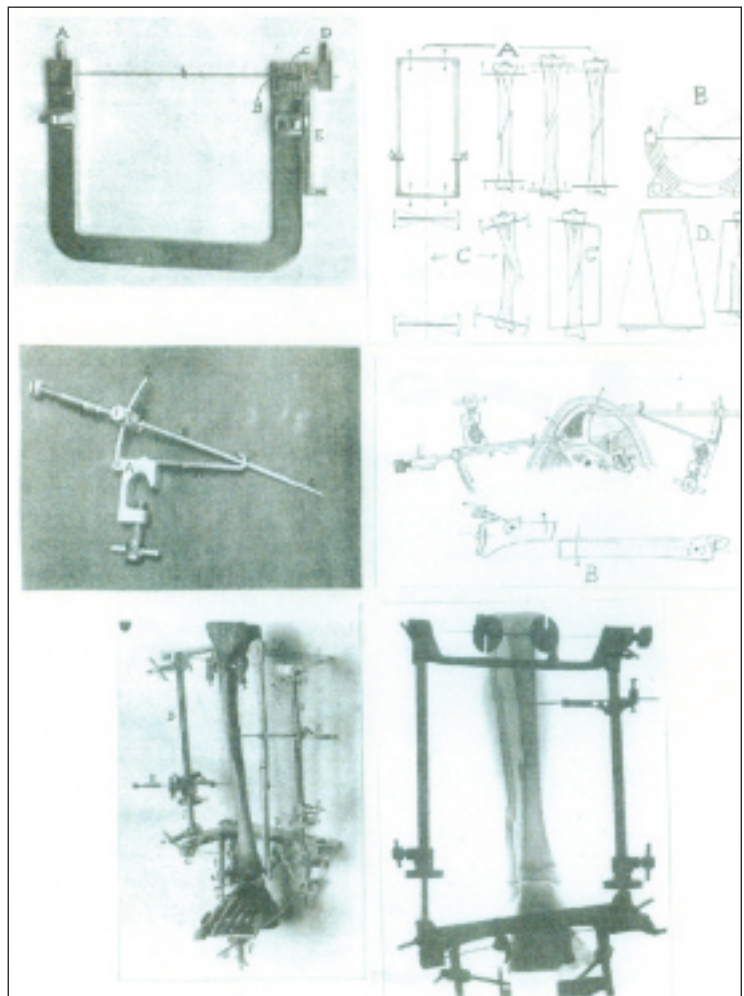
Tratamiento de las fracturas de tibia y peroné según un método de fijación externa y extrafocal de los fragmentos óseos. (1932)

Este trabajo de ochenta años cumplidos fue publicado en la Revista de Cirugía de Barcelona, fundada y dirigida por E.Ribas y Ribas, Antonio Trias Pujol, Joaquín Trias Pujol y Manuel Corachán en 1931. Prestemos atención a su índice de autores (volumen II) para descubrir la relación entre la revista y los futuros fundadores de la Secot: Argüelles, Bastos Ansart, Corachán, Cortés Lledó, D´Harcourt, Fernández Iruegas, García Orcoyen, Gómez Ulla, González Aguilar, Jimeno Vidal, Alvaro López, López Trigo, Trueta, Vara López y Vilardell y los argentinos Lagomarsino, Ottolenghi y Leilo Zeno. Esta revista jugó el papel de foro en el que se fraguó la colaboración y la amistad que llevarían a la creación del núcleo inicial fundador de la Secot.

La denominación que da al método, de fijación directa extrafocal, es lo suficientemente expresiva para dar una idea exacta del fundamento del mismo y además aclara dos aspectos. Primero, que emplea la palabra *directa* en vez de *cruenta*; se trata de una cuestión de estética y de dulcificación del idioma y del concepto, ya que suena menos agresivo. Segundo, que con esta denominación sale al

paso de un nuevo germanismo que se está incubando, el de *distraction* para designar el método de extensión bipolar o desde varios puntos; en castellano ya empieza a hablarse y escribirse sobre *distracción*. La idea inicial se remonta a Klapp en 1914 y fue mejorada por Kirschner con su técnica de perforación del hueso. Antes de acometer la descripción y técnica del método, enumera las ideas y razones biológicas y mecánicas sobre las que lo ha fundado:

- 1ª La reducción debe ser lo más exacta posible anatómicamente, restaurando la longitud y dirección normales en los ejes de los huesos.
- 2º La supresión de todo material de osteosíntesis o de fijación en el foco de fractura.
- 3º Empleo de la mínima masa, mínimo contacto con tegumentos y huesos y mínima interferencia con la nutrición de los tejidos, logrando de ella el máximo de eficacia mecánica.



Aparato para reducción y fijación externa de las fracturas de tibia diseñado por Hernández- Ros.

- 4º Perfecta inmovilización que consienta la evolución normal del tejido conjuntivo embrionario preóseo hacia la osificación.
- 5º Contrastando con la necesidad de exacta fijeza en el foco de fractura, hay que mantener la máxima movilidad de las articulaciones vecinas no interesadas por el traumatismo.
- 6º El sistema mecánico empleado debe ser en absoluto independiente de toda influencia de índole circulatoria en el miembro lesionado.

Nos dice el autor que quizás parezcan excesivamente complicadas las soluciones mecánicas que hoy en día orientan el tratamiento de las fracturas, pero hay que pensar que se trata de una adaptación de la mecánica a los problemas biológicos, y que de estos no podemos desentendernos en modo alguno. Para llevar a cabo su síntesis extralocal fue necesario diseñar lo que él llama un "arco autotractor" para pasar el alambre de Kirschner y tensarlo mediante una tuerca en forma de manivela. Para evitar las vibraciones al pasar las agujas utiliza un perforador con un eje flexible largo y accionado por el ayudante; la dirección y la presión del perforador las determina el cirujano sin que se transmitan sacudidas ni movimientos rotatorios, de modo parecido al cable flexible del odontólogo.

Aplicando el método a la tibia describe su aparato para extensión bipolar: consta de dos arcos de extensión unidos por varilla extensibles y sobre ellas se montan los dispositivos para acción lateral y un soporte para mantener el pie y evitar el equinismo; el superior es rectangular y el inferior semicircular. Para la acción lateral existe un dispositivo que se fija en las varillas laterales y permite introducir la aguja en la dirección deseada ya que actúa como una guía. Este aparato permite movimientos y acciones:

- 1º Movimientos de separación y acercamiento de los dos arcos de tensión según el eje longitudinal y en un plano horizontal.
- 2º Movimiento de rotación según el eje longitudinal.
- 3º Movimiento de rotación sobre un plano horizontal y un eje vertical de cada uno de los alambres de extensión.
- 4º Movimientos de desplazamiento en diagonal.

Las imágenes que acompañan a esta descripción de la técnica de fijación directa extrafocal revelan de modo sorprendente que estamos ante una anticipación del método que medio siglo más tarde desarrollaría Ilizarow. Así situamos a Hernández-Ros en su merecido puesto de pionero de la fijación externa en la cirugía osteoarticular.

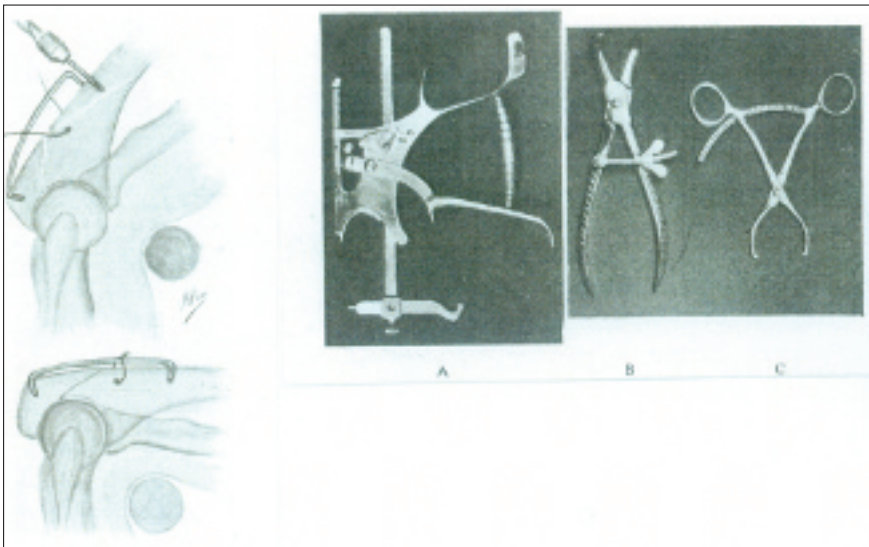
El enclavijamiento intramedular en las fracturas de la clavícula (1945).

Ante los varios métodos útiles de que se disponía comentaba que siempre tenía en su autocrítica esa causa de los callos deformes, de las prominencias por acabalgamiento, de los hombros cortos y caídos, de las atrofiaciones por inactividad y de la incomodidad del ocho de guarismo, sobretodo en los sobacos. Propone una síntesis a través del foco de fractura perforando el fragmento lateral de dentro afuera y luego el medial desde fuera hacia dentro en vaivén, para lo cual hay que cambiar el mandril que estaba sobre el foco y adaptarlo al otro extremo de la aguja de Kirschner que sobresale cerca del acromion. Dentro de la clavícula con forma de S itálica la aguja traza un curso rectilíneo. Considera que es el método ideal en focos transversales pero no en los oblicuos.

El Codo (1945).

Seguramente éste ha sido el tema principal del trabajo biomecánico y terapéutico de Hernández-Ros y Codorniu a lo largo de su vida. Empezó temprano a interesarse por la patología traumática del codo durante sus años mozos de médico de sala del Hospital de San Juan de Dios en 1926 y en el Sanatorio San Carlos que disponía de quirófano con luz sin sombras (lámpara que compró en

París) y siete camas, que eran suficientes para su clientela privada. En 1928 llevó a cabo su primera osteosíntesis mínima en una fractura condilar; fue el primer paso, pequeño, pero "el tiempo, el trabajo y ¿por qué no decirlo?, el entusiasmo que fue en mí una constante, hicieron lo demás, y así animado por el éxito siguieron las que hice en fracturas supracondíleas en niños". "Difícil nos sería concretar la razón de esta preferencia ya que los motivos de simpatía, más que fruto de un razonamiento, pertenecen al fondo de lo subconsciente... También pueden haber influido los fracasos parciales o éxitos incompletos...en los que encontramos la más valiosa fuente de enseñanzas". Esta experiencia le llevó a idear algunas técnicas y a diseñar los instrumentos necesarios para practicarlas, y transcurridos estos años y acumulada una buena casuística creyó llegado el momento de dar al público médico una obra de conjunto al cabo de dos décadas. Encabezó la introducción del libro con un proverbio tomado de un texto de Azorín: "Quien comienza un libro es discípulo de quien lo acaba".



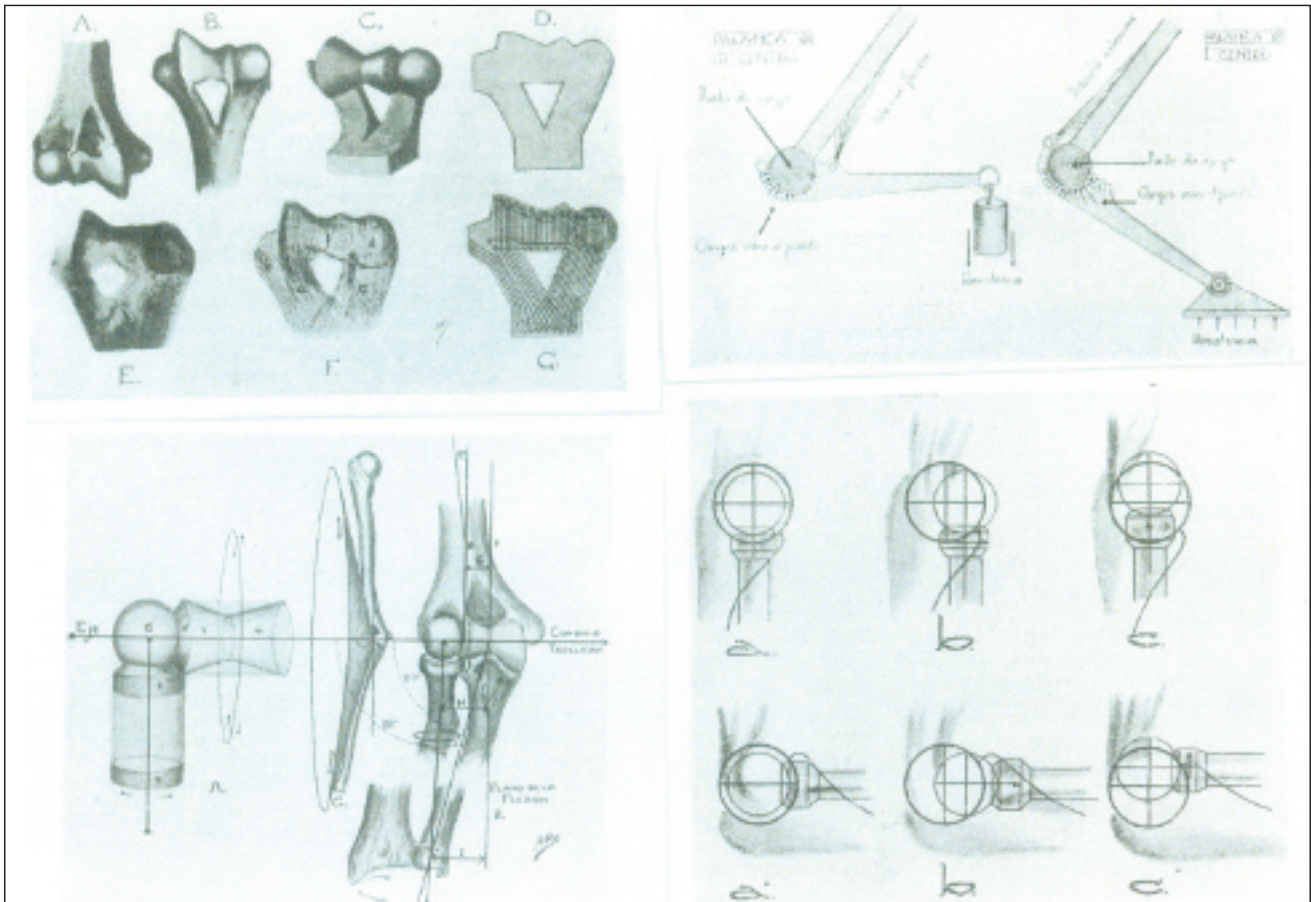
Técnica de osteosíntesis de olecranon con pinzas y aparato reductor de diseño propio.

El año anterior aún había publicado en Cirugía del Aparato Locomotor un caso de fractura olécranon-coronoidea, rara asociación ya que la revisión bibliográfica solamente le permitió hallar ocho casos descritos. Lo trató mediante osteosíntesis: con pasahilos y alambre de acero inoxidable amarra la coronoideas por delante, sintetiza el olécranon con una laña por él diseñada, tracciona el alambre y repone la coronoideas y finalmente anuda

el alambre. En el mismo año de 1944 y en la misma revista presentó sus estudios sobre "Biofísica articular del codo y una clasificación de sus fracturas basada en esta concepto", que podemos considerar como uno de los más interesantes trabajos de biomecánica en los albores de esta ciencia aplicada a la traumatología; lo comentamos junto con el libro en su conjunto. En la Revista apareció una reseña bibliográfica sobre el libro a cargo de Sanchís Olmos, que lo considera un magistral estudio sobre la articulación del codo y sus traumatismos; destaca la evolución filogénica del codo, la fisiopatología de cada tipo de fractura, así como el tratamiento de elección, que es la osteosíntesis cuando la reposición incruenta no es satisfactoria o posible. Recomienda la lectura y su meditación porque lo considera el mejor que se ha escrito hasta la fecha sobre este tema.

La obra se estructura en veinte capítulos que cubren un amplísimo campo de conocimientos: filogenia (I), anatomía (II), biomecánica (III), exploración (IV), diversos tipos de fracturas y luxaciones (V a XVI), cirugía reconstructora (XVII) con una meticulosa descripción de las técnicas operatorias a lo largo de cincuenta páginas, osificaciones postraumáticas (XVIII), complicaciones nerviosas (XIX) y síndrome de Volkmann (XX). No existe en esta rigurosa monografía ni tan siquiera un resquicio de déficit cognitivo del codo en sus 350 páginas de extensión. Al final el autor, devoto de la filología, nos obsequia con un apéndice titulado Etimología del Codo, cuyo primoroso contenido merece ser conocido y por ello lo reproducimos:

"Cubo, en latín, significa estar acostado, recostarse. En las costumbres romanas, lo habitual para comer o conversar, era la posición tendida del cuerpo, con el busto elevado apoyándose sobre el codo izquierdo.



Algunos gráficos de biomecánica del codo procedentes de su libro sobre Biofísica Articular.

De la raíz cubo se derivan vocablos que expresan diversas actitudes correspondientes a esta posición, *decúbito* (decúbito supino y decúbito prono). También por reposar sobre el codo en el lateral se derivan de ella *cubitus* y *cubital*, que tanto se aplican a estar acostado o reposar, como a la articulación del codo y a su hueso más destacada, el cúbito.

Otros relacionados con ella son: *Cubitio*, *cubitium*, que significan hora de acostarse. *Cubiculum*, dormitorio o alcoba. *Cubile*: cama, lecho. *Cubito*: acostarse, dormir frecuentemente. *Cubito presso remanere* (Horacio), no poderse levantar de la cama. *Cubans*: enfermizo, enfermo. *Cubital*, recostarse. *Cubitus*: codo, recostarse, recodo, revuelta, inflexión de una línea.

Es la misma raíz que también origina las palabras: *Concubina*, mujer con quien se yace. *Concubito*, ayuntamiento carnal. *Concubinatio*, estado de amancebamiento.

Cubitus tiene, por lo tanto, varias acepciones. A la de estar acostado, por apoyarse en esta posición sobre el codo izquierdo, sigue y expresa también el *codo*, como región anatómica; el *cubito*, como hueso principal del mismo, y por similitud conceptual, todo cambio o sentido angular en la dirección de una línea. Así decimos, un codo o recodo en una tubería, en un camino, en un río, para expresar cualquier ángulo en la dirección de éstos.

Para la imaginación de los hombres antes fue la flexión de sus miembros, que sirvió de base para establecer el concepto de tangencialidad de las rectas, o sean los ángulos, como valores definidos y mensurables. De aquí que de la raíz griega *gonos* (rodilla), se derive el *gonos* (ángulo), y la medida de éstos, la *goniometria*. Sin duda alguna que para nosotros, los hombres, primero fueron el codo y la rodilla, y después, mucho después, fueron los ángulos”.

Al final de este enriquecedor epílogo se refiere a proverbios y frases hechas sobre el codo como elemento fundamental comparativo y no quiere que falte esta pequeña nota literaria, que no deja de tener su interés al lado de la doctrina estricta. Comenta veintiuna expresiones como “empinar el codo”, “hablar por los codos” y “mentir por los codos” entre otras.

Esquema patogénico de la escoliosis. (1953)

Sus estudios biomecánicos se dirigen ahora al raquis, utilizando como material 278 casos a los que practicó radiografías de pie, que él denomina "ortorraquigrafías"; se trata de unas columnas que tienen base y fuste. En la génesis de las figuras escolióticas intervienen: 1º la altura del desnivel primario, 2º la coexistencia de dos o más desniveles, 3º el sentido en que están orientados los desniveles (homolaterales o contralaterales), 4º la flexibilidad y capacidad de adaptación a los descentramientos y 5º la plasticidad del esqueleto, su crecimiento y su metabolismo cálcico.

Todo lo estudiado le anima a iniciar algo que, de lograrse, tendría un valor extraordinario, y este algo sería llegar a conocer las leyes que rigen el desenvolvimiento y la evolución de la escoliosis. Un intento en tal sentido es la exposición de tres leyes, que cree sintetizar de su experiencia:

1. Ley de los desniveles coexistentes en fuste y base. La figura de las curvas escolióticas resultantes afectan un tipo S si los desniveles tienen una inclinación homolateral, y el tipo C si la inclinación de éstos es contralateral.
2. Ley de las figuras derivadas o evolutivas. Las escoliosis iniciadas en los extremos de la columna con figura simple (alta torácica o de base lumbar) frecuentemente y por la plasticidad del esqueleto en crecimiento, dan lugar a la figura compleja S, resultando entonces la progresión de la deformidad descendente en el caso primero y ascendente en el segundo caso. En ambas condiciones la curva secundaria se distingue por ser de menor valor angular que la primaria, tener menos componente rotatorio y de torsión, y ser más reversible.
3. Ley de la progresión de las curvas. Toda escoliosis es o se hace progresiva en las tres ocasiones siguientes:
 - a) cuando la etiología que produce el desnivel inicial hace que éste sea progresivo por su propia esencia o naturaleza.
 - b) cuando en las épocas de crecimiento rápido en longitud de los cuerpos vertebrales, éste se realiza en desequilibrio con hiperpresión en la concavidad de las curvas y tracción en la convexidad.
 - c) cuando la resistencia pasiva de la columna –huesos, ligamentos, etc- resulta de valor inferior a las potencias deformantes.

Estos factores, cuando coinciden, suman sus efectos. La progresión de las curvas se detiene cuando cesa la causa inicial, termina el crecimiento, o se establece un equilibrio entre las potencias deformantes y la resistencia pasiva, o ésta llega a superar a aquéllas. Al hilo de este riguroso estudio biomecánico define las indicaciones de las artrodesis:

- aumentar la resistencia pasiva a la deformación, eliminando la flexibilidad en el lugar crítico.
- aumentar con los injertos la resistencia propia de las vértebras.
- acortar el tiempo que se tarda en lograr el equilibrio entre resistencia pasiva y fuerzas deformantes.

Estribo para escayolados ambulatorios. (1954)

Hace un repaso de los modelos de estribos al uso y describe los inconvenientes del clásico de Böhler con el que tantos años trabajamos los traumatólogos formados en esta escuela clásica, que entre los españoles introdujo su discípulo predilecto Francisco Jimeno Vidal. Cita: pesa demasiado, se desgasta la superficie de contacto, produce golpes secos, hay que modelar las platinas de hierro, hay que dormir con él en cama, desgarran las sábanas, son costosos y antiestéticos y hay que recuperarlos. La contrapartida son las condiciones ideales que debería tener: muy ligero, de escaso peso, resistente al desgaste, contacto suave con el suelo, elasticidad para absorber el paso, silencioso, fácilmente adaptable, desprovisto de superficies duras y ásperas, no romper las sábanas, no aumentar el peso

del yeso, económico, no recuperable y estético. Como solución presenta un estribo de corcho de 4 cms. de altura y 6 cms de diámetro, con un bloque de caucho vulcanizado en su centro y un peso global de 35 gramos.

Hace un estudio biomecánico comparativo entre el estribo de Böhler y el suyo que sigue el eje tibial; se apoya directamente en la planta del pie y mejora la marcha sin rozar la punta del yeso contra el suelo. Esta necesidad de mejorar el estribo era sentida por la mayoría de traumatólogos y así nos explicamos que en el mismo año y en la misma revista (Acta Ort. Tr.) Vaquero González propusiera un modelo personal para solucionar los inconvenientes citados.

La rodilla paralítica. (1955)

Se discute cual es la actitud autoestable de la extremidad inferior y la describe así: cadera con hiperextensión del muslo sobre la pelvis, rodilla en recurvatum y pie en equino. Cuando existen retracciones musculares o capsulares se llega a corregir la posición mediante:

- la operación de Soutter-Campbell.
- la capsulotomía posterior de la rodilla.
- la osteotomía supracondílea recurvadora.
- la artrodesis subastragalina.
- la artrorraxis anterior para el pie talo.

En posición corregida el eje de gravedad pasa por delante de la rodilla y por detrás de la cadera, y en estas condiciones con muy pequeñas potencias musculares (y aún sin ellas) la actitud es autoestable.

Tratamiento quirúrgico de las fracturas maleolares. (1957)

En las fracturas no desplazadas o fácilmente reductibles es preceptiva la aplicación del método cerrado o conservador, pero en las fracturas desplazadas o cuando fracasa la técnica conservadora, es aconsejable optar por el tratamiento operatorio. Abordar un problema por el lado de la técnica es origen de grandes preocupaciones que se resumen en dos temores:

1. Ser considerados como tecnicistas, solo preocupados de tener o crear instrumentos o técnicas personales para cualquier cosa, como si ya no hubiera suficientes, como para atormentar la mente y el bolsillo de los especialistas.
2. Servir de ejemplo, o mejor dicho de mal ejemplo, y si alguna de nuestras creaciones han hecho fortuna por suerte o desgracia nuestra, que algunos puedan creer que lo verdaderamente importante en una cuestión pueda ser la técnica operatoria, cuando en realidad ella es sólo un medio o forma de que nos valemos para llevar a la realidad una idea terapéutica.

Con esta introducción sitúa la técnica en el segundo lugar que le corresponde, aunque bien es lo cierto que ella merece sus honores. Muchas ideas o conceptos terapéuticos geniales no han podido rendir sus frutos hasta que la técnica ha sido suficientemente perfecta como para llevarlas a la realidad con eficacia y seguridad. En el concepto de Hernández-Ros las condiciones que ha de reunir una técnica son tres:

Primero: Eficacia. Es decir, realizar y mantener con exactitud aquello que hemos planeado.

Segundo: Sencillez. No basta que las cosas se hagan; hay que hacerlas sencillamente en poco tiempo y con poco esfuerzo.

Tercero: Inocuidad. Se refiere a la gravedad que para el paciente pueda entrañar una técnica, tanto en el momento operatorio como en el curso ulterior. Nunca la gravedad de un acto quirúrgico puede sobrepasar por su riesgo al que un paciente ya sufre con su propio mal.

Propone unas vías de acceso que permitan la acción con libertad, que sean inócuas, no desvitalicen los tejidos y conserven la vascularización y que puedan cicatrizar por primera intención.

La táctica sigue los pasos siguientes: Empezar por la síntesis del peroné (cerclaje o clavo intramedular); después fijar el maléolo interno, eliminando las franjas periósticas invertidas e interpuestas en el trazo de fractura; finalmente fijar el fragmento posterior. A veces es conveniente fijar el tobillo con un clavo calcáneo-tibial introducido desde la planta para proteger la síntesis.

Con estas aportaciones Hernández-Ros se adelantó casi una década en la promoción de la osteosíntesis en el tratamiento de las fracturas del tobillo, en relación a los métodos posteriormente sistematizados por la AO.

Injertos óseos hipervascularizados y enriquecidos en osteoblastos activos. (1960)

Este trabajo experimental y clínico fue presentado en el Congreso SICOT de Nueva York. Se plantea : 1º si es posible conseguir una osteogénesis activa por parte de los trasplantes, o sea que las células de hueso trasplantado no solo sobrevivan, sino que sean capaces de colaborar en la formación de hueso nuevo, y 2º cuales sean las condiciones precisas para lograr esta osteogénesis activa por parte de los injertos, con el fin de incorporarlas a las técnicas operatorias. El concepto clásicamente admitido sobre la evolución de los trasplantes óseos, es que en el mejor de los casos sólo algunas células superficiales sobrevivirían, siendo el material de los injertos sustituido en un plazo más o menos largo. Cuando un autotrasplante óseo se comporta pasivamente en un ambiente osteogénico es porque sus células mueren por la imposibilidad de mantener su nutrición; se trata de una muerte isquémica por pérdida de vascularización.

La idea del trabajo consiste en crear una cortical hipervascular mediante la estimulación de los osteoblastos *en reposo*. Para conseguirlo desperiostiza la cara anterointerna de la tibia, conservando las conexiones vasculares entre tejido celular subcutáneo y periostio, y practica minifracturas en la cortical visible, levantando como astillas, lo que algún autor llamó "petalización" cortical. La resultante de este acto quirúrgico de despegamiento perióstico y microfracturas es: liberar osteoblastos, comunicar los canales de Havers con el espacio subperióstico, aumentar la superficie donde pueden proliferar, provocando asimismo un proceso inflamatorio reparador. El tiempo óptimo de este proceso es de unas seis semanas y en este período ocurren los fenómenos siguientes:

- producción de un hematoma que ocupa el espacio subperióstico y rodea las escamas óseas.
- organización de este hematoma y sustitución por tejido conjuntivo rico en osteoblastos activos.
- formación rápida de un tejido osteoide al que contribuyen las espículas de hueso desprendidas.
- hipervascularización de la cortical subyacente a causa de la hiperemia tanto perióstica como medular.
- desmineralización de la sustancia fundamental por reabsorción de sales cálcicas, lo cual hace que los injertos sean más permeables, elásticos y maleables.

A las ocho semanas para obtener el injerto tibial se despegan la piel y el tejido celular de la cara externa del periostio, se delimita el injerto cortando el periostio hasta el hueso y se desprende el injerto con un escoplo bajo el periostio. Esta técnica ha sido una de las más importantes aportaciones de Hernández-Ros a la cirugía ortopédica, la conocimos en nuestra juventud porque en el servicio de Piulachs Oliva era utilizada, pero desdichadamente fue cayendo en el olvido bajo la presión de otras novedades como el banco de huesos y los factores de crecimiento.

Tres años más tarde su autor presentó un caso difícil tratado con estos injertos en el Congreso SICOT de Viena. Se trataba de una niña de 12 años que sufría una displasia fibrosa de Jaffe y Lichtenstein de forma pluriósea y monomélica que afectaba el fémur, la tibia y el peroné derechos. El buen resultado de los injertos en los tres huesos confirmaba la bondad del método.

La artrodesis intersomática lumbar.(1965)

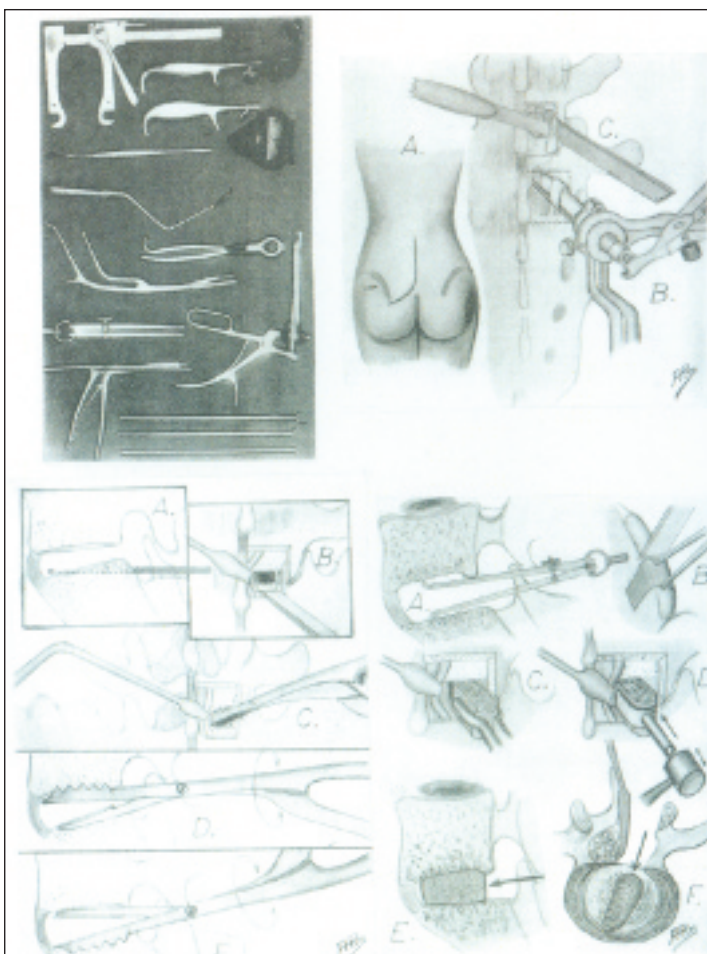
Con ocasión de los treinta años de la fundación de la SECOT se publicó un número extraordinario de nuestra revista y Hernández-Ros y Codorniu eligió este tema como aportación al acontecimiento. Llevaba doce años realizando la artrodesis intersomática según su técnica personal y con una serie de instrumentos originales para efectuarla. Había revisado el tema en 1951 con motivo del tercer Congreso Nacional de Cirugía en Granada, donde presentó la ponencia sobre las lumbociáticas, lo cual le obligó a revisar su casuística en la que había simples discectomías y artrodesis con técnicas aún no .unificadas. Encontró que de las artrodesis practicadas por cualquier técnica, sólo en una pequeña proporción de casos éstas eran radiográficamente efectivas, pero que aún en el caso de ineffectividad de la artrodesis, la proporción de pacientes con dolores residuales era menor en los artrodesados que en aquellos que se había practicado la simple exéresis. Estas observaciones le llevaron a considerar que muchas de las artrodesis realizadas, ineffectivas en cuanto a bloqueo articular, se comportaban como artrorrrisis. Así fue como inició su etapa de artrodesis intersomáticas y el 8 de abril de 1953 realizó la primera de estas intervenciones y al cabo de diez años llevaba 1.000 casos operados.

Recuerda que el problema general de las artrosis es el doble antagónico proceso que las caracteriza y que todavía constituye en su esencia un misterio: la coexistencia en una misma articulación de una destrucción de cartílago en unos lugares, y una neoformación en otros, o sea una condrolisis y una condroplasia; la condrolisis es más o menos central y la condrogénesis marginal, con hiperplasia del cartílago, que acabará deformando las superficies articulares. En la región lumbar la compresión radicular es causada por la propulsión del anillo fibroso y las raíces, una vez que han sufrido una radiculitis , quedan hipersensibles, son adherentes , están inflamadas y sufren fibrosis periradicular. Contra este tipo de complicación lo más efectivo es, con la extirpación de la hernia discal, practicar una artrodesis

intersomática que elimina la proximidad del disco patológico. Enuncia los postulados en los que se fundamenta su técnica:

- a) Empleo de hueso de textura idónea a la de los cuerpos vertebrales, o sea el esponjoso.
- b) Avivamiento de las caras de los platos vertebrales para que el injerto sea envuelto en una atmósfera vascularizada.
- c) Ajuste del injerto sobre las superficies avivadas.
- d) Evitar que el injerto pueda protruirse al canal raquídeo.
- e) Laminectomía lo bastante amplia para poder explorar la región a conciencia.
- f) Inmovilización durante el tiempo suficiente para que se forme una soldadura ósea o fibrosa.
- g) Operación poco traumática.

Describe con detalle la técnica operatoria empezando por la posición del enfermo: prona, con muslos y rodillas flexionados a 90º sobre un soporte por él diseñado a este fin. Su uso proporciona ventajas de tres tipos:



Técnica de la discectomía y de la artrodesis lumbar e instrumentos para estas operaciones diseñados por él.

- Mecánicas. Presenta la región lumbosacra aflorada, con los espacios intervertebrales entreabiertos y con iluminación y campo visual muy satisfactorios.
- Circulatorias. Reduce la presión sobre el vientre, no produce hipertensión en el sistema de la cava y los plexos venosos raquídeos no se congestionan y sangran menos.
- Respiratorias. El vientre libre y péndulo entre las ramas del soporte evita la presión sobre el diafragma y deja libre el juego respiratorio.

Este soporte es graduable en sus tres dimensiones: longitud pélvico-torácica, anchura pélvica y longitud de muslos y largo de piernas, con lo que puede adaptarse a la talla y figura de cada caso. Esta instalación se fue introduciendo en la práctica de nuestros cirujanos hasta llegar a ser clásica en la cirugía ortopédica española. Siguen después 24 párrafos sobre la rigurosa técnica operatoria, que la mayoría de cirujanos adoptaron siguiendo a este maestro. Para llevarla a cabo diseñó todo el instrumental compuesto por separadores, laminectotomo, disectores, cucharillas, que se hicieron imprescindibles en los arsenales de los quirófanos.

Durante el postoperatorio, y por un periodo de al menos seis meses, los pacientes son inmovilizados mediante un lumbostato de modelo personal del autor, basado en los conocimientos mecánicos de la región y diferenciado en sexos masculino y femenino. Para los técnicos ortopédicos también devino un clásico con su adaptación a la lordosis lumbar y su contención de la pared abdominal.

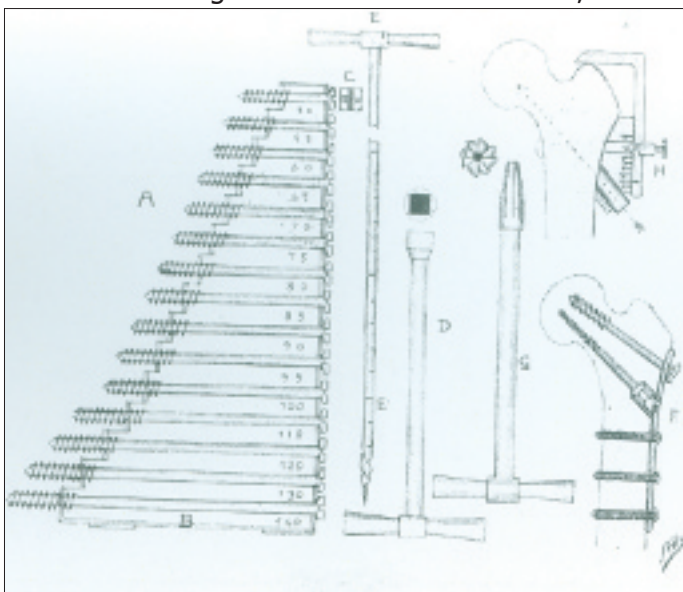
Esta descripción podrá parecer prolija pero en justicia es necesaria para reconocer el pensamiento de su autor, su capacidad creativa al servicio de la técnica, su poder normativo ofreciendo a la comunidad profesional soluciones que se han demostrado duraderas y que han sido aceptadas por ella en su mayoría. Es uno de los mejores homenajes en su memoria porque destaca con luz propia en su biografía.

Tratamiento de las fracturas subcapitales del fémur. (1966)

Cuando Hernández-Ros dio a conocer esta técnica ya contaba con una experiencia de quince años tratándolas mediante artrotomía, reducción y fijación con clavo trilaminar y después sustituyó éste por dos tornillos paralelos y después convergentes; el doble atornillado ha cubierto los últimos siete años de trabajo. Con el enclavado trilaminar observó un 40% de necrosis isquémica postraumática, atribuibles a la gravedad de la lesión inicial, a las incorrecciones y a las manipulaciones durante el

tratamiento y a la distensión prolongada de la cápsula articular por el hematoma.

El doble atornillado convergente se hace con tornillos por él diseñados que tienen rosca en el extremo cefálico para la cabeza femoral y el resto del tallo es liso y en su extremo es cuadrado para poderlo enroscar con una llave también cuadrada. El tornillo proximal trabaja a compresión cerrando e impactando el trazo de fractura y el distal consigue tres puntos de apoyo que son la cortical diafisaria, la cortical del cuello o calcar y la textura de la cabeza femoral. La verticalidad del tornillo distal evita que la cabeza femoral bascule o bien descienda o se vuelque, que eran accidentes comunes con los clavos trilaminares. El trazo de fractura



Tratamiento de las fracturas sub-capitales del fémur con doble atornillado y placa, utilizando instrumental e implantes de su creación.

queda inmovilizado en los tres planos del espacio y la compresión del enroscado de los tornillos hace innecesaria la percusión con martillo. Para las fracturas trocantéreas y subtrocantéreas ha utilizado el mismo sistema de presa sobre la cabeza femoral asociado a una placa diafisaria, especialmente diseñada para acoplarse con los tornillos. Su estadística de los últimos tres años comprende 8 fracturas subcapitales, 27 fracturas basicervicales y 39 pertrocantéreas y subtrocantéreas.

En esta exposición sobre su criterio a seguir en el tratamiento de tales fracturas afirma que "si la condición del viejo es vivir del pasado, y la del joven vivir para y por el porvenir, yo soy un joven que va a cumplir en unos meses setenta años y que ilusionadamente aún vivo por y para el porvenir, por muchas cosas y en otras por ver la verdadera utilidad de estos recursos que he incorporado al tratamiento de estas tan difíciles y discutidas fracturas".

Osteotomía pélvica en la coxartrosis. (1966).

El autor es partidario de las osteotomias intertrocantéreas de Pauwels y de Mac Murray desde que estos cirujanos demostraron su bondad en el tratamiento de la coxartrosis. Pero una enferma con coxartrosis inicial presentaba en las radiografías una falta de cobertura del techo, justo donde existía el pinzamiento del cartílago y la formación de un quiste cefálico y otro en espejo en el acetábulo. Para solucionar dicha falta de cobertura cefálica decidió efectuar la osteotomía de translación de Mac Murray y en el mismo acto le asoció una osteotomía del ilíaco supraacetabular de abertura y mantenerla con la interposición de una cuña de hueso de Kiel. El resultado fue satisfactorio y el futuro ha demostrado que la combinación de ambas osteomías ha tenido muchos defensores en la ortopedia europea.

PRESIDENCIA DE LA SECOT.

Durante su trienio presidencial Hernández-Ros tuvo que presentar la nueva modalidad de la Revista de Ortopedia y Traumatología a nuestros colegas españoles, a los portugueses y a los latino-americanos y sus palabras aparecieron en el volumen de enero de 1957. De este reproducimos lo que dijo a los colegas del otro lado del Atlántico, "aquellos que hablan nuestra lengua, llevan nuestra sangre y su historia está vinculada a la nuestra".

"En este mes de enero en que aparece nuestra Revista en su nueva forma, como órgano oficial de los especialistas ibéricos y americanos y en que por las circunstancias ha correspondido a la edición ibérica el honor de ser la primera en ver la luz pública, se cumple justamente un año del III Congreso de la Sociedad Latino-Americana de Ortopedia y Traumatología que se celebró con inusitada brillantez en la ciudad de Méjico. En él ya fue una realidad la fusión de las Revistas de la Especialidad que se editaban en Cuba, México, Uruguay y Argentina, en la gran Revista de Ortopedia y Traumatología Latino-Americana, dirigida por el Dr. José Valls y publicada en Buenos Aires. Durante este Congreso se iniciaron las conversaciones...para dar vida a lo que venía siendo un antiguo anhelo y no había sido posible llevar a la práctica: la unificación de las Revistas de la especialidad, con el fin de publicar una sola, que redactada en las lenguas española y portuguesa, reuniera todos los esfuerzos y llegara a todas las manos de los que nos consideramos ramas de un tronco común. Un solo año ha bastado para que este primer número aparezca ya en su forma y carácter, unificador de esfuerzos, voluntades y ansias de progresos científicos y sociales...Era, pues, bien natural que el puente se tendiera y que, una vez más, los lazos que nos unen mostraran su permanente pujanza y firmeza. Así aparecemos hoy ante vosotros como primer heraldo de una nueva Era".

"Pero no es esto sólo. Nuestra Revista, al reunir el movimiento científico de los países de habla española y portuguesa, en los dos Continentes, representa el de una masa humana de 250.000.000 de hombres. Nuestra revista, con este respaldo, aparecerá en el mundo científico con la categoría que le corresponde por el enorme bloque humano que representa".

En el mismo año el primer volumen publicado de la Revista en Buenos Aires se hace eco de esta efemérides y su Editor, el profesor José Valls, lo comenta en la presentación que titula "Nueva Etapa": "El hecho, que compensa por cierto ampliamente nuestros sacrificios, no puede ser más auspicioso, y en su homenaje redoblabamos nuestro esfuerzo y dedicación, si cabe, lo que desde ya nos proponemos como ineludible deber.... Entre lo conocido por nosotros, en éste como en el otro lado del Atlántico, solo encontramos un caso igual, el de The Journal of Bone and Joint Surgery; ponerse de acuerdo con singular entusiasmo y patriótico empeño, los principales cultores de una de las especializaciones más modernas y progresistas del arte de curar, como lo es la ortopedia y la traumatología, para transformar en uno solo los dos órganos de publicidad científicos que les sirven con indiscutible autoridad, significa, sin ninguna duda, un acontecimiento excepcional en el mundo de las letras ibero-americanas, digno de destacarse".

En junio de 1956 se celebró en Lisboa el Ier Congreso Luso-Español de cirugía ortopédica y traumatología. El Presidente de la SECOT, el Dr. Antonio Hernández-Ros y Codorniu, pronunció el Discurso Inaugural en el que comentó la fraternidad histórica hispano-portuguesa con unas palabras muy en sintonía con el clima que en aquella época propagaban las dictaduras de Franco y de Salazar en mutuo apoyo propagandístico: "No es la primera vez que portugueses y españoles vamos de la mano por los caminos del mundo aunando nuestras fuerzas para el logro de grandes empresas. Tampoco es la primera vez que el éxito de ellas no sólo ha llenado de páginas de gloria nuestras respectivas historias, sino que perdura en la vida y en la sangre de los países que se consideran hijos nuestros y que son el fruto de aquellas gestas".

Recordó la fundación de la Universidad de Lisboa en 1288 y la historia de los cirujanos portugueses desde entonces hasta inicios del siglo XIX, refiriéndose a Juan Antonio Serrano, que publicó una Osteología que hoy en día tiene completa actualidad, que está agotada y que tendría gran interés la reedición de esta obra maestra de la ciencia portuguesa. Rindió a todos ellos el homenaje de nuestro reconocimiento y nuestra admiración por sus servicios a la patria y a la ciencia, y aseguró que su ejemplo debe servir para que, tan generosamente como ellos lo hicieron, prestemos nuestros hombros a quienes vienen detrás de nosotros, para que sobre ellos se asienten en sus futuros trabajos, con la esperanza y seguridad de que llegarán más lejos que nosotros. Dijo que no nos entristecerá verlos triunfar donde nosotros fracasamos, porque en la vida y en la ciencia, si nos fue dado recoger maduros frutos que otros sembraron, es lo justo que una parte de lo que ahora sembramos sean nuestros sucesores quienes se beneficien de nuestro esfuerzo.

Comentó la evolución de la ciencia médica hacia la especialización a pesar de que la Patología no es más que una, pero la práctica de la medicina en forma de especialidad es cada vez más necesaria para la mayor eficacia profesional, sin olvidar que solamente se llega a buen especialista si primero se ha sido un médico bien formado. "Nada sería más grato –dijo– para los que hemos traspuesto con creces el medio siglo y hemos visto y vivido el portentoso desarrollo de las ciencias en los últimos cincuenta años, que detenernos en el camino de nuestra actividad para contemplar con sosiego el panorama de todo lo que hemos recorrido, y el cambio sucesivo de los puntos de vista imperantes desde que éramos estudiantes o recién graduados hasta el momento actual. Pero cada tiempo y cada generación tienen su propio sino y destino históricos. Por regla general estos destinos están compensados". Y proseguía, "quienes hemos tenido como sino la fortuna de vivir el nacimiento y la creación de las más grandes maravillas que vieron los siglos, hemos de pagar por este maravilloso destino, y nuestra contribución es la de que no podamos disfrutar del descanso, aunque lo mereciéramos....pero hoy los especialistas aquí reunidos en una asamblea conjunta hemos de hacer examen de conciencia, y examen clínico también, de nuestros deberes, de nuestra situación y de nuestras responsabilidades ante la ingente obra que tenemos que hacer". "Enfatizó los tres frentes

de batalla que nos reclaman y a los que somos llamados con urgencia”: no podemos limitarnos al cómodo ejercicio de nuestra profesión porque nos exigen una gran labor de investigación y todavía más urgente una gran empresa de enseñanza; porque es el camino de la enseñanza lo que hace que la calidad se extienda y difunda por nuestros países, llegando a todos sus rincones, pero aún no disponen de Cátedras universitarias de la especialidad, si bien ésta ha sido reconocida oficialmente. Harán falta centros de postgraduados, en los que los futuros especialistas vivan los problemas al lado de sus maestros, con la intimidad que da el internado y los pequeños grupos, y la creación de suficientes centros y servicios bien dotados donde puedan practicarse”.

Al final de su discurso recordó que el Dr. Darío Fernández Yruegas, Presidente de la SECOT en el período 1949-1951, había fallecido hacía ocho días y leyó la carta que envió excusando su ausencia por motivos de enfermedad. Como homenaje a su memoria recordó a los jóvenes que, por mucho que hayan aprendido de sus maestros y grande sea el respeto que les tengan, no mermará ni su agradecimiento ni su respeto el aceptar las nuevas ideas que habrán de abrirse camino a través de su vida. Los médicos sabemos que no podemos seguir dogmas, y es deber nuestro tener siempre el espíritu abierto a todas las ideas y a todos los hechos nuevos, para aceptarlos cuando la experiencia nos demuestre que encierran una verdad. Pero este espíritu abierto no debe significar falta de espíritu crítico, que nos permita diferenciar lo nuevo substancial de lo *novedoso*, que sólo significa espíritu de notoriedad. Debemos saber abandonar nuestras más queridas técnicas e ideas cuando éstas sean superadas.

Estos discursos presidenciales nos han legado parte del pensamiento de Hernández-Ros y Codorniu y completan el esbozo de su personalidad que hemos intentado captar a partir de sus escritos científicos, que posiblemente resulten fríos por su necesaria objetividad, pero es la calidad de su tarea como cirujano e investigador lo que le confiere autoridad para expresarse en otros ambientes del raciocinio para exponer sus ideas, sus opiniones, sus juicios y sus propuestas sobre nuestro entorno y sobre la medicina y la cirugía en general. Valgan como ejemplo de su capacidad crítica los comentarios que hizo a la ponencia sobre el uso de placas en la osteosíntesis, publicados en la Revista en 1965, con gran acierto y perspicacia por parte del comité editorial: “Mi felicitación a los ponentes. En mi criterio han tenido dos virtudes:

- ser concisos, pues para decir lo fundamental no hace falta ni mucho tiempo ni mucho papel, sino exponer con orden las cosas a decir.
- ser personales aportando experiencia y soluciones en lo que hay un aporte original fruto de esa experiencia.

Lo fundamental en éste y en todos los problemas son los principios. Ya el detalle depende de múltiples circunstancias, y a cada uno le va mejor aquello que tiene hartado de manejar. En cuanto a los tratamientos cruentos e incruentos, queremos aclarar que etimológicamente se derivan de “Cruor” (sangre), pero también (crueldad), y cuantas veces es más cruento o cruel intentar reducir a cielo cerrado comprimiendo y malaxando las estructuras blandas con vasos y nervios, que abrir aséptica y ordenadamente un foco o fractura reconstruyendo un orden anatómico que es la base del orden funcional.

También en este orden de ideas, el abrir un foco de fractura y comprobar lo difícil que es generalmente reducir y coaptar bien los fragmentos aislados y asidos por tenazas, basta para hacer comprender cuánto han de aumentar las dificultades si se ha de hacer indirectamente y a ciegas, o con una comprobación radiográfica, a veces difícil. Especialmente las fracturas totales inestables, principalmente fragmentarias, son irreductibles o incontenibles si no es recurriendo a la osteosíntesis.

Sin embargo, nunca insistiremos bastante en que las osteosíntesis son operaciones difíciles y complicadas, que exigen medios y hábito de realizarlas. Sin estas condiciones, es preferible contentarse con resultados menos buenos, que exponerse y exponer al paciente a graves complicaciones, que son más inherentes que a la osteosíntesis al osteosintetizador.

En lo que disentimos un tanto de los ponentes es en la conducta con el periostio; nosotros no tenemos inconveniente en despegar el periostio de la cortical lo preciso para liberar y manejar bien los fragmentos, pero respetando con todo cuidado las conexiones vásculo-nerviosas periféricas del periostio, es lo que llamamos diferenciándolos: periostio órgano y periostio tejido. (Aquí sigue la doctrina osteogénica del periostio expuesta por Ollier).

Las conexiones vasculares se restablecen rápidamente -en días- entre el periostio y el hueso, y hasta este despegamiento facilita la formación del callo, pero no ocurre lo mismo cuando las conexiones han de restablecerse entre los tegumentos y el periostio. Quizá esto explique ciertos retardos en la consolidación de huesos osteosintetizados”.

EL NOMBRE DE NUESTRA ESPECIALIDAD.

La Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia organizó en octubre de 1973 una sesión en homenaje al Dr. Queipo de Llano e invitó al Dr. Antonio Hernández-Ros y Codorniu para que expusiera sus ideas y propuestas en una conferencia titulada “A propósito del nombre y de los nombres de nuestra especialidad. Un problema no resuelto”. Por la originalidad del tema y por la manifestación del pensamiento del autor, cavilando siempre en temas punteros de nuestra vida societaria, fue publicada en la Revista en abril de 1974. Jubilado ya y con setenta y siete años de edad, afirmaba tener tiempo para estos menesteres intelectuales y al tema que nos ocupa, que él coloca sobre la mesa de discusión, lo llama problema no resuelto, que nos atañe a todos, para que no se diga que alguien no lo intentó con argumentos positivos. Consideramos de sumo interés que esta aportación no caiga en el olvido y que posteriores generaciones tengan la oportunidad de conocerlo gracias a este extracto; esta inquietud forma parte de su biografía.

“La importancia de un nombre correcto es indiscutible. No se me ocultan las dificultades de cambiar el nombre teniendo que luchar contra la costumbre establecida, y más si esta es mala y absurda. Parece como que entonces sus raíces son aún mayores y más profundas...Al menos que no se diga que nadie ha vuelto a ocuparse del asunto, sobre todo antes de que sea demasiado tarde, y ya lo va siendo en extremo.

Yo suelo decir con un pareado: “El que está bien bautizado tiene la mitad de su camino andado”, pero en nuestra especialidad no ha ocurrido así. En la segregación de las especialidades hay una regla que ha sido válida desde el principio y es que el *substratum* de cada especialidad, siempre que lo haya, debe ser el anatómico. Así ha sucedido con la oftalmología, la cardiología, etc. Otras se han fundado sobre una función, tal como la obstetricia, o sobre su modo de actuar, como la medicina y la cirugía, derivadas de “mederi”, curar o medicar, y “kheir”, mano. Algunas no pueden tener base anatómica, como la psiquiatría, derivada de “psiquis” (alma), pero otras se derivan de un síntoma, como el dolor mio-osteo-articular o radicular, como la reumatología. “Rehuma” quiere decir cambiante, porque en un principio se estimaba que los dolores reumáticos no eran fijos, sino que cambiaban de lugar. Como denominación pintoresca, ya desaparecida, mezcla de un criterio etiológico infeccioso y síntoma dérmico, fue la de Piel y Sífilis, porque la sífilis secundaria afectaba a ésta.

¿Y qué pasa con nuestro nombre? El que más se aproxima a este *substratum* anatómico es el de Huesos y Articulaciones, que por otra parte es el nombre de una de las revistas más conocida, Journal of Bone and Joint Surgery. Pero este nombre es incompleto porque deja fuera los músculos, aponeurosis, tendones y hasta vasos y nervios que nutren y animan el sistema. El otro nombre más difundido es el de Ortopedia, palabra ideada por Andry (1741), derivada de las raíces griegas *orthos*-derecho y *paedos*-niño; la segunda palabra que lo compone es Traumatología, que deriva de las lesiones causadas por cualquier agente vulnerante de modo impreciso en cualquier región corporal. Para el hombre de la calle el ortopédico es un confeccionador de aparatos como corsés, bragueros y

piernas artificiales. La imprecisión es anticientífica y se presta a confusiones a veces peligrosas porque la traumatología incluye lesiones torácicas, abdominales, craneales, oculares, etc. Así pues, no vale ni ortopedia, porque no quiere decir lo que queremos que diga, ni traumatología tampoco, a menos que se precise a qué órganos corresponde.

Otro nombre propuesto y empleado es el de Aparato Locomotor y como locomoción quiere decir traslado de uno a otro lugar, esta denominación deja fuera de la especialidad las extremidades superiores; sólo en los primeros meses de la infancia los niños practican la cuadrípedia. Por último nos queda Órganos del Movimiento, pero en el organismo todo se mueve, no sólo el sistema músculo-esquelético, sino también las vísceras torácicas y abdominales.

Aceptando el principio de que una especialidad debe ser denominada, siempre que sea posible, por el *substratum* anatómico, he partido de la palabra "esqueleto" como base, que en el Diccionario quiere decir el conjunto de huesos pertenecientes a un ser, que además lo arman y lo sostienen. Y para utilizar nuestro nombre de forma completa conviene la expresión "sistema músculo-esquelético", que es una unidad funcional. Etimológicamente la cosa no es tan clara, pues *Esquelos* en griego puede significar "momia" o "momificado", pero también armadura, sostén o soporte, y es en este sentido en el que debe utilizarse. No se me oculta que para mucha gente el esqueleto evoca la figura de la Parca con su guadaña segando cabezas, relación un tanto macabra proveniente de la edad media como expresión de la muerte.

En cuanto a preceder el esqueleto por los músculos pueden emplearse "músculo" en total o su contracción "mio"; me agrada más "mio", corto y sobre todo eufónico. Con arreglo a esta denominación sugerida por mí, tendríamos:

- 1º Mio-Esquelotología.- La especialidad en sí. Aquí el "mio-esqueleto" constituye el *substratum* anatómico y el *logos*, tratado, abarca todo el contexto.
- 2º Mio-esqueletólogo.- El que cultiva o practica la especialidad.
- 3º Sociedad de Mio-Esqueletología.- La comunidad de profesionales que la entienden, practican y difunden.
- 4º Revista de Medicina, Cirugía y Traumatología del Sistema Mio-Esquelético.- La Revista propia de la especialidad. Aquí se emplea la palabra "sistema" como expresión del conjunto funcional "músculos-huesos".

Y ya embalados en cambios, también habría que cambiar el emblema y en vez del clásico de Andry propondría el maravilloso grabado de Vesalius, en el que aparece la figura de un hombre de frente con el esqueleto que se ve a través de los músculos que lo visten. He colocado el tema como elemento de discusión y repito que lo llamo "problema no resuelto" para que no se diga que alguien no lo intentó".

MEMORIAS.

En 1977 Hernández-Ros tenía 81 años y participó en la publicación de una monografía sobre Historia Médica Murciana junto a otros médicos; su aportación llevó por título "Memorias de un médico de entonces y de ahora". De ella extraemos recuerdos, confidencias y pensamientos comunicados un año antes de su fallecimiento y son como un testamento al término de su fructífera existencia, que no es mérito suyo "sino de Dios que me mantiene vivo, y en condiciones de todavía empuñar el "Esferógrafo", que es como yo llamo –con dos raíces griegas- a este chisme que me sirve para escribir. No "bolígrafo" que es palabra híbrida –latino·griega- que viene de brilla, un tanto vulgar (en latín bola) y el selecto graphos griego. Pero dejo esta digresión, que no hace al caso, para entrar en materia". Es una buena introducción con un punto de humor apoyado en sus aficiones filológicas y etimológicas con las que tanto llegó a deleitarnos a lo largo de su vida. Recuerda sus

años de estudiante en Madrid cuando era la época del pneumotórax, la tuberculina y los sanatorios de montaña, a base de reposo y buenos alimentos; los tuberculosos allí engordaban, la evolución de sus cavernas ya era otra cosa. Los RX eran fiscales benévolos, el pronóstico mejoraba mucho, aunque el final fuera el mismo.

“Quiero romper una lanza en defensa de los linajes o antiguos gremios profesionales. Durante siglos hubieron familias de médicos, sastres, zapateros, etc. La profesión se heredaba de padres a hijos, y como esto no es ningún mérito personal, sino que me vino dado por el destino, puedo destacarlo sin vanagloria. Creo que ciertas aptitudes se heredan con el código genético, y son valores que, lejos de infraestimarlos, se deben promocionar no como un privilegio sino como una mayor probabilidad de conseguir mejores profesionales. También, sin duda, el haberse criado en un determinado ambiente profesional, influye en la mentalización desde niño hacia una mejor y más eficaz vocación. En este sentido puedo decir que vengo de un linaje –o gremio- de médicos por mis dos apellidos, y con figuras ilustres. Yo me veía obligado a no regatear esfuerzos por no desmerecer de los que me precedieron, a rendir cuanto estuviera de mi parte en el ejercicio de mi profesión;.... yo sólo puedo decir que hice cuanto pude”-.

“En 1926 decidí iniciarme en la especialidad de huesos y articulaciones y tuve que aprender inglés, inscribirme a revistas, comprar libros, viajar y visitar centros. En aquella época el material humano comprendía una patología muy limitada: fracturas y luxaciones, osteomielitis, tuberculosis osteo-articulares (tumores blancos se llamaban), algún tumor. Las secuelas poliomiélicas se trataban con aparatos ortopédicos que más servían para aumentar las atrofas que para prevenir y mucho menos corregir las deformaciones. Cuando comuniqué a mi padre la decisión , el pobre se consternó y ante este panorama exclamó: “¡Pero es que tu quieres morirte de hambre!”.

“La experiencia es un camino largo, más lleno de amarguras que de felicidad, es la que he llamado La Lección de los Fracasos. Ante ellos la virtud estriba en saberlos valorar, no rehuir la responsabilidad sino enfrentarse con un hecho, y valientemente afrontarlo, para ahondar en él, hasta desentrañar su *porqué*, es decir, la lección que encierra, y no olvidarla en la próxima ocasión; no hay mejor maestro si se le sabe oír, y se tiene en cuenta. La aureola o prestigio que tengo en las fracturas del codo, lo debo a haber producido en ese tiempo un Volkman en un niño con una fractura supracondílea y quedó con su mano inservible, pero me enfrenté con el problema y aprendí mucho. Operé muchos codos y demostré que se podía hacer una osteosíntesis mínima y fácil, al alcance de cualquier cirujano, y no volví a ver un Volkman en mis operados”.

“ En el Hospital de San Juan de Dios de Murcia de grandes salas del siglo XVIII la clientela estaba formada por huertanos, gentes muy humildes, mendigos, etc. Nadie que se estimara ingresaría en el Hospital, tal cosa habría significado una vergüenza, salvo una urgencia y de modo involuntario. Personajes importantes eran los practicantes, algunos procedentes del gremio de barberos y sangradores, extremadamente hábiles; no pocos estaban dotados de cualidades psicológicas para infundir confianza a pacientes y familiares. Hacia poco que se había vulgarizado la administración hipodérmica de medicamentos y ellos habían sabido aprovechar la ocasión. El tipo de cirugía que se practicaba no era muy extensa: hernias muy abundantes, apendicitis, gastroenterostomías, nefrectomías, histerectomías, amputaciones, resecciones articulares en los tumores blancos y ántrax y forúnculos. Falta por hablar de cómo y en qué medios se practicaba esta cirugía en la clientela privada. Aquí sí que se ponen los pelos de punta. Como no había sanatorios y sería una vergüenza acogerse al hospital, lo normal era operar lo que fuera en las propias casas, aún en la huerta; no hace falta mucha imaginación para comprender lo que era aquello en cuanto a ambiente, falta de medios y de recursos ante cualquier evento, de asepsia y tantos etcéteras que llenarían toda la página....Yo eran un privilegiado porque disponía de una pequeña mesa de operaciones portátil y

muy ligera. El problema se presentaba más difícil si se trataba de un paciente forastero porque había que operar en el hotel, la fonda o... la posada; era una medicina heroica en el más justo sentido de la palabra y nervios de acero teníamos que tener entonces para trabajar en estas condiciones. La vocación para el ejercicio de la profesión era la regla, no el porvenir económico más o menos brillante y también más o menos aleatorio... No habían reivindicaciones, de ninguna clase, ni horas limitadas o extraordinarias, todas eran buenas para tratar a quien lo precisare. Estábamos más cerca del sacerdocio que de la burocracia...Afortunadamente en aquella época apenas había impresos que rellenar”.

“Cuando desde la altura en la vida en que me encuentro contemplo el camino recorrido, no puedo menos de asombrarme, por un lado, y sonreír, por otro. Ahora y desde los medios y conocimientos actuales me asombra el valor que había que echarle para ejercer la cirugía en aquella época, pero nosotros no lo sabíamos ni valorábamos porque aún no había llegado ésta. Con los años y el progreso todo ha cambiado: hay en Murcia un nuevo Hospital Provincial, una gran Residencia de la Seguridad Social, varios Sanatorios de gran clase, pero todo esto es posterior a mí; la iniciación e historia de estas instituciones no me incumbe y otros tendrán que hacerla, y son los que han vivido y viven actualmente. Yo sólo les diré una cosa: que la escriban.”

“Ahora llego al final de esta narración, y mis palabras finales no pueden ser dedicadas más que a los compañeros que iniciaron conmigo la época que he relatado..., todos muertos; ya gozan de la paz eterna y yo no puedo juzgarlos más que con el afecto que me unió a todos ellos... Vuestro ya viejo amigo y compañero os saluda y rinde homenaje como si aún vivierais y pudiera hablaros. No pueden acabar de otro modo las memorias de un superviviente que, dedicando sus últimas líneas al recuerdo de los que fueron y vivieron con él toda una época de su vida, y aunque se diga con Jorge Manrique, que “todo tiempo pasado fue mejor”, yo no puedo decir eso, porque también en el que siguió, tuve parte activa y éxitos que me alegraron y fracasos que entristecieron. Simplemente diré que seguí viviendo, porque vivir es todo eso: luchar por un ideal con sus dos caras, como Jano; una mirando al pasado, y otra, al porvenir, y aún a mis 81 años sigo mirando a éstas, y en honor a esas dos caras he escrito lo que he escrito”.

Don Antonio Hernández-Ros y Codorniu, eminente cirujano, gran intelectual de la medicina y espíritu selecto de su tiempo, nos dejó al cabo de cinco años de la publicación de estas memorias que nos parecen oportunamente legadas a modo de despedida.

JOSEP TRUETA RASPALL (1897-1977)

SUS PRIMEROS AÑOS

La familia Trueta procedía de las altas comarcas pirenaicas del Pallars y del Urgell y el nombre es de origen germánico y llegó con la penetración de los francos en los inicios de la reconquista (Truct, 888; Truit, 979; Truete, 1028) y acabó en su forma actual, que en lengua occitana quiere decir "trucha". El cirujano Antonio Trueta Puigredon, bisabuelo de su abuelo, natural de Artesa de Segre, nació en 1763, se licenció en Medicina en la Universidad de Huesca en 1790 y tres años más tarde se instaló en Barcelona, donde pasó el examen final del protomedicato y tuvo que demostrar que su padre, también cirujano en Artesa de Segre y su abuelo, sastre de Cubells (obispado de Urgell), así como los de línea materna "son y respectivamente han sido buenos católicos, cristianos viejos, limpios de toda mala y reprobada secta, y no penitenciarios por el Ilustre Tribunal de la Fe". La Inquisición había sido restaurada por Fernando VII, purgó a todos los miembros de las sociedades científicas de Barcelona y causó un retraso en el mundo intelectual y científico de lenta recuperación. Este antepasado cirujano había sido nombrado cirujano del ejército del general Lancaster en la guerra del Rosellón en 1795. Citamos estos antecedentes porque él gustó de referirlos en sus memorias.

Su abuelo, farmacéutico, se estableció en Lérida, donde abrió una farmacia y entrando en política luchó por el republicanismo. Casó con una dama valenciana de origen italiano, Julia Secchi Faraudo, y de este matrimonio nació Rafael Trueta Secchi, padre de Josep Trueta Raspall; se casó con Mercedes Raspall. Su padre estudió medicina en Barcelona y ejerció de médico de cabecera en el poblado —incorporado a Barcelona— de Sant Martí de Provençals en la zona llamada Poble Nou. Josep Trueta nació en la calle de Wad-Ras n.º 236. Esta calle dejó este nombre de batalla de Marruecos en 1860 y se llama actualmente calle del Dr. Josep Trueta. Los bajos o tienda de la casa alojan actualmente un establecimiento de remendón de zapatos cuyo anuncio reza "Rápido Trueta", que es un raro homenaje tardío y accidental del pequeño artesano al gran cirujano e investigador. Su padre, para mejorar su clientela, se trasladó al barrio barcelonés del Poble Sec, a los pies de la montaña de Montjuich y cerca de la avenida del Paralelo en la calle de Blay n.º 41.

Josep Trueta nació en 1897, un año antes de la guerra de Cuba, en un ambiente de oposición al embarcamiento de tropas hacia el Caribe. La sociedad catalana estaba muy sensibilizada contra estas guerras porque habían fallecido muchos soldados y otros regresaban heridos o con fiebres. El puerto de Barcelona era el escenario habitual para los que partían y los que regresaban en condiciones penosas; habían llegado a embarcar un total de 200.000 hombres, el mayor transporte militar marítimo hasta la época, y murieron por enfermedades tropicales 80.000. ¿Quién iba a Cuba o a Filipinas? Mi abuelo Josep Sabaté era huérfano de un contraamaestre que falleció en accidente a bordo en la segunda década del siglo XIX y fue criado en un orfanato radicado en un barco varado en el puerto de Barcelona. A los 14 años se puso a trabajar de soldador en el desguace de barcos y con sus ahorros pagó las 1.500 pesetas de la "redención del servicio militar activo" con lo que se libró de ser embarcado hacia la última epopeya imperial. Queda claro que solamente los pobres de solemnidad e indigentes fueron llevados al Caribe. El desastre 1898, un año después de nacer Josep Trueta Raspall, marcó profundamente a la sociedad española, pero no a la de Cataluña en el mismo sentido. Lo que para unos fue punto de reflexión después del desastre, para los otros fue el inicio de la industrialización, el crecimiento del poderío de las clases burguesas y el nacimiento de la eclosión artística del modernismo. Y con ello también la aparición de fuertes tensiones entre clases sociales, propia de la sociedad industrializada con unas condiciones de vida duras para la clase obrera, que dieron lugar a la formación de sus agrupaciones en sindicatos.

En el Poble Sec discurrió la juventud de Trueta y acudió al Colegio de los Escolapios de la Ronda de Sant Pau; estos colegios eran popularmente conocidos como "Can Culapi". Fue instruido en la religión católica y allí hizo su Primera Comuni3n el 7 de mayo de 1909, junto a su amigo Josep Suñol Garriga, al que más tarde nos referiremos. Recuerda Trueta que su abuelo lo llevaba de excursi3n al campo y que de él heredó la afici3n a la naturaleza y posiblemente el gusto por las ciencias naturales; practicó con su abuelo la sana costumbre de nuestro entorno de ir al bosque a recoger setas, a "collir bolets" como dice. Entre 1912 y 1916 estudió en el Instituto de la Plaza de la Universidad y en las enseñanzas de los últimos años descubrió los líderes de la revoluci3n científica, entre los que destacan Louis Pasteur, Claude Bernard y Charles Darwin. El evolucionismo dividió al pensamiento religioso y científico catalán entre creacionistas, según la interpretaci3n estricta bíblica, y evolucionistas, según Lamarch y Darwin. Uno de los acérrimos creacionistas fue Don Vicente Bosch, de Badalona, propietario de las destilerías donde se sigue elaborando el Anís del Mono. Encargó al pintor modernista Casas una etiqueta para las botellas con la efigie de un mono, pero imponiéndole la condici3n de que si según Darwin el hombre procedía del mono la cabeza del mono fuera la de Darwin. Y así sigue. La medicina científica arraigó en Barcelona con la creaci3n de dos escuelas de gran relieve para nosotros: la del Instituto Municipal fundada por el D. Ramón Turró, en la que se inició Durán Reynals, y el Instituto de Fisiología de Cataluña dirigido por los Profesores Augusto Pi Suñer —catedrático de fisiología— y Jesús María Bellido —catedrático de farmacología y discípulo de Turró. Este Instituto fue disuelto con la entrada de los "nacionales" en Barcelona y sus fundadores murieron en el exilio.

La vida intelectual del joven Trueta empezó a vibrar cuando en 1913 el gobierno de Canalejas permitió que las cuatro Diputaciones Provinciales de Cataluña se agruparan administrativamente para dar origen a la Mancomunidad de Cataluña bajo la direcci3n y el impulso de Enric Prat de la Riba. El representante de Lérida, el Sr. Romà Sol Mestre, era íntimo amigo de su padre y se alojaba en su casa cuando venía a Barcelona. Las conversaciones le fueron descubriendo el renacimiento político de Cataluña gracias a la Mancomunitat, que representó una primera recuperaci3n autonómica y cuyo presidente (el nº 109) rescató la numeraci3n de los antiguos presidentes de la Generalitat disuelta con el Decreto de Nueva Planta en 1714. Y entre las modernas realizaciones de aquel periodo recuerda Trueta las más "europeizantes", como la Escuela de Enfermeras, la Escuela de Bibliotecarias, el Institut d'Estudis Catalans, las Bibliotecas públicas, la Biblioteca de Cataluña, la Escuela de Funcionarios, la Escuela del Trabajo, las carreteras asfaltadas, los teléfonos en los pueblos. Así se concienció del renacimiento cultural y político catalán.

Trueta acabó el bachillerato en el año 1915 y tenía una gran afici3n pictórica que nos explica su asistencia a las escuelas de pintura de Martínez Altés y después de Joan Baixas. Quería seguir este camino y lo comentó con su padre, quien le convenció de que sería mejor estudiar medicina, argumentando de paso que si Leonardo llegó a ser tan gran pintor se debió a haber estudiado anatomía humana. Así fue como se encarriló hacia la Facultad de Medicina. En el primer año de estudios destacó en el departamento de anatomía como un buen disector y obtuvo una de las cinco matrículas de honor entre unos dos centenares de alumnos. Asegura él que su predestinaci3n quirúrgica ya estaba hecha. Los estudios de medicina coincidieron con la primera guerra mundial que él vivió a distancia con el enfrentamiento y la divisi3n de pareceres entre germanófilos y aliadófilos.

Entre sus profesores recuerda de modo destacado a Pi Suñer, su gran maestro fisiólogo, y Francisco Ferrer Soler-Vicens, eminente clínico que enseñó a muchas generaciones. Con éste pudo entrar de "internoide" —equivalía a interino— y después como interno fijo durante los tres años de patología médica. Esto le permitió tener amplios conocimientos de medicina interna y el recuerdo de este maestro pervivió a lo largo de su vida de cirujano. Nos recuerda que era un místico de profundas

creencias que se hizo enterrar en la fosa común para no diferenciarse del resto de los hombres. En 1918 se desencadenó una epidemia de gripe de gran mortalidad en Barcelona y Trueta la padeció. Para recuperarse su padre le trasladó a un pueblo de altura, Castellterçol, donde conoció a una joven, Amelia Llacuna, de la que se enamoró; sería su esposa.



Josep Trueta en la orla de su promoción.

VIDA PROFESIONAL

Cuando acabó la carrera obtuvo una plaza de cirujano en el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau en el servicio de Manuel Corachán, recién nombrado jefe del mismo. De él aprendió a manejar el bisturí, a tratar los enfermos quirúrgicos, a suturar una herida y a curar las abiertas. Corachán le proporcionó una plaza de cirujano en la mutua de accidentes de trabajo Caja de Previsión y Socorros de origen italiano. Su sueldo de 250 pesetas, el primero de su vida profesional, le permitió un primer desahogo económico. En 1921 partió hacia Madrid para cursar las asignaturas de Doctorado, preceptivas para preparar la tesis; eran análisis químico, historia de la medicina, urología y parasitología. Con los ahorros aguantó durante cuatro meses en primavera los gastos de la estancia y alcanzó a aprobar las asignaturas.

El 13 de septiembre de 1923, el capitán general de Barcelona, Miguel Primo de Rivera, proclamó la Dictadura con el asentimiento de Alfonso XIII y con ello inició el declive de la monarquía, habitual cuando ésta se apoya en la fuerza armada y no en el fervor popular. Josep Trueta y Amelia Llacuna se casaron el 29 de diciembre del mismo año, ya en plena fase de represión de Primo de Rivera contra las instituciones catalanas y contra el idioma, desmembrando la Mancomunidad, que tantos frutos había dado en sus escasos años de existencia. A la vuelta de su viaje de bodas se reintegró al servicio de Corachán, que ya tenía dos salas de urgencias y de traumáticos a cargo de los doctores Bosch Avilés y Trenchs, auténticos pioneros de nuestra especialidad. A Trueta se le confió la sala de "distinguidos", donde por una módica cantidad podían ocupar una cama con el cabezal contra la pared y con tan sólo dos hileras de camas, puesto que las salas generales tenían cuatro hileras y el espacio entre camas era más reducido; disponía también la sala de "distinguidos" de una habitación individual. Aquí fue ingresado el arquitecto Gaudí después de ser atropellado por un tranvía y falleció al cabo de tres días debido al traumatismo craneal y a las fracturas producidas; era el 10 de junio de 1926.

En los años 1928 y 1929 Trueta trató muchas infecciones óseas y osteomielitis crónicas. Aplicaba el método que Winnett Orr de Nebraska había publicado en 1924 y que consistía en abrir ampliamente la piel, reseca los tejidos necrosados, mechar la cavidad con gasa vaselinada e inmovilizar la extremidad con vendaje de yeso alcanzando las articulaciones proximal y distal a la zona lesionada. El pus manaba entre el drenaje vaselinado y la cavidad y manchaba el yeso que acababa hediendo. La quietud focal permitía el crecimiento del tejido de granulación y los resultados fueron mucho más favorables con el método de Dakin y de Carrel mediante goteo de antiséptico. Orr no trató en su vida fracturas ni heridas de guerra porque no había estado en el frente durante la primera guerra mundial, pero sí recibió infecciones crónicas de soldados repatriados a Estados Unidos. Trueta pensó que el mismo método podría aplicarse en casos de fracturas abiertas recientes, contaminadas por los microbios a través de las heridas. Practicó la excisión de los tejidos desvitalizados y de los coágulos sanguíneos a sabiendas de su importancia como medios de cultivo microbiano en las heridas y teniendo en cuenta que con el paso de las horas los gérmenes van penetrando y que solamente la

eliminación de los bordes contusos y de los elementos necrosados evita la infección, como descubrió Friedrich en 1897. Antes de las seis horas y en condiciones especiales aceptaba que podía suturarse la herida después de la excisión quirúrgica hasta su profundidad. Dichas condiciones serían tres: el herido queda bajo control del cirujano, la sutura se hace sin tensión de los bordes cutáneos y se puede examinar repetidamente la herida. Estas condiciones no se dan fuera de la práctica civil como ocurre en la guerra y en ésta hay que taponar con gasas secas, espesas y absorbentes y finalmente inmovilizar con escayolado. El incremento de accidentados tratados por la Caja de Previsión y Socorros –40.000 en unos años– le proporcionó la casuística necesaria para confiar en el método cerrado para traumatismos abiertos.

La Caja de Previsión y Socorro abrió sus servicios en Madrid y Trueta recomendó como cirujano al doctor Manuel D’Harcourt, cirujano militar del Hospital de Carabanchel y discípulo de Bastos Ansart. Era el año 1933 y D’Harcourt se desplazó a Barcelona para conocer de cerca este método y asistió a las operaciones que realizaba en la Clínica del Remedio. Nació así una amistad entre ambos, que se estrecharía más tarde en tiempos de guerra, cuando D’Harcourt sería destinado al Hospital Militar de Vallcarca.

De su matrimonio nacieron primero Amelia, después Rafael, luego Montserrat y finalmente Julia. El hijo enfermó a los cinco años de edad y falleció de pleuroneumonía ante la desesperación de los padres y del Dr. Corachán, que lo operó para drenarle un absceso y colocar un drenaje pleural. El matrimonio quedó tan afectando que –según refiere en sus memorias– al cabo de medio siglo aún no se había cerrado la herida. El padre de Josep Trueta sufrió tan intensamente esta pérdida que al cabo de pocos días tuvo una angina de pecho y un segundo ataque al cabo de tres meses del que falleció. “Desapareció para siempre la posibilidad de transmitir a un heredero mío todo lo que un padre joven sueña para su hijo” nos dice; y continúa “A veces he pensado si al menos una parte de lo que he intentado hacer para mejorar la formación profesional de los jóvenes, tanto en Barcelona como en Oxford y en otros lugares, se habría debido a la pérdida de mi hijo único”.

En enero de 1930 cayó el Directorio de Primo de Rivera, que se marchó a París, donde falleció al cabo de un mes. La nueva situación política hizo posible el regreso a Barcelona del ex coronel Francesc Macià, futuro Presidente de la Generalitat exiliado en Francia. Una gran multitud fue a recibirle a su llegada a Massanet de la Selva, donde aquella se congregó en la estación del ferrocarril. Trueta acudió con sus amigos Josep Sunyol –compañero de escuela y más tarde presidente del Barça– y Josep Tarradellas –joven político y al final President de la Generalitat de Cataluña restaurada. Trueta se movía en los ambientes del catalanismo sin integrarse en un partido determinado.



El Dr. Trueta hacia 1930.

En marzo de 1932 se celebró en Madrid el Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía y allí acudió acompañando a su maestro Corachán. Después del Congreso éste fue invitado por celebridades centroeuropeas y Trueta le acompañó. Llegaron también a Viena y así pudo conocer a Lorenz Böhler y visitar su servicio, en el que estaba trabajando Jimeno Vidal. Dice de éste que “quedó tan marcado por el maestrazgo de Böhler que con el transcurso del tiempo acabó por parecersele físicamente”. Al año siguiente, acudió al congreso de la Société Française de

Chirurgie y fue admitido como miembro de ésta. Después visitó Colonia y en su ópera asistió a la representación de Tanhäuser. En el entreacto nadie se movió y aparecieron en escena miembros

de las juventudes hitlerianas uniformados y portando estandartes con la cruz gamada. Un individuo pequeño que cojeaba empezó un discurso que todo el mundo escuchó de pie y al final del cual fue aclamado con aplausos y con unos fuertes "Heil Hitler". El orador era Goebels, el gran propagandista del nazismo. A los pocos días y en otra ciudad alemana presencié cómo unos individuos uniformados golpeaban en plena calle a un joven rubio y alto hasta dejarlo tendido en el suelo y gritando "Juden, Juden" (judío) mientras aguantaban su pequeño estandarte con la cruz gamada.

Nuestro joven cirujano se integró en todo momento en las actividades académicas y societarias que le correspondían a un universitario comprometido con su entorno. Participó en la fundación de la Societat de Cirurgia de Catalunya en 1927 y le correspondió el número 29 en la lista de socios que encabezaban Ribas y Ribas, Salarich, los hermanos Trias Pujol y Corachán. El 31 de marzo de 1931 se celebraron elecciones para constituir la nueva Junta del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y Trueta se presentó como candidato para una plaza de vocal. Bajo la dirección del presidente saliente Dr. García Tornel votaron 1.600 colegiados y Trueta obtuvo su plaza con 1.062 votos; también fue elegido vocal Joaquín Riba de Sanz, cirujano del Hospital de San Juan de Dios, pionero de nuestra especialidad. En 1936 fue elaborado el *Diccionari de Medicina* bajo el impulso del Dr. Corachán y significó un adelanto en la normalización de la terminología científica catalana; junto a Trueta también participó Josep Maria Vilardell, que en la postguerra llegó a presidente de la SECOT. Este diccionario no pudo ser repartido, ya que había estallado la guerra una vez impreso y en la postguerra la edición fue guardada y escondida en cajas en los sótanos del Casal del Metge para evitar su incautación y posterior destrucción. En junio de 1936 se celebró en Perpiñán el noveno Congreso de Médicos de Lengua Catalana y Trueta participó con la ponencia sobre hidatidosis ósea. En aquel momento ya contaba con un currículum notable con publicaciones sobre el aparato locomotor y destacamos su monografía sobre "Tumors malignes dels ossos" (*Monografies Mèdiques* 1933, n.º 71-72).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA

Hemos comentado ampliamente los orígenes y desarrollo de esta innovación universitaria al hablar del Prof. Joaquín Trias Pujol. Ahora retomamos el mismo tema para centrar en él la participación de Josep Trueta. Él trabajaba en el Hospital de la Santa Creu con el Dr. Corachán en su Servicio de Cirugía y concretamente en calidad de encargado de sala. En 1929 el hospital fue trasladado al nuevo Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en los nuevos edificios construidos por el arquitecto Domènech y Montaner, gloria del modernismo catalán. Se le añadió el nombre de Sant Pau porque pudo iniciarse la edificación gracias a la donación que hizo el mecenas Pau Gil y Serra. El viejo hospital gótico de la Santa Creu había sido creado como hospital General de Cataluña en 1401 y cerró sus puertas al cabo de 528 años de actividad. Pasó a ser la sede de la Biblioteca de Cataluña, que en 1939 fue denominada Biblioteca Central y con la llegada de la democracia recuperó su nombre original.

Los dos servicios quirúrgicos del Hospital fueron ascendidos a la categoría de docentes de la Universitat Autònoma y sus dos jefes nombrados Profesores Libres; fueron Enric Ribas y Ribas y Manuel Corachán. Con ellos se nombraron como adjuntos de cátedra, denominados allí Ayudantes Libres, Jaume Pi Figueras, Joan Prim, Enric Ribas Isern, Joan Rabassa y Josep Trueta Raspall; era el año 1933. El 17 de octubre de 1935 falleció el Prof. Ribas y Ribas, que puede considerarse según Trueta uno de los creadores de la escuela quirúrgica barcelonesa; había sido maestro del Prof. Corachán. Empezaron poco después las gestiones para proveer la plaza vacante y entre los competidores el tribunal presidido por el Prof. Corachán nombró al Dr. Josep Trueta como nuevo jefe de Servicio con la categoría docente de Profesor Libre. El Servicio heredado necesitaba una renovación porque había caído en la rutina y en el envejecimiento. A fin de orientar su esquema de trabajo hacia la modernidad, propuso a la administración un viaje de estudios de cuatro a cinco meses

de duración en hospitales británicos y estadounidenses. En nombre del patronato de la Universitat Autònoma el Prof. Joaquín Trias Pujol le hizo llegar los nombramientos y le animó a llevar adelante su formación en el extranjero. Pero el ambiente político se enrarecía y se complicaba y se vislumbraba el fatal final en forma de levantamiento o pronunciamiento militar. Tal y como evolucionaron los acontecimientos, Trueta no pudo realizar su viaje ni tan siquiera llegar a tomar posesión oficial de sus nombramientos; el 19 de julio de 1936 se quebró la normalidad académica y los cirujanos pasaron a ocuparse progresivamente de los heridos de guerra. Sus compañeros de hospital le organizaron un banquete de homenaje en el Hotel Ritz la noche del 9 de julio de 1936; era la última reunión social que se celebraba en este hotel en "tiempo de paz", ya que después llegó el "tiempo de guerra". En la prensa se publicó la nota que hablaba del Prof. Trueta, "a quien ha sido adjudicada una plaza de médico de número en el Hospital de San Pablo, correspondiente a la vacante que dejó en la sección de cirugía el fallecimiento del doctor Ribas y Ribas".

Siendo ya jefe de servicio y profesor viajó a Madrid para encontrarse con otros cirujanos interesados por la cirugía ortopédica y la traumatología y con el objetivo de fundar nuestra sociedad. Su presencia queda reflejada en la fotografía del día fundacional en la que al igual que Jimeno Vidal se colocó debajo del retrato de Ramón y Cajal. En junio de 1936 Trueta participó en el Primer Congreso como miembro de la ponencia "Compresión medular en los procesos pótticos. Patología y Técnica Terapéutica a seguir" que presidió M. Salaverri Aranguren y con la colaboración de R. San Ricart y E. Díaz Gómez. Era el mes de junio y al mes siguiente estalló la guerra y la SECOT como grupo de especialistas se dispersó por unos cuantos años.

Hasta aquel momento, a pesar de la turbulencia que reinaba en la política española, algunos comentaristas consideraban que Cataluña era como "un oasis de paz" y aunque la violencia también existía, ésta no llegaba al nivel de otras zonas españolas. El momento crítico se alcanzó cuando gentes de Falange asesinaron al capitán Carlos Faraudo mientras paseaba con su esposa por Madrid y poco después al teniente de la guardia de asalto José Castillo. Sus subordinados "en un ataque de irresponsabilidad deplorable... asesinaron a José Calvo Sotelo. No tengo ninguna duda de que sin el asesinato, primero del capitán Faraudo y poco después del teniente Castillo, tampoco se habría producido el de Calvo Sotelo". Así recordaba Trueta aquellos tiempos que precedieron al Alzamiento, y de Calvo Sotelo comentaba que poco antes de su asesinato había criticado el Estatuto de Cataluña, diciendo que "prefería una España roja antes que una España rota, o sea que prefería una España unida bajo el comunismo a una España... sólo marcada por las modestas concesiones de la autonomía catalana".

LA GUERRA CIVIL

Nos cuenta Trueta cómo en la madrugada del 19 de julio oyó los primeros tiros en la esquina de la calle Balmes con la Diagonal, puesto que vivía cerca de allí. La tropa procedía de los cuarteles de Pedralbes para apoderarse de los centros neurálgicos de la ciudad como la Generalitat, la Telefónica, el Gobierno Civil. La policía fiel al gobierno de la república se les enfrentó en el cruce de la Diagonal con el paseo de Gracia y la tropa sublevada se rindió. Trueta recibió una llamada telefónica desde el hospital para que acudiera, ya que se había llenado de heridos y necesitaban más equipos quirúrgicos porque el de guardia era insuficiente. Estuvieron operando durante casi tres días seguidos y ayudándose de tazas de café para mantenerse despiertos. Al segundo día ya sabían que en Cataluña y en otras regiones militares el Alzamiento había fracasado, pero también que España había quedado dividida. Con el argumento de defender la República, los militantes anarcosindicalistas asaltaron los cuarteles y se armaron y sentaron sus reales a su aire sin depender del poder militar republicano, antes al contrario, dando inicio a asesinatos sobre ciudadanos que ellos creían burgueses, fascistas,

reaccionarios o cualquier otro atributo que los pudiera alinear con el poder económico o eclesiástico. Cito dos comentarios de Trueta que interpretan así la situación:

“Bajo el control de la CNT se organizaron unas brigadas... se mezcló una cantidad de gente que había salido de la cárcel Modelo de Barcelona... salieron a la calle buen número de presos comunes y entre ellos criminales y ladrones.”

“A esta gente junto a un grupo de anarquistas de la Federación Anarquista Ibérica (FAI) se les puede culpar de la pérdida de la guerra y de haber impedido que España fuera una democracia.”

En sus primeros días de cirujano de guerra pudo vivir el drama de la guerra fratricida porque tuvo que operar de herida de bala abdominal a un teniente sublevado y después a otro teniente, éste de la policía fiel a la República, con peligro de muerte para ambos, que resultaron ser hermanos. Los militantes de la FAI empezaron a practicar sus personales depuraciones y apresaron a quienes eran sospechosos para juzgarlos a su modo y manera revolucionario. Un piquete de la FAI se había llevado preso a un enfermero de la Clínica del Remedio, donde trataba a los accidentados de trabajo, y la hermana Carmen Gurnés se lo comunicó para que intentara liberarlo, cosa que consiguió presentándose con bata blanca en el local donde se alojaba el Comité Local de la FAI de Sant Andreu y haciendo valer su ascendencia sobre uno de los jefazos, que le reconoció como el cirujano que había operado a su hermana. Al poco tiempo volvió a tener que actuar como salvador de las monjas de la Clínica del Remedio porque el anticlericalismo reinante entre los revolucionarios les llevaba a depurar las instituciones confesionales. El Dr. Trueta y su esposa Amelia comprendieron el peligro que corrían las dieciocho religiosas Veladoras de San José, todas ellas enfermeras tituladas, y para camuflarlas les hicieron cambiar los hábitos por atuendo civil, las maquillaron y las transformaron en “simples atractivas enfermeras”. Se complicó la situación cuando acusaron a la hermana Concepción Herreros de haber inyectado un producto tóxico a un enfermo, hermano de un capitoste de la FAI, con la intención de matarlo. Gracias a la intervención de Josep Trueta se pudo aclarar el accidente al neutralizar las ínfulas del comité de once miembros de la FAI con la presencia posterior de otro comité de once miembros de UGT.

A inicios de 1936 la Generalitat tenía que nombrar un Conseller de Sanitat y el presidente Companys fue asesorado por los doctores Jacint Vilardell y Lluís Trias de Bes para que escogiera al Profesor Corachán para este cargo. El elegido lo discutió con su discípulo Trueta, entre otros, y éste se lo desaconsejó a pesar de que el cargo era más técnico que político. Corachán, que había nacido en el pueblo valenciano de Xiva y que había llegado muy joven a Barcelona, instalándose en el barrio de Sants, le argumentó que había crecido en Cataluña y que en casa de su tío barbero, ayudándole en los afeitados, pudo estudiar medicina y llegar a ser un hombre situado y reconocido. “Cataluña me ha hecho y me ha dado todo lo que podía darme. Me parece que al entrar en la fase final de mi madurez se merece que yo me sacrifique un poco por el bien del país que me ha acogido como si fuera un hijo”. Corachán puso manos a la obra para planificar las reformas sanitarias y hospitalarias que Cataluña necesitaba. Al estallar la guerra los problemas sanitarios que se presentaban eran de otra índole y Corachán no se creyó capaz de salucionarlos y presentó su dimisión para el cargo de “conseller”. En aquellos días el imperio de la FAI en la calle era absoluto y un miliciano persiguió a Corachán argumentando que había sido operado por él y que a resultas de un error técnico había quedado con secuelas importantes. El consejo de amigos políticos fue que se marchara a Francia durante un tiempo y así lo decidió, pero antes encomendó a su alumno Trueta que en ausencia suya cuidara de sus hijos como representante aunque ya no fueran jóvenes; el mayor se había dedicado a la neurocirugía y el menor era asmático. Los perseguidores de Corachán, al saber de su huida, chantajearon al hijo mayor, Manuel, exigiéndole dinero y profiriendo amenazas de muerte. Trueta, con el apoyo de alguna autoridad influyente consiguió que el hijo menor asmático

lo enviaran al sanatorio de Boltaña, en Huesca, y hacia allí partió en ambulancia acompañado de su hermano Manuel, con la excusa de que precisaba de asistencia médica durante el viaje. En Boltaña se entrenaron para cruzar el Pirineo y poderse reunir con su padre en Francia. El día del intento se les unió un médico de Jaén, el doctor Ángel Ruiz, que había huido de su ciudad al verse perseguido por los revolucionarios. La desdicha hizo que éste se torciera el tobillo y se lo fracturara, debido a lo cual tuvieron que regresar a pedir auxilio en Boltaña para recoger y evacuar al herido. A su regreso fueron reconocidos por elementos de la FAI y llevados a la cárcel de Lérida. Trueta, gracias al Gobernador Civil de Barcelona, Sr. Aguadé, consiguió el traslado de los hermanos Corachán a Barcelona y su posterior liberación. Más tarde lograron pasar a Francia por Prats de Molló y Manuel desoyó el consejo que le diera Trueta para que no se le ocurriera pasar al lado “nacional”, ya que su apellido no sería bien visto, al haber sido su padre conseller de la Generalitat. Manuel creyó que por su condición de neurocirujano sería integrado en un equipo quirúrgico, pero la sanidad militar no le aceptó y tuvo que actuar de enfermero en el frente. Allí fue herido de gravedad en un codo y en un muslo. El cirujano que le atendió limpió las heridas y las suturó y al cabo de tres días se estableció una gangrena de la que murió. Trueta comentaba que esta trágica muerte debióse a no haber seguido las experiencias de los cirujanos republicanos, que después de limpiar ampliamente las heridas con excisión a fondo las taponaban con gasa y las inmovilizaban con yeso, es decir, según el método español, como sería conocido en la segunda guerra mundial gracias a sus enseñanzas.

A principios de 1938, la esposa de Trueta, Amelia Llacuna, enfermó de pleuresía y para recuperarse necesitaba reposo en clima de altura. Ingresó en el Hospital de Montserrat, instalado en el monasterio después de la evacuación de los monjes de la comunidad benedictina. La Generalitat protegió el santuario y sus entornos nombrando administrador al Sr. Carles Gerhard, diputado socialdemócrata del Parlament de Cataluña, el cual actuó a modo de “prior laico”, según contó Trueta. Desgraciadamente el gobierno de la Generalitat carecía de efectivos de policía suficientes para salvar todo lo deseable y proteger a la ciudadanía del desorden de los grupos revolucionarios. La lucha entre los revolucionarios empeoró la situación, ya que los comunistas de obediencia soviética poco a poco fueron desplazando a los anarcosindicalistas y a la FAI, haciéndose con muchos controles del poder republicano, y a su vez lucharon contra los comunistas trotskistas del POUM (Partit Obrer Unificat Marxista). Trotsky se refugió en Méjico huyendo de la persecución de Stalin y aunque vivía escondido fue detectado por la policía soviética y asesinado por un comunista stalinista catalán, Ramón Mercader, natural de Mataró y hermano de la artista de teatro María Mercader, que casó con el director de cine italiano Vittorio de Sica. Aún después de terminada la guerra civil y la “revuelta social destructiva” que imperó en el lado republicano en sus últimos tiempos —como decía Trueta—, la enemistad perduró entre los bandos revolucionarios del comunismo libertario, stalinista y trotskista.

CIRUGÍA DE GUERRA

Los heridos de guerra durante el primer año llegaban a Barcelona de manera gradual pero no masiva. Fueron los bombardeos sobre población civil los que causaron más heridos por efecto de las bombas o del sepultamiento en edificios derruidos. En estos casos la llegada de heridos era masiva, agotaban la capacidad asistencial de los hospitales y obligaban a su clasificación para reconocer a quienes tenían más posibilidades de sobrevivir. Yo mismo sobreviví a dos bombardeos y mi madre a cuatro en los que fallecieron personas del entorno. Las autoridades sanitarias tuvieron que planificar y ampliar la red hospitalaria asignando un área a cada gran hospital, creando nuevos hospitales en sectores de evacuación desde el frente y otros cercanos a éste. Trueta fue llamado para que diera su opinión y aconsejó distribuir los heridos de guerra en dos sectores, el norte, que los evacuaría hacia el Hospital Clínic y el Hospital Cardenal (hoy en día Sagrado Corazón-La Alianza) con capacidad

para unas 2.000 camas, y el sector sur, hacia el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau y el Hospital de la Creu Roja, con capacidad similar. También aconsejó militarizar a los cirujanos dándoles grados de teniente, de capitán o más según el caso, para que así pudieran neutralizar las ínfulas de los provocadores y de los incontrolados.

La población civil sufrió mucho con los bombardeos sobre Barcelona y para paliar sus efectos mortíferos se construyeron cientos de refugios subterráneos, se habilitaron hospitales llamados “de sangre” —para encamar a los heridos durante una primera cura o cuando los hospitales estaban desbordados— y se organizaron centros de formación de socorristas. La asistencia en el frente mejoró gracias a los camiones con quirófano (autochir) y a los trenes hospital que disponían de vagón quirófano y de vagones de hospitalización con camas. Cerca de los hospitales de recepción periféricos se reformaron las vías del tren para que pudieran llegar a ellos, como en el de La Savinosa, organizado por Jimeno Vidal, que disponía de trazado hasta su interior. Otra aportación notable e innovadora fue la creación de bancos de sangre con bien utillados puestos de donación y de procesamiento y luego con una red de ambulancias o “banco de sangre ambulante”, que llegaba al frente donde estaban los equipos quirúrgicos de primera línea. Recordemos que la idea se debió a Frederic Duran Jordà, gran impulsor de un nuevo método que fue utilizado en el frente de batalla aliado durante la segunda guerra mundial, ya que en Inglaterra, adonde emigró, informó de su experiencia a las autoridades británicas y para ellas trabajó.

La más trascendental de las experiencias quirúrgicas de nuestra guerra civil fue el tratamiento de las heridas y fracturas abiertas con el finalmente llamado “método español”, que no tuvo un padre único porque en parte nació en la guerra del Rif donde actuaron Joaquín Trias Pujol y Manuel Bastos y se perfeccionó en la guerra civil donde lo aplicaron Trueta y Jimeno Vidal. Bastos había creado escuela en el Hospital de Carabanchel en Madrid y sus discípulos de Sanidad Militar, repartidos en ambos bandos, también lo utilizaron. En la segunda guerra mundial y desde Oxford, Trueta lo puso en práctica en gran número de heridos que le llegaban del continente y de los bombardeos alemanes sobre Londres, llegando así a sistematizarlo en cinco puntos:

1) tratamiento inmediato; 2) limpieza de la herida; 3) excisión de los tejidos muertos; 4) drenaje; 5) inmovilización y reposo.

Trueta nunca se apropió del método como una obra personal, sino que reconoció que cada uno de los tiempos que enunció había tenido sus precursores. En la edición castellana publicada en Méjico los refiere según sigue:

1. Tratamiento inmediato: Larrey, Pirogoff, Nightingale.
2. Limpieza de la herida: Theodoric de Longoburg, Henri de Mondeville, Ambroise Paré, Lister, Von Bergman, Carrel, Domack, Trefouel.
3. Excisión de tejidos: Botallo, Desault, Larrey, Friedrich, Milligan, Grey, Ranzi, Lemaire.
4. Drenaje: D’Argelata, Chassaignac, Lister, Orr.
5. Reposo inmovilizado: Magati, Ollier, Billroth, Thomas, Jones, Orr.

Este método, también llamado *método oclusivo para el tratamiento de las heridas de guerra*, fue objeto de las primeras publicaciones, todas ellas en circunstancias bibliográficas difíciles debido al aislamiento impuesto por la situación bélica. Al libro de Trueta publicado en catalán debemos añadir otros textos sobre el tema:

- Trueta, J. *Annals Hospital Santa Creu i Sant Pau*. 1934, 8, 1934.
- Trueta, J. *Rev. Cirurgia Barcelona*, 1936, 12, 27.
- Trueta J. *La Medicina Catalana*, 1928, 8, 275.

D’Harcourt, J., Folch, A., Oriol Anguera, A., *Revista de Sanidad de Guerra*, 1938, 2, 216, *Revista de Cirugía Militar*, 1939, 3, 132, *British Medical Journal*, 1940, 1, 652.

El libro de Prof. Manuel Bastos sobre heridas por arma de fuego había aparecido en 1935, es decir, con anterioridad al estallido de la guerra civil.

Los bombardeos sobre la ciudad de Barcelona fueron conocidos en la Europa occidental gracias a la difusión que les dio la prensa. Fueron las aviaciones alemana e italiana las encargadas de llevarlos a cabo y entre los más mortíferos destacaron en un principio el de 13 de febrero de 1937 que causó 17 muertos, el de 29 de mayo de 1937, con 64 muertos, y el de 19 de enero de 1938, con 170 muertos; finalmente, el de mayor mortandad fue el de 16 a 18 de agosto de 1938, con algo más de mil muertos. Esta tragedia fue recordada por Sir Winston Churchill en su discurso a los Comunes durante los días de la Batalla de Inglaterra; dijo:

“No infravaloro en absoluto los enormes peligros que pesan sobre nosotros, pero creo firmemente que nuestros compatriotas serán capaces de resistirlos, tal como lo hicieron los valientes ciudadanos de Barcelona.”

El Consulado Británico de Barcelona hizo llegar información sobre la organización de la Defensa Civil frente a los bombardeos urbanos y sobre los métodos de tratamiento de los heridos, al Foreign Office. Los británicos prestaron atención a la noticia y se interesaron a sabiendas de que era la primera experiencia bélica de bombardeo de una ciudad de cemento, ladrillo y piedra. El caso de Guernica difiere mucho porque ardió debido al predominio de la madera en las construcciones, si bien el objetivo de humillación y de amedrentar la población fue el mismo. El Gobierno Británico envió como observadores en 1938 a la cirujano Miss Josephine Collier y a la médico Dra. Audrey Russell. Cuatro meses después llegaron con idéntica misión dos cirujanos, Mr. E.M. Cowell y Mr. P.H. Mitchiner, que habían ejercido como cirujanos militares durante la primera guerra mundial con el grado de coronel. Preparaban un libro sobre la guerra moderna e integraron en él lo aprendido junto a Trueta en Barcelona. La obra llevó por título *Medical Organization and Surgical Practice in Air Raids*; refirieron que fue en Barcelona donde encontraron la mayor concentración de experiencia necesaria para planificar su organización; sospechaban los británicos que serían bombardeados por los alemanes y el tiempo les dio la razón.

A finales de 1938 la guerra estaba decidida y Trueta envió su esposa e hijas a Francia y se alojaron en Amélie-les-Bains, pequeña localidad del Rosselló, en casa del Dr. Nicolau, amigo de la familia. A Trueta algunos amigos le aconsejaron que se marchara porque cuando Franco entrara en Barcelona si le encontraban sería apresado y por no haberse sumado al Movimiento sería fusilado.

Ante este panorama final se trasladó a Figueras, luego a Vilafaié, más cerca de la frontera, y finalmente atravesó El Portús camino de Perpiñán, donde le esperaba el Dr. Nicolau para llevarle junto a su familia. Al día siguiente se alojaron en el Hotel de la Paix de esta ciudad; era el 5 de febrero y solamente tenía un salvoconducto como documentación.

VIAJE A LONDRES

Como quien mira hacia atrás al abandonar su suelo patrio, Trueta nos dejó sus reflexiones de aquel doloroso despido: “Yo sabía que con la entrada del ejército de Franco, Cataluña sería espiritualmente aplastada hasta que el pedazo más grande fuera del tamaño de un grano de mijo. Estaba convencido de que una de las motivaciones de la guerra civil había sido el acabar el problema del avance constante de Cataluña y la destrucción del Estatuto de Autonomía; por lo tanto, yo no podría aguantar en silencio la persecución y, si no quería caer fuera de las leyes, tendría que marcharme”. Un periodista inglés llamado Edgar Allison Peers publicó en 1938 un libro sobre la guerra civil en Cataluña que llevó por título *Catalonia Infelix* con subtítulo traducido “Desdichada Cataluña”, en el cual explicaba cómo esta destrucción cultural sería inevitable ganara quien ganara y afirmaba

que tanto la derecha nacional como los revolucionarios acabarían con la estabilización de la identidad y de la cultura conseguidas en los últimos años.

Volvamos a Trueta alojado en el Hotel de la Paix de Perpiñán. Al día siguiente de su entrada recibió la visita de las doctoras inglesas que ya habían contactado con él, Miss Josephine Collier y Miss Audrey Russell, comisionadas por el Foreign Office para proponerle que fuera a Inglaterra a exponer sus experiencias sobre la cirugía de guerra y sobre la protección civil en caso de ataque aéreo. Trueta argumentó su desconocimiento de la lengua inglesa y replicaron que no sería inconveniente porque los cirujanos con quienes se entrevistaría durante diez o quince días habían estado unos cuatro años en Francia cuando la primera guerra mundial y conocían la lengua francesa, que les serviría para comunicarse. También invitaron al Dr. Durán Jordá, jefe del Servicio de Transfusión de Sangre en Cataluña, para que explicara las innovaciones que había ideado llevando la sangre al frente. Tres semanas después iniciaban el viaje y atravesaron el Canal por Calais el 27 de febrero. Sus hijas quedaban en Francia custodiadas por el Comité de Ayuda a los refugiados españoles; su esposa le acompañó en el viaje. Un coche les llevó a Londres y les alojaron en un pequeño pero correcto hotel a media pensión y sin que tuvieran ni un céntimo en el bolsillo; la estancia incluía desayuno y cena. Él comía bocadillos allí donde daba su charla, pero ella guardaba parte del desayuno para poder comer algo a mediodía.

Trueta fue recibido por la Junta de Defensa Pasiva y sus dirigentes le preguntaron qué haría para la defensa pasiva de Londres si fuera el encargado de plantearla. La respuesta llevaría unos días porque él desconocía la ciudad y sus recursos sanitarios. Los londinenses habían preparado enfermeras provisionales y ya tenían 40.000 para ocuparse de puestos de socorro urgente, los First Aid Posts, porque en caso de bombardeo habían previsto unas 100.000 víctimas cada vez. Trueta hizo sus cálculos basándose en la experiencia de Barcelona, del País Vasco y de Granollers, en la potencia destructiva o incendiaria de las bombas alemanas y en los materiales de construcción utilizados en los edificios londinenses. En su respuesta afirmaba que los puestos de socorro eran peligrosos porque retrasarían la llegada de los heridos a los hospitales, que la previsión máxima de heridos en un gran bombardeo sería de unos 10.000, que los hospitales deberían disponer de una área espaciosa para llevar a cabo la selección de los heridos y dar prioridad quirúrgica a los más graves. Hizo también un cálculo aproximado del número de médicos, de enfermeras y de ambulancias que serían necesarios para cubrir un servicio permanente de 24 horas en Londres y una distribución de hospitales por zonas en función de las posibilidades y dotaciones de cada uno. Con posterioridad, las estadísticas demostraron que el ataque aéreo más mortífero sobre Londres causó 9.250 víctimas.

Con estos encargos como asesor de la Defensa Civil, su estancia en Londres se alargó. El 14 de julio de 1939 habló ante la Royal Society of Medicine presidida por Sir Cuthbert Wallace y con la asistencia de cincuenta cirujanos civiles o militares, y el 8 de diciembre ante la British Orthopaedic Association presidida por Mister M.T. Mac Murray. Entre 1939 y 1944 llegó a dar en el Reino Unido 83 conferencias sobre la cirugía de guerra. Uno de los cirujanos que había escuchado las explicaciones de Trueta sobre su tratamiento de las heridas fue Girdlestone, profesor en Oxford, y el interés que en él despertaron las ideas de Trueta hizo que le invitara a dar una conferencia en Oxford el 9 de septiembre de 1939. Convencido de la bondad del método, le propuso que trabajara en su hospital y le obtuvo una autorización especial como consejero por parte del Ministro de Salud, Malcom Mac Donald; fue su primer documento para dar oficialidad a su presencia en Gran Bretaña.

EXILIO EN INGLATERRA

La vida en Oxford, alejado de la patria, representó, como para todo exiliado, una salvación después de la batalla perdida, un puerto donde recalar y reconstruir la vida. La intelectualidad

republicana se vio abocada a la diáspora: hacia Rusia los dirigentes seleccionados de obediencia stalinista, en Francia muchos en espera de tránsito hacia América, unos cientos hacia Gran Bretaña que fue muy restrictiva. La llegada a América no fue fácil y su integración en los países receptores tampoco, si bien los más calificados fueron aceptados y dieron los frutos de su vida universitaria lejos de tierra española. El país que mayor acogida dio fue Méjico gracias a la labor benefactora de su presidente, Lázaro Cárdenas, que inicialmente dio preferencia a la gente más calificada y que después se abrió a muchos otros que no eran intelectuales. Se calcula que unos 30.000 republicanos llegaron al puerto de Veracruz procedentes de Francia, y de ellos unos 6.000 eran catalanes. La pérdida de profesores de la Universitat Autònoma sirvió para resembrar universidades americanas donde algunos crearon escuela. August Pi i Sunyer, creador del Institut de Fisiologia de Catalunya organizó en Caracas el Instituto de Medicina Experimental y recibió las más altas condecoraciones del gobierno venezolano; el Prof. Manuel Corachán se estableció también en Caracas, fue contratado como profesor de patología quirúrgica de la Universidad Central y entonces organizó el laboratorio de cirugía experimental.

Desde Oxford Trueta intentó mantener el máximo contacto y trato con cuantos españoles y catalanes le fue posible, por correspondencia con los distantes y personalmente con los que residían en Inglaterra o con los que iban a visitarle. En sus memorias destacan las muchas cartas de su correspondencia con el músico Pau Casals, que durante la guerra mundial residió en el Rosellón en el pueblo de Prades, donde pudo librarse del acoso de la Gestapo para llevarlo a dar conciertos en Alemania organizados por los nazis, a lo cual siempre se negó. Los Juegos Florales de la Lengua Catalana se fueron organizando en el extranjero porque fueron prohibidos por las autoridades franquistas; se restauraron en Buenos Aires y en 1956 se celebraron en Cambridge y la Reina de la Festa fue su hija mayor Amelia, a la que él acompañó cogida del brazo y seguidos por las Damas de su Cort d'Honor, como era habitual en esta contienda poética que tuvo sus orígenes en los que organizó en Barcelona el rey Juan I de Aragón, siguiendo el ejemplo de los que se celebraban en Tolosa cada año con el nombre de *Consistori de la Gaia Ciència* de los poetas provenzales. En la Cataluña moderna fueron restaurados en 1857 por la Academia de les Bones Lletres y se interrumpieron en 1936; pudieron reanudarse en 1971. El nombramiento que en 1956 recayó en Amelia Trueta fue un reconocimiento a la labor cultural y al hogar catalán abierto de la familia Trueta.

Al acabar la guerra el nuevo Estado disolvió la Generalitat pero ésta fue refundada en el exilio y nombrado Presidente el que fuera presidente del parlamento catalán, Josep Irla, cargo que ocupó hasta su muerte en 1954. En 1940 se organizó un órgano político como representación catalana en el extranjero y se denominó Consell Nacional Català. Lo formaron intelectuales de reconocido prestigio y Trueta sería uno de sus seis componentes junto a Carles Pi i Sunyer, ex alcalde de Barcelona, Ramón Perera, Fermín Vergós, Josep Maria Batista Roca y Antoni Rovira Virgili. Mucho le insistieron para que aceptara el cargo, porque él lo rehusó en un principio y porque sus autoridades académicas le aconsejaban que no mezclara su situación como cirujano con actividades políticas; además su trabajo hospitalario en tiempos de guerra le dejaba muy pocas horas libres. En las actividades del Consell conoció a la mayoría de los intelectuales y antiguos políticos en el exilio y comprendió cuán difícil resultaba crear un organismo representativo por encima de los partidos que habían perdido la guerra. Al cabo de cuatro años abandonó definitivamente esta actividad convencido que desde el mundo de la cultura y del bisturí podía hacer personalmente mucho más por su tierra que desde la actividad política.

Después de la guerra española Trueta perdió el contacto con cirujanos que en los distintos frentes habían trabajado duramente, y uno de ellos, buen amigo suyo, era el Prof. Bastos Ansart. A Oxford le llegaron noticias de que había sido apresado, que sería juzgado y que posiblemente la pena podría

ser muy dura, tratándose de un cirujano militar de alta graduación. Era el día 8 de diciembre de 1939 cuando se reunió la British Orthopaedic Association y Trueta dedicó unas palabras a Bastos Ansart, para que los allí presentes supieran lo que le acontecía a tan notable cirujano; se lo había explicado el día antes el eminente histólogo español Prof. Pío del Río Hortega. El ruego iba dirigido a la poderosa sociedad médica inglesa para que intercediera en la Embajada española en favor de Bastos. Los dirigentes de la British Orthopaedic Association, junto con el Prof. Harry Platt fueron recibidos por el embajador en Londres, el duque de Alba. Ya conocemos, por la lectura de mis notas sobre estos momentos en la vida de Bastos, cuál fue el devenir de su encarcelamiento hasta llegar a su destierro en Barcelona. Las gestiones desencadenadas por Trueta desde Londres serían una más entre las varias que intentaron proteger la vida de Bastos.

Desde la distanciada Oxford recibía noticias de los acontecimientos españoles bajo las órdenes de una estructura política fascista. Se confirmaban poco a poco sus desdichadas predicciones de destrucción cultural de Cataluña con persecución del idioma y con desaparición de las entidades y organizaciones que podían representar un signo de identidad catalana; este simple adjetivo fue eliminado del nombre de las sociedades, asociaciones y agrupaciones que fueron toleradas o bien salvadas por catalanes que permanecieron en el país en una situación de favorables al régimen vencedor. Entre sus amigos y conocidos algunos fueron apresados en tierra española y otros en tierra francesa a cargo de los alemanes, que luego los entregaban a las autoridades franquistas. El Palau de la Generalitat pasó a ser la sede de la Diputación Provincial y una de las primeras recepciones de postguerra que en ella tuvo lugar fue la tributada al yerno de Mussolini, el conde Ciano, acompañado de Serrano Suñer, cuñado de Franco. El saludo fascista se imponía en cualquier lugar, fuera un cine en la media parte de la proyección, a la salida de las grandes celebraciones religiosas con una mezcla de eclesiásticos, de militares y de gentes del Movimiento que constituían lo que vino a llamarse nacional-catolicismo, e incluso en estadios deportivos y en plazas de toros. Este fervor amainó radicalmente cuando el Eje perdió la guerra frente a los Aliados. La Universidad vio asignadas las cátedras vacantes a jóvenes profesores adictos al Régimen, como se decía, los cuales de no ser por el exilio de los anteriores catedráticos posiblemente no habrían llegado a tal categoría docente o al menos a tan temprana edad. Los estudiantes quedaron férreamente agrupados en un único sindicato, el Sindicato Español Universitario, conocido con las siglas de SEU, de corte estrictamente falangista, que en 1940 organizó en el Paraninfo Universitario una exposición de libros alemanes presidida por una enorme bandera nazi con la cruz gamada en su centro; su testimonio gráfico es imborrable. Causa pavor la represión intelectual que llegó a las casas privadas que podían ser sometidas a registro por si en sus bibliotecas guardaban libros de autores prohibidos, entre los que se encontraban todos los poetas huidos y sobre todo el asesinado García Lorca. El periódico italiano *La Domenica del Corriere* representó en su portada a todo color una escena de la plaza de Cataluña de Barcelona con una enorme pira, formada con los libros requisados y con los que los ciudadanos atemorizados entregaban, alrededor de la cual se arremolinaban banderas nacionales y saludos fascistas. Recuerdo una pintura gótica parecida en la que se quemaba un hereje y a sus libros bajo la presidencia de la Inquisición; trágico retorno al pasado que anuló al mundo intelectual español y que frenó en gran manera su posterior resurgir.

A Oxford llegaban las malas noticias de los prendimientos de amigos no huidos o apresados por la Gestapo. Del entorno político e intelectual de Trueta en Barcelona habían desaparecido muchos grandes hombres: su íntimo amigo Josep Suñol, compañero de escuela y de primera comunión y presidente del Barça, visitó el frente y por error su coche atravesó las líneas enemigas y cayó en manos del ejército nacional, que lo ejecutó de modo sumarísimo; Carrasco y Formiguera, líder católico fundador de la democracia cristiana catalana, acudió a Burgos para entrevistarse con políticos y en

vez de las discusiones esperadas fue juzgado y ejecutado, a pesar de la intercesión de la Santa Sede; el Presidente de la Generalitat, Lluís Companys, fue hecho prisionero por los alemanes en Francia y entregado a la justicia franquista que le juzgó y le fusiló en el castillo de Montjuich; el líder sindicalista cenetista Joan Peiró, que se esforzó en frenar los desmanes de la FAI, también fue entregado por la Gestapo y fusilado. Entre los ilustres exiliados estaban el Cardenal de Tarragona, Vidal y Barraquer, que se refugió en Suiza por no haber aceptado que la guerra civil fuera una Cruzada; Pompeu Fabra, el gramático que normalizó el idioma catalán y que propulsó las normas de Castellón entre catalanes, valencianos y mallorquines, se estableció en Prada de Conflent al otro lado de nuestros Pirineos; el político monárquico y de la Lliga Regionalista Francesc Cambó encontró cobijo en Buenos Aires; August Pi i Sunyer, profesor de fisiología, pudo seguir su docencia en Caracas, y su hermano Carles, que había sido alcalde de Barcelona, estuvo en Inglaterra y después junto a August en Caracas; Antonio Trias Pujol ejerció la docencia en Bogotá y su hermano Joaquín se quedó en Francia y después pasó a Andorra; otros intelectuales, artistas y profesores alcanzaron las costas americanas después de poder embarcar en puertos franceses, gracias a los comités de ayuda a los refugiados republicanos. Fue difícil ante esta dispersión volver a tejer un cañamazo de relaciones en el que apoyarse moralmente y alimentar los rescoldos del origen común a través de la correspondencia. Trueta, desde su casa de Oxford, llamada Overmead, no cejó en el empeño de recuperar el máximo de contactos, de ser centro de acogida y de mantenerse fiel a sus orígenes, a sus principios y a la esperanza común de muchos perdedores demócratas de ver un día restablecido en España el modo de vida político de los vencedores aliados, que ha presidido las estructuras de la Europa occidental hasta nuestros días. A unos 200 metros de su casa vivía Salvador de Madariaga, con quien trabó una gran amistad.

Trueta decía de sí mismo: "Yo no era político ni lo había sido nunca. No había sido comunista, ni tan siquiera simpatizante; ni francmasón; era simplemente un catalán liberal de aquellos que en Inglaterra se habrían situado entre el Partido Liberal y el Partido Conservador. Tampoco tuve jamás cargo político alguno". Sus únicos antecedentes fueron su liberalismo, su fidelidad cultural catalana y su pertenencia al cuerpo de cirujanos que curaron heridos de guerra en el lado republicano. A pesar de ello su persona constaba entre los objetivos de los franquistas porque al poco de llegar éstos a Barcelona cinco militantes del Movimiento se personaron en su domicilio con la intención de arreglar cuentas. Cuando esta noticia le llegó a Oxford comprendió que su decisión de huir de España había sido la más acertada. Como otros muchos ya exiliados recibió la comunicación de su procesamiento por el Tribunal de Responsabilidades Políticas. Su hija Amelia nos ha facilitado esta documentación:

"Tribunal Regional de Responsabilidades Políticas. Barcelona.

Expediente número del Tribunal 3.605.

Expediente número del Juzgado Instructor 237.

Juzgado Instructor Provincial de Barcelona, n.º 2.

Inculpado: José Trueta Raspall.

Fecha de la iniciación: 17 de mayo de 1940.

La acusación se basaba en sus antecedentes en la masonería, en ser amigo personal de Negrín, en ser responsable de detenciones y muertes en el Hospital Clínico (ino estuvo allí!) y de San Pablo, en ser durante la guerra civil furibundo izquierdista, en haber enviado a los equipos quirúrgicos de campaña, que organizó en unión del coronel D'Harcourt, a jóvenes cirujanos por rotación, perjudicando a aquellos que él sospechaba que no profesaban sus ideas, en haber efectuado tres viajes al extranjero en representación del Gobierno de la Generalidad, y finalmente en haber firmado el manifiesto de los Intelectuales Catalanes, que dirigieron al Mundo protestando de los bombardeos de Barcelona."

Creemos de gran interés reproducir este manifiesto y los nombres de quienes lo firmaron:

“Ha sido dirigido el siguiente llamamiento a los Médicos Españoles, al mundo civilizado, y especialmente a los médicos extranjeros. A través de todas las vicisitudes históricas, la medicina se ha caracterizado por no conocer límites ni fronteras. La conciencia de su sagrada misión, la necesidad de cooperar mancomunadamente a la mejora de los medios técnicos y científicos y a la misma sensibilidad despertada por la contemplación diaria del espectáculo y de la lucha entre el hombre y el dolor, han motivado la exaltación y la intimidad de la conciencia médica mundial, del sentimiento de estrecha solidaridad humana, y ha sido en este sentido una de las bases creadoras del universalismo contemporáneo. Por la medicina no existen ni pueden existir, pueblos distintos, razas desiguales, ideologías diferentes, vallas de ninguna clase. Para ella sólo hay el hombre y la civilización. Nos dirigimos, pues, a esta conciencia universal y a este sentimiento de solidaridad y de responsabilidad humanas, de las cuales los médicos son su principal soporte y en particular alzamos nuestra voz para exponer, nosotros, médicos españoles, nuestra enérgica protesta por los bombardeos que los aviones de Franco vienen haciendo sufrir a las poblaciones civiles de España a las que tantas veces martirizan con el solo objeto de aplicar tácticas bélicas desarrolladas en cerebros perturbados por residuos de psicología primitiva. No creemos necesario detallar hechos que son de todos bien conocidos ni poner de relieve la inutilidad moral de tales sistemas de agresión, y mucho menos de descubrir los cuadros trágicos y lamentables consecutivos a tales agresiones. Nos basta recurrir a las fibras de la dignidad humana, mantenidas por los médicos, sin excepción, irreductibles y tensas, mantenidas por los hombres de buena fe y a los que creen en un porvenir de paz, de cultura y de progreso. A todos ellos les pedimos que unan sus protestas a las nuestras que hagan consustancial con su espíritu nuestro horror ante la recrudescencia de la barbarie fascista, y nuestros temores sobre los rumores, digo (sic) rumores futuros de la civilización de Occidente. Firmamos este manifiesto como simples ciudadanos del mundo, fuera de todo marco ideológico y partidista, ya que no caben etiquetas ni credos ante la perspectiva de la destrucción, por los facciosos del General Franco, de todos los valores espirituales creados por un esfuerzo multiseccular. Pedimos la colaboración de todos para la defensa del legado cultural que nos es común, para el impedimento de los más rudimentarios principios de la moral y del derecho, para el triunfo de la cultura sobre las actividades irracionales. Solicitamos el esfuerzo de todos para evitar la propagación del mal sobre los pueblos pacíficos y progresivos de la tierra y para arrojar definitivamente de España y fuera de España a estos enemigos de la cultura”.

FIRMAS: J. Puche, profesor de la Facultad de Medicina de Valencia; J. Trias, prof. de la Facultad de Medicina de Barcelona; E. Vázquez López, de Instituto del Cáncer de Madrid; Adolfo Rincón de Arellano, Doctor en Medicina; Antonio Trias, profesor de la Facultad de Medicina de Barcelona; Antonio Usano, médico ayudante de la Facultad de Medicina de Valencia; Antonio Giral; Emilio Mira López, profesor de psiquiatría en la Facultad de Medicina de Barcelona; Luis Urtubay Rebollo, decano de la Facultad de Medicina de Valencia; Augusto Pi Suñer, catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona; Jaime Pi Suñer, catedrático de la Facultad de Medicina de Santiago; Juan Negrín López, profesor de fisiología de la Facultad de Medicina de Madrid; Francisco Domenech Alsina, profesor de Cirugía experimental de la Facultad de Medicina de Barcelona; Cristian Cortés, profesor de la Facultad de Medicina de Barcelona; N. Rivas Soma, presidente de la Asociación de estudios penales; Joaquin D’Harcourt Cort, Jefe Clínico del Hospital de Madrid-Carabanchel; Luis Quemada, Jefe de la Clínica Quirúrgica de Ciudad Real; Francisco Guerra, del Instituto de Farmacobiología de la Facultad de Medicina de Madrid; Alberto Folch Pi, profesor de la Facultad de Medicina de Barcelona; Antonio Abaunza Rodríguez, director del Instituto de Estudios Penales – subdirector del anexo psiquiátrico; Antonio Oriol Anguera, profesor de Bioquímica; José Trueta Raspall, director del Servicio de Cirugía del Hospital General de Cataluña; Francisco Gallart-Monés, profesor de Gastroenterología del Hospital

General de Cataluña; Juan Bofill Deulofeu, profesor de la Facultad de Medicina de Barcelona; Jesús M.^a Bellido Golferich, prof. de la Facultad de Medicina de Barcelona; Gómez Palleta, director del Sanatorio Antituberculoso del Guadarrama; Juan González Aguilar, director del servicio quirúrgico del Sanatorio Valdecilla; Francisco Esquerdo, profesor de la Facultad de Medicina de Barcelona; J. Noguera Moré, Jefe del servicio de Dermatología del Hospital General de Cataluña; Rosendo Carrasco Formiguera, profesor de la Facultad de Medicina de Barcelona.

En Barcelona, a 12 de noviembre de 1940 se le comunica que: “habiendo transcurrido el plazo señalado por la Ley sin que el inculcado (figuraba como “huido”) o sus herederos hayan presentado en este Juzgado la declaración de bienes... se comunica al Presidente del Tribunal Regional de Responsabilidades Políticas”. Éste decidió proceder al inventario de bienes del inculcado y certificación de los mismos. El punto final era la incautación.

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA EN OXFORD

Los inicios de esta especialidad en dicha ciudad universitaria se remontan al año 1870 cuando se fundó la Wingfield Convalescent Home gracias a una donación de Mrs. Hannah Wingfield. En 1917 se transformó en el Oxford Orthopaedic Centre, una época en la que ya se había producido el encuentro entre Robert Jones —uno de los padres de la ortopedia inglesa—, Robert Gathorne Girdlestone —familiarmente llamado GRG (gi-ar-gi) en el hospital— y la enfermera Nurse Agnes Hunt —lisiada que andaba con dos muletas auxiliares— con la finalidad de organizar un centro para niños lisiados en el Hospital de Baschurch-Oswestry; Robert Jones puso a Girdlestone al frente de este servicio. En 1918 el Oxford Orthopaedic Centre fue ampliado con nuevos pabellones que eran de madera y pasó a llamarse Special Military Surgical Hospital para tratar las secuelas de los heridos de la primera guerra mundial; otra vez y bajo el consejo de Robert Jones se encargó de la dirección Girdlestone. En 1922 fue nuevamente ampliado con pabellones que procedían de hospitales de guerra y cambió su nombre por el de Wingfield Hospital.

Girdlestone permaneció, durante la primera guerra mundial, en Inglaterra y no fue enviado a un equipo quirúrgico en el frente porque, a resultas de un grave accidente sufrido en 1912, tenía secuelas que le incapacitaron. Sus lesiones las refiere Trueta en sus memorias y constan en el librito *Orthopaedics at Oxford. Past, present and futur. 1920-1960*: fracturas de seis costillas, lesiones abdominales y diafragmáticas, hernia pulmonar como secuela, incapacidad para la vida militar (1914) y desde entonces salud débil. En 1919 Robert Jones y Girdlestone presentaron una memoria con la planificación asistencial en la región de influencia de Oxford, con la organización de la cirugía ortopédica y con la idea de que pudiera hacerse extensiva al resto de Inglaterra y a Gales. Se acompañaba de un mapa en el que constaban el hospital central y los centros hospitalarios secundarios y los consultorios locales en poblaciones menores. Fue el modelo de la futura distribución de la sanidad inglesa.

Este hospital oxoniano siguió creciendo con el impulso que le dio un mecenas muy importante a partir de 1929: Sir William Morris, el dueño de la fábrica de automóviles que llevan su nombre, que aportó 80.000 libras para reconstruirlo. Las obras duraron cuatro años y en 1933 fue inaugurado por el Príncipe de Gales. Al año siguiente disponía de 120 camas para nuestra especialidad y coordinaba 22 clínicas regionales. En honor a su benefactor se le cambió de nuevo el nombre por el de Wingfield-Morris Orthopaedic Hospital. Este es el hospital que conoció Trueta cuando Girdlestone le invitó a dar una conferencia y en el que radicó bajo la protección de este maestro que pasó a ser su guía y su valedor. El panorama se ensombreció cuando el 3 de septiembre de 1939 el primer ministro Neville Chamberlain comunicó a los británicos por radio que los ejércitos alemanes habían invadido Polonia y bombardeado duramente Varsovia, con lo cual la Gran Bretaña entraría en guerra. Seis días

después Girdlestone había obtenido el permiso para que Trueta pudiera trabajar en su servicio como “consejero” del ministro de sanidad, una especie de subterfugio para permitirle operar sin exámenes ni convalidaciones. Sir Morris le proporcionó una ayuda económica de 50 libras esterlinas mensuales durante seis meses. No tardaron en llegar heridos de guerra y empezó la aplicación del método español en las heridas y en las fracturas abiertas.

Girdlestone era profesor universitario y a los 60 años decidió cesar en esta función docente; tenía que ser nombrado un sucesor y el cargo recayó en John Herbert Seddon, que con su experiencia en heridos de guerra sistematizó el tratamiento de las lesiones de los nervios periféricos en una monografía que ha quedado como un clásico de esta patología. El Hospital General de Oxford era la Radcliffe Infirmary y en él fue necesario organizar un servicio de accidentes del que fue encargado el cirujano canadiense James Scott, también colaborador de Girdlestone; esta unidad disponía de 30 camas. El 20 de mayo de 1940 las tropas alemanas ya habían invadido Francia y los ejércitos vencidos en retirada se reagruparon alrededor de Dunkerke y fue necesario evacuarlos hacia Inglaterra lo más rápido posible; se había formado una bolsa de 300.000 hombres entre ingleses y franceses y en ella había muchos heridos. Fueron embarcados por la Navy y en barcos menores, en veleros, en yates deportivos, en barcos de pesca; todo método de transporte marítimo fue utilizado en esta tarea titánica jamás repetida. Un alud de heridos llenó los hospitales y a Oxford evacuaron a muchos oficiales franceses, posiblemente porque Trueta hablaba francés. Trató a unos cincuenta y todos se marcharon por su propio pie.



El Dr. Trueta y su esposa Amelia en Oxford con vestimenta de la defensa civil.

Su constante labor curando heridos y propagando su método le valió el aprecio de las autoridades británicas que finalmente le extendieron una Carta de Identidad con fecha del 20 de junio de 1942. La guerra ocupaba a todos los cirujanos y Scott tuvo que enrolarse en la Royal Air Force canadiense, en la sección ortopédica a las órdenes de Sir Reginald Watson-Jones. De la experiencia de este equipo nació el *Tratado del Tratamiento de las Fracturas* en cuyo prólogo Watson Jones imprimió su frase “en el tratamiento de las fracturas la fisiología es más importante que la carpintería”, consejo que en plena era de la osteosíntesis todos deberían tener en cuenta. En 1943 la citada vacante de Scott fue cubierta por Trueta, que pasaba a ser jefe de una unidad de traumatología que había crecido hasta 120 camas y que tuvo que atender con un solo ayudante, el húngaro Dr. Lazlo. El prestigio adquirido por este servicio hacía llegar a muchos cirujanos visitantes pertenecientes a los ejércitos británico, canadiense y norteamericano. La revista *Lancet* reconoció la bondad del método diciendo: “No podemos

inventar cómo trabaja la naturaleza, sino descubrirlo, que es lo que Trueta ha hecho y demostrado en su libro”. El pequeño libro publicado en catalán durante la guerra civil había sido traducido al inglés por su joven hija Amelia con la ayuda de un corrector y en 1943 salió a la luz una obra ampliada con la experiencia inglesa, cuyo título fue *The principles and practice of war surgery*. No tardó en concedérsele el máximo reconocimiento y el 6 de mayo de 1943 fue nombrado Doctor Honoris Causa de la Universidad de Oxford en la sala gótica del Divinity School, siendo su padrino el Prof. Girdlestone, que en su discurso dijo: “Los romanos coronaban un hombre por haber salvado la vida de otro hombre. Hoy nosotros honramos un hombre por haber salvado la vida de muchos”. El jefe del equipo quirúrgico canadiense dijo después del ataque de Dieppe, que: “La frecuencia de heridas graves de las extremidades es alta.... en los campos de batalla y la experiencia en este grupo de casos confirma la validez de los principios establecidos por Trueta” (*Lancet* 1943, 1, 498).



El Dr. Trueta es nombrado Doctor Honoris Causa en Oxford. Le acompaña el Profesor Girdlestone.

Mientras Trueta dirigía el Servicio de Accidentes se creó en el hospital un departamento para investigar cuál sería el efecto de la penicilina en el tratamiento de las heridas y el trabajo se llevó a cabo con mucha reserva bajo las órdenes de un acreditado cirujano. El trabajo se acabó coincidiendo con el final de la guerra y se concluyó que con buena cirugía se conseguían resultados buenos y que con cirugía deficiente la penicilina no eliminaba los errores y el resultado era malo; la asociación de cirugía correcta y de penicilina componían el régimen perfecto.

Durante su estancia en Oxford, Trueta pudo compaginar sus tareas en el hospital con la investigación al lado del Prof. Florey en sus laboratorios de la Sir William Dunn School of Pathology, donde trabajaban Sir Ernst Chain, gran químico judío alemán huido de nazismo, y el prof. Gardner, bacteriólogo. Lograron demostrar que los ratones inoculados con estreptococos se salvaban si recibían penicilina, en tanto que los que no recibían el antibiótico morían. En este ambiente se unió a Barnes para estudiar la circulación linfática en las heridas bien tratadas e inmovilizadas y comprobaron que la quietud focal disminuía la propagación bacteriana, hallazgos que publicaron en *Lancet* en 1942.

Los bombardeos de la aviación alemana sobre Londres causaron estragos en la población civil y muchos ciudadanos quedaban sepultados bajo las ruinas y si eran rescatados se observaba que caían en un estado de choc, fenómeno ya conocido por Trueta a raíz de los bombardeos en Barcelona. La potente defensa antiaérea establecida por los ingleses dio buenos resultados en la Batalla de Inglaterra, pero los bombardeos se reanudaron sin aviones. Se debió al ingenio de un joven alemán que inventó las bombas volantes, que no eran otra cosa que los primeros cohetes bélicos; este ingeniero era Werner von Braun. En esta escalada bélica sólo existía una solución para neutralizarla: descubrir la base desde donde se disparaban las llamadas V-1 y después las perfeccionadas V-2. Los ingleses la descubrieron en Penemunde, situada en la costa del Mar del Norte, entre Holanda y Dinamarca, y su destrucción acabó con la mortífera pesadilla. Trueta y Barnes buscaron las causas del llamado síndrome de aplastamiento por Bywaters y Beall y trabajando en conejos descubrieron que se debía a un espasmo arteriolar en el riñón. Barnes tuvo que dejar la experimentación porque fue incorporado al ejército, pero Trueta pudo continuarla con los doctores Kenneth Franklin y Aldred Barclay, a los que se añadió el anatomista doctor Peter Daniel. Llevaron a cabo la inyección de una sustancia opaca en el sistema circulatorio del conejo y estudiaron su distribución por el riñón con cineradiografía y con cortes de piezas anatómicas, tanto en conejos normales como en conejos a los que se había provocado un choc atándoles un torniquete en la raíz de un muslo. En los animales sanos la circulación renal era más lenta que en los que tenían choc, es decir, que en éstos se aceleraba. Así se descubrió que en el riñón había dos circulaciones, una cortical y una medular, y que en el estado de choc la sangre circulaba más rápida como si tomara un atajo; provisionalmente las denominaron circulación mayor, que hacía en estado normal que la sangre recorriera todo el riñón por la zona cortical y por la zona medular o central, y circulación menor que permitía el curso más rápido a través del riñón en estado de choc. Todo el trabajo fue recogido en un libro titulado *Studies of the renal circulation* que apareció en 1947 y que fue firmado por Trueta, Barclay, Daniel, Franklin y la secretaria Marjorie Prichard; ésta había sido con anterioridad la secretaria de Lord Carnavon cuando él descubrió la tumba de Tutankamon. El libro tuvo gran éxito y fue considerado como una de las mayores aportaciones de la patología quirúrgica de los últimos tiempos. El Prof. John Fulton de Yale (EUA) le escribió en términos encomiásticos: "Felicitaciones. Es el hallazgo más importante desde el

descubrimiento de la insulina por Banting y Best". Trueta fue invitado a dar varias conferencias en Estados Unidos y en Canadá y la prestigiosa revista norteamericana *Physiological Review* le pidió que escribiera un capítulo sobre la regulación de la circulación renal para el volumen anual que incluye los hallazgos más importantes del año. En el prólogo del libro Trueta incluyó una cuarteta en catalán del poeta Ausiàs March —con su traducción inglesa— que se refiere al progreso humano en el que una innovación no cierra el camino sino que abre otros nuevos y que por lo tanto lo que es novedad hoy no lo será mañana porque nuevas verdades lo dejarán atrás.

Para los ingleses el Prof. Trueta fue un héroe de la segunda guerra mundial y como tal fue tratado en una revista juvenil. Su hija Amelia nos resume así los artículos que le dedicaron:

El tebeo inglés *The Eagle* ("El Águila"), uno de los más populares en Gran Bretaña publicaba una serie que llevaba por título "Hombres de Gloria", escrita por su "investigador especial", Macdonald Hastings. Las ediciones del 16, 23 y 30 de mayo de 1959 iban dedicadas al Profesor Josep Trueta.

El primer capítulo llevaba por título "El médico que se atrevió", y contaba la "gran historia de un hombre noble que ganó la gloria salvando vidas —no arrebatándolas". Procedía a exponer la biografía de Trueta —que había nacido en Barcelona, que en 1936 se dedicaba a curar heridos, y no a la política, y que empezó a tratar los heridos por el sistema oclusivo, que tan buen resultado iba a dar ya en plena guerra. "Ya os he contado muchas veces", sigue el artículo, "las vidas de personas que alcanzaron la gloria en el campo de batalla. Puede ser más difícil, mucho más, ser fiel a uno mismo sin una pistola en la mano. Trueta luchó... con un vendaje empapado en yeso". Después de varias anécdotas, más o menos emocionantes —termina dando detalles apetecibles del próximo artículo... Todo ello acompañado con un dibujo de un bombardeo en el que se adivina la catedral de St. Pablo —en Londres.

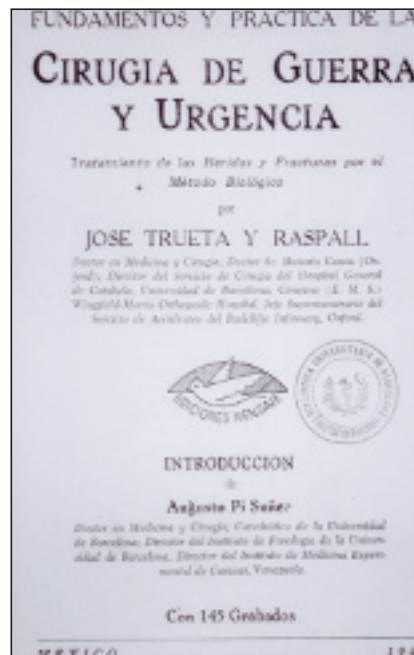
El segundo capítulo lleva por título "Juicio al Profesor Trueta". Éste lleva un dibujo de un hombre con las manos atadas, al lado de una enfermera y rodeado por milicianos armados de muy mal aspecto. "En el caos de la guerra civil española, el cirujano jefe del hospital más grande de Barcelona —un hombre llamado a salvar miles de vidas aplicando un nuevo método en el tratamiento de heridas de guerra— se enfrenta a una acusación por asesinato". Explica cómo uno de sus pacientes murió, y que se le acusaba a él de haber dado las órdenes de inyectarle una sustancia errónea que causó la muerte del infeliz paciente. Se salvó, dice el artículo, de milagro, ya que uno de los "jueces" le conocía y daba fe de su inocencia. El artículo acaba explicando que Trueta se exilió a Inglaterra en 1939.

El tercero se llama "El médico que Gran Bretaña necesitaba". En esta página se ven varios cirujanos operando, con la enorme luz de los quirófanos encima. "Durante la Guerra Civil Española —que fue un ensayo para la Segunda Guerra Mundial— un fantástico cirujano en Barcelona desarrolló un tratamiento nuevo para las heridas de guerra y aprendió... cómo tratar heridos de bombardeos. A punto de empezar la guerra mundial de 1939, la Gran Bretaña necesitaba urgentemente los consejos y experiencias del Prof. Trueta. "Si lo vierais ahora en Oxford, donde es el catedrático Nuffield de Cirugía Ortopédica de la Universidad, creeríais que se trata de un inglés típico... Pero cuando llegó a Inglaterra casi ni hablaba inglés. Tampoco estaba muy contento con la estupidez de Gran Bretaña por no darse cuenta que lo que pasó en Barcelona fue preludio de lo que iba a suceder en Londres. Pero, pensara lo que pensara de nosotros, no teníamos ninguna duda de lo que nosotros pensábamos de él". Entonces explica cómo fue que vino a Inglaterra, invitado para dar consejos sobre lo que habría que hacer cuando Alemania atacara Gran Bretaña. No quería venir— estaba muy agotado y desmejorado. Al final lo convencieron —con el propósito de pasar unas semanas y luego irse a Venezuela. Pero al final se quedó. Ahora, años después, continúa sus investigaciones en Oxford, estudiando y enseñando. Su máximo interés es el de descubrir las causas de los trastornos del hueso

– al principio y al final de la vida. “Si Trueta lo logra, será una victoria más importante que la que haya logrado jamás ningún general”.



Edición catalana del tratamiento de las fracturas de guerra, 1938.



Edición mexicana de Cirugía de Guerra y Urgencias, 1944.

POLÉMICAS SOBRE EL MÉTODO CERRADO

Trueta pudo empezar a participar en debates de la British Orthopaedic Association en 1940 cuando fue nombrado de manera honorífica miembro, de manera que fuera posible su participación en las sesiones con derecho a intervención. En 1942 el *British Medical Journal* publicó un artículo sobre su programa quirúrgico de los “cinco puntos”, que tuvo una gran acogida. Al cabo de pocos meses la revista del ejército *Journal of the Royal Army Medical Corps* le dedicó un editorial titulado “El mensaje de Trueta” con estas palabras seleccionadas por el propio Trueta: “Los sabios siempre consiguen expresar grandes verdades con muy pocas palabras... Y fue John Hunter quien replicó a un colega dubitativo: “¡No pienses! ¡Pruébalo!”. La manera de presentar en cinco frases el breve tratamiento de las heridas de guerra y de las fracturas hace pensar que Trueta también lo consigue con aquella misma brevedad y humor”.

En mayo del mismo 1942 apareció en el periódico *Sunday Express* un artículo de su corresponsal en Moscú, Paul Holt, bajo el título de “Ochenta de cada cien heridos soviéticos vuelven al campo de batalla”. El periodista había visitado el Hospital Botkin, que había pasado de las 500 camas iniciales a 2.300, y escribía: “Se ha hecho un progreso satisfactorio con la utilización de vendajes de yeso sobre las heridas abiertas. Este método tan remarcable para evitar la generalización de las infecciones, fue descubierto por casualidad durante la guerra civil española entre los republicanos, que faltos de material médico colocaban pedazos de ropa sobre la herida y los dejaban durante largos periodos”. Se trata de una explicación poco concorde con la realidad de una experiencia larga en la sanidad militar y en el trabajo hospitalario de Trueta.

En su libro Trueta hablaba de la aportación de cirujanos como Winnett Orr, Ollier, Pirogoff y otros. Sin él saberlo su libro había sido traducido al ruso y leído por los cirujanos soviéticos y a partir de entonces “la técnica de los yesos iniciada en el lado republicano de la guerra española” pasó a ser conocida como el método de Pirogoff. En Francia lo llamaron método Ollier, en Italia método de Magatti y con mayor razón los norteamericanos usaron el de método de Orr, apropiación de nombre

injustificada porque Winnett Orr en Nebraska jamás trató heridas de guerra y por lo tanto desconocía el valor decisivo de la excisión de los tejidos lacerados y desvascularizados, antes de cubrirlos con un vendaje de yeso.

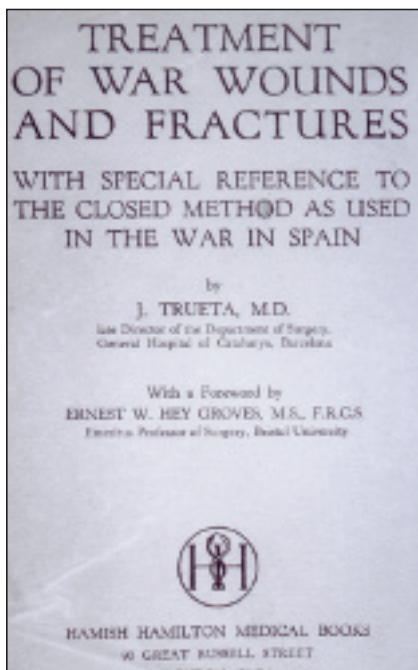
La polémica más interesante fue la que tuvo Trueta con Watson-Jones, a partir de un escrito de éste en el *British Medical Journal* en el que le consideraba "el que había desarrollado el método de Winnet Orr durante la guerra civil española". Se quejaba Watson Jones de que Hamilton Bailey en su obra *Surgery of Modern Warfare* dijera: "El método del yeso cerrado fue desarrollado a partir de la técnica de Böhler por cirujanos participantes en la guerra civil española, particularmente por Trueta... hemos de considerar que aún se encuentra en periodo de pruebas". Watson-Jones replicó: "Nada puede estar más lejos de la verdad. Trueta no desarrolló la técnica. Böhler la rechaza. Es la técnica de Winnet Orr. Fue desarrollada durante la última guerra hace un cuarto de siglo. Los casos fueron debidamente documentados en 1929. Algunos cirujanos puede que no oyeran hablar de él hasta que fue usado en España". Trueta se disponía a replicar, porque Watson-Jones aconsejaba a sus colaboradores la sutura primitiva de las heridas frescas, pero Girdlestone y Seddon insistieron en hacerlo ellos y en el mismo BMJ le contestaron:

"Señor director estamos de acuerdo con Mr. R. Watson-Jones en que es importante "pagar el crédito donde el crédito es debido". Tiene razón al atribuir el tratamiento cerrado a Winnett Orr; Trueta hace lo mismo (ved su manual *Treatment of War Wounds and Fractures*, p. 13) y lo hace en términos muy generosos".

"Pero Mr. Watson-Jones añade "Trueta no desarrolló la técnica". Quizás querrá aceptar que lo ha utilizado con mucho éxito en una larga serie de casos en lesiones de guerra moderna, que ha extraído los detalles del método, que ha definido sus posibilidades y sus limitaciones y que ha llevado a cabo una mejora revolucionaria en el tratamiento primero en España., después en Francia y más tarde en este país, a menudo contra la indiferencia y hasta incluso contra la oposición activa. Mr. Watson-Jones puede que no lo llame un "desarrollo activo", pero en este caso la palabra, tal como él la utiliza, no tiene el sentido habitual. Ciertamente, quienes han tenido el privilegio de ver trabajar a Trueta están convencidos de que ha llevado el método lo suficientemente lejos del lugar reclamado por su ideador y de que ha hecho una muy valiosa contribución a la cirugía de guerra. G.R. Girdlestone y H.J. Seddon". Así pues del método de Orr lo único que utilizó Trueta fue la envoltura con el yeso y nos recuerda nuestro cirujano que Orr rechazaba la excisión de los tejidos lesionados diciendo que la Naturaleza se encargaría de eliminar lo que era muerto y que no era necesario que fueran los cirujanos los encargados de hacerlo. Al término de esta discusión comentaba Trueta que en los heridos americanos la inmovilización sin resección fue la causante de infecciones y de gangrenas.

Cuando apareció en 1943 su libro *The Principles and Practice of War Surgery* un experto en la materia como S.M. Cohen escribió: "Yo creo honradamente que Orr no hizo nada por las heridas de guerra; jamás comprendió o describió los principios de la excisión de las heridas; que si bien utilizó el yeso en casos de osteítis y en algunas fracturas, nunca entendió el porqué de la inmovilización... Creo que usted ha aportado un concepto totalmente nuevo en el tratamiento de las heridas de guerra... Este ha sido: eliminar todo el material muerto y no habrá organismo alguno que sobreviva... Recuerdo muy bien vuestra declaración a la Royal Society of Medicine, que no había límite de tiempo para hacer la excisión, y que incluso 48 horas después de producida la herida usted practicaba excisiones completas sin peligro, con la condición de que se mantuvieran en una completa inmovilización... Me han informado de que en el libro a punto de publicar sobre gangrena gaseosa, a cargo del Medical Research Council, la excisión, incluso al cabo de días, es recomendada".

En 1943 otra vez Watson-Jones envió unas notas a *The Lancet* en las que mostraba su aquiescencia a los postulados de Trueta y decía: "Un paso esencial es la amplia división de la



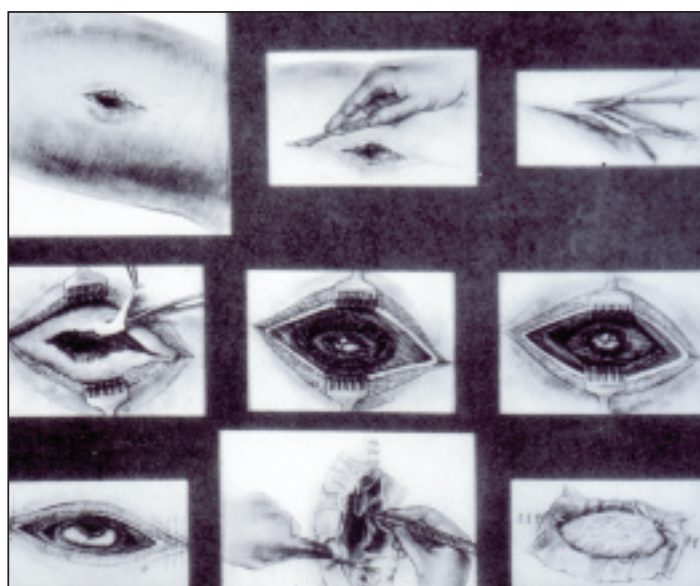
Edición inglesa del tratamiento de las heridas de guerra, 1944.

fascia profunda, para facilitar la hinchazón de los músculos sin estrangulación ni isquemia. Bajo ningún concepto se puede permitir la sutura de fascia, músculos, periostio ni otras capas profundas de la herida. Similarmente, la piel nunca debe suturarse, con la excepción de las heridas penetrantes del tórax, las heridas abiertas del cerebro y algunas heridas penetrantes articulares... La oclusión puede ser obtenida de modo efectivo con un vendaje de yeso. El cierre de la herida deberá suspensarse con los riesgos de infección.” Se trata de un reconocimiento de los postulados de Trueta ya lejos de las primeras controversias.

En el mismo 1943 *The Lancet* publicó un artículo del cirujano del ejército canadiense J.A. Mac Farlane en el que refería: “De las heridas de los tejidos blandos el 97% fueron exploradas y se efectuaron diferentes grados de excisión y drenaje. Casi todos los tejidos fueron dejados sin sutura y drenados con gasa... muchas de las grandes heridas fueron inmovilizadas con yeso, incluso al cabo de tres o cuatro días. Nos impresionó mucho la comodidad y el buen estado general de los hombres que fueron inmovilizados...”

La experiencia en este grupo de casos confirma la validez de los principios establecidos por Trueta.”

En 1943, los profesores Howard Florey, que había experimentado con la penicilina, y Hugh Crains, neurocirujano, se desplazaron a África del norte con el propósito de aplicar la penicilina a los heridos, añadiéndola al tratamiento quirúrgico. La aplicación tópica no mejoró la evolución de los focos infectados porque era necesario eliminar los elementos muertos para permitir que los vasos del entorno limpiado hasta zonas sanas vehicularan al antibiótico a través de la sangre circulante. Recuerda el caso de un soldado belga con una gran fractura abierta de diáfisis femoral con orificios de entrada y salida por el muslo; a través del de mayor magnitud se había introducido un tubo por el cual se inyectaba en la herida la solución de penicilina a intervalos regulares. Su evolución no fue satisfactoria y Trueta tuvo que practicar la excisión según su pauta, taponar con gasas e inmovilizar y administró la penicilina intramuscular. El enfermo curó, consolidó la fractura y recuperó la función. El papel destinado al antibiótico fue el de servir de complemento a la buena cirugía, y este principio persiste hasta nuestros días.



Técnica del "método español" que Trueta difundió desde Oxford.

EL ESPÍRITU DE CATALUÑA

The Spirit of Catalonia es el título del libro que Trueta publicó en 1946 en Inglaterra y que fue impreso por Oxford University Press con una tirada de tres mil ejemplares; su edición castellana se imprimió en Méjico en 1950; la catalana tuvo que esperar la normalización política que la permitiera hasta 1977, reimprimiéndose siete veces en un espacio de siete años. Fue escrita durante la guerra mundial con la pretensión de hacer llegar a los intelectuales ingleses este esbozo de la vida cultural y política de Cataluña desde su nacimiento hasta la edad moderna a través de una agrupación temática en nueve capítulos.

En el primero, llamado "A cada lado de los Pirineos", explica el origen medieval de Cataluña como consecuencia de la reconquista que empezó entre los francos cuando Carles Martel paró a los árabes en Poitiers en el año 733 y esta progresiva expulsión hacia el sur culminó en el año 785 con la liberación de Gerona a cargo de Luis el Piadoso, hijo de Carlomagno, y de Barcelona en el 801. Así nació la Marca Hispánica como avanzada fronteriza frente al mundo islámico con un reparto de propiedades entre los soldados conquistadores de origen godo —refugiados hacia el norte—, galo, gascón y franco. A partir de esta estructura de condados nació Cataluña y más tarde se expandió hacia el sur hasta llegar con Jaime I el Conquistador hasta Murcia y las Baleares. Murcia se entregó al rey de Castilla y quedó delimitado entonces el territorio de expansión lingüística catalana. Con la batalla de Covadonga en el 716 Don Pelayo inició la creación del reino de Asturias y de su expansión hacia el sur nació la nación castellano-leonesa, que acabaría con predominio de Castilla con su romance inicial que por evolución originó la lengua castellana. En el noroeste peninsular empezó otro foco de reconquista, que por expansión hacia el sur crearía a partir de Galicia a Portugal, con su propia lengua galaico-portuguesa. Todos los romanistas reconocen estos orígenes lingüísticos de los pueblos peninsulares.

En el extremo occidental de la península quedaron los pueblos vascones a cada lado de los Pirineos, aquellos que no habían sido romanizados y tampoco arabizados, y formaron una comunidad que no fue partida hasta que la corona de los austrias en 1589 cedió a los borbones el norte de este país. El Tratado de los Pirineos, que se firmó en la Isla de los Faisanes en el año 1659 fue una de las derrotas más vergonzantes de nuestra historia y para Cataluña representó su amputación por el norte con la pérdida de parte de la Cerdaña, del Conflent, del Vallespir, de la llanura del Rosellón, las tierras donde se había fraguado el nacimiento de la Marca Hispánica y la cristianización a cargo de la orden benedictina desde Cuixá. De este modo explicó Trueta a los ingleses el origen de los pueblos peninsulares con sus territorios culturales bien diferenciados que han llegado a nuestros días. Los rescoldos de esta división sobre los dos pueblos —catalán y vasco— siguen siendo tema tabú para los políticos y cuando afloran intentos de colaboración cultural o política los poderes centrales a cada lado de la frontera hablan de "irredentismo" y los prefectos de cada departamento responden con su lógico jacobinismo.

El libro sigue con la formación de la identidad cultural catalana, con la aparición de sus estructuras políticas, entre las que destaca el primer código legal que son los *Usatges* y el primer parlamento, que fue en unos pocos años más antiguo que el inglés. Se extiende en las biografías de Ramon de Penyafort, de Ramon Llull, de Arnau de Vilanova (actualmente tres hospitales llevan su nombre, en Montpellier, en Valencia y en Lérida), de Francesc Eiximenis, de Vicenç Ferrer, de Bernat Metge, de Ramon de Sibiuda, de Joan Lluís Vives, de Miquel Servet. La vida de cada uno de ellos es el hilo conductor alrededor del cual se desgranar los acontecimientos culturales, sociales y políticos de Cataluña primero y de la Confederación catalano-aragonesa después, hasta llegar a la unión marital de los Reyes Católicos y a la creación de un único reino con Felipe II, que unificó la península bajo su mano al incorporar a Portugal en su corona, utilizando como medio el que siempre se había aplicado, el de las uniones matrimoniales.

En el último capítulo comenta la España de los borbones, edificada según el modelo centralista francés que se gestó alrededor de Luis XIV en Versalles con la colaboración de Mazarino, de Richelieu, de Condé, de Fouchet, y que fue la que conoció el futuro Felipe V nieto del Rey Sol. Con los Decretos de Nueva Planta murió la Corona española de corte federal al modo austriacista, respetuosa con las diversidades de sus pueblos, y nació la que ha llegado hasta nuestros días, centrada en el hegemonismo castellano. Una visión de naturaleza menos centralista renació con la Primera República, cuyos ideólogos optaron por una solución de tipo federal respetuosa con las identidades nacionales españolas agrupadas en los pueblos castellano, catalano-valenciano-balear, vasco-navarro y gallego. Trueta cita las palabras de uno de los intelectuales federalistas que fue el valenciano Blasco Ibáñez: "Espero que algún día toda la península, desde los Pirineos hasta el estrecho de Gibraltar, desde el Mediterráneo hasta el Atlántico, formará una Confederación de estados autónomos". Nosotros hemos alcanzado el siglo XXI y en los debates persisten la propuesta federal del Partido Socialista en Cataluña, la idea de autonomía asimétrica, la esperanza de una Europa de los pueblos frente a la Europa de los estados, y de modo más inmediato entre nosotros el ideario de Herrero de Miñón, que él llama austriacista frente al borbónico impuesto y heredado. En *La Vanguardia* del 6-XII-01 y de 20-III-03 ha dicho: "El caso español es más complicado dada su estructura plurinacional"; "Los separadores no aceptan la España plural"; "integrarse en esta 'supranación' que es España"; "existen identidades nacionales diferentes".

El libro de Trueta, brevemente comentado, es de una gran riqueza informativa y merece una lectura atenta como rica fuente de ilustración que es sobre la naturaleza de España, tal y como él y otros muchos de su tiempo la entendieron. La prensa de su tiempo se hizo eco del mismo y aparecieron comentarios muy elogiosos en el *British Medical Journal*, en *The Economist*, en *The Irish Times*, en el *New York Herald Tribune* y en revistas especializadas en historia. Reproduce este texto de *The Economist*: "Esta es una obra de historia pero con un incisivo espíritu contemporáneo. Es la historia de su propio pueblo escrita por uno de los más eminentes catalanes vivientes. La ignorancia de las realizaciones de los catalanes, incluso entre gentes con buen conocimiento de la historia de Europa, es notable... El doctor Trueta sostiene que quienes creen que el problema catalán ha sido acabado por Franco, se verá que se equivocan". Solamente Edward Sarmiento le criticó al decir que "el doctor Trueta sufre el provincianismo de las pequeñas nacionalidades".

CATEDRÁTICO DE ORTOPEDIA

Cuando acabó la guerra mundial los cirujanos movilizados por el ejército fueron volviendo a sus puestos de trabajo hospitalario. En Oxford, Girdlestone retomó la dirección administrativa y regional del Wingfield Morris Orthopaedic Hospital ayudado por J.C. Scott, y Seddon se ocupó de las funciones docentes de la cátedra. Por primera vez en un servicio de cirugía ortopédica el trabajo empezó a dividirse en sectores especializados: la patología congénita de la cadera sería para Seddon, la cadera adulta para Foley, la escoliosis para Scott, las infecciones óseas y pronto la poliomielitis para Trueta y para Taylor los enfermos de Girdlestone que él no podía atender. A lo largo de los primeros años de postguerra la convivencia entre Girdlestone, fundador y organizador del hospital y Seddon se volvió tensa porque el primero tenía por hija suya toda la estructura creada. En Londres la universidad creó una cátedra de ortopedia y Seddon pudo obtenerla, volviendo a la actividad de cirujano en su antiguo hospital, el Royal National Orthopaedic Hospital. En Oxford, la universidad disponía de cinco cátedras sufragadas desde 1934 por Sir Morris, el propietario de la fábrica de automóviles, que había sido ennoblecido por la Corona con el nombre de Lord Nuffield. Estas cátedras eran: Cirugía, Medicina Clínica, Obstetricia y Ginecología, Anestesiología y Ortopedia, que habían sido creadas con una donación de 2.000.000 de libras.

En 1948 Trueta presentó su currículum (*"application for the post"*) para optar a la vacante de Seddon con el beneplácito y la ayuda de Girdlestone, quien además le obtuvo la nacionalidad británica. La cátedra le fue adjudicada y pasó a formar parte del quinteto catedralicio oxoniano con los profesores Witts (medicina), Chassar Moir (ginecología), Allison (cirugía) y Mac Intosh (anestesia).

La situación económica del hospital pasaba por una fase crítica y Lord Neuffield adelantó 50.000 libras de una nueva donación que sería continuada con otras aportaciones. Al ser ampliado el hospital pasó a llamarse Neuffield Orthopaedic Centre, última modificación de su nombre desde el primitivo Wingfield. La donación de 200.000 libras en 1956 hizo posible la construcción de un centro de investigación con su estabulario y de un centro de enseñanza.

El nuevo complejo, adscrito a la cátedra de ortopedia, fue inaugurado por la Reina en 1958. Estas instalaciones permitieron a Trueta desarrollar unas líneas de investigación que marcarían importantes hitos en la patología quirúrgica de nuestra especialidad. Paralelamente a la tarea investigadora retomó su larga experiencia en el tratamiento de la poliomielitis y redactó su libro *Poliomielitis* junto con Kinner Wilson y Margaret Agerholm; fue traducido al castellano y publicado por Editorial Juventud gracias al trabajo de su alumno Rafael Esteve de Miguel.

Sería interminable referir la totalidad de trabajos que salieron de esta escuela bajo la batuta de Trueta y para dar una idea de ello los hemos agrupado en líneas temáticas. Recordemos ante todo que la conjunción de sus conocimientos sobre las infecciones de los huesos y la circulación ósea le llevó a describir los tres tipos de osteomielitis ya clásicamente aceptados: hasta los doce meses de edad los vasos comunican epífisis y metáfisis y configuran la osteomielitis del lactante, altamente destructiva para la articulación; a partir de los doce meses y hasta el final del crecimiento la fisis actúa de barrera entre ambas circulaciones y define la osteomielitis infantil y la juvenil; con el final del crecimiento la fisis se osifica, las circulaciones epifisaria y metafisaria se anastomosan y así se explica la osteomielitis del adulto.

Los estudios sobre origen y formación del hueso se publicaron en estos trabajos con sus correspondientes colaboradores:

- Morgan. "El método de inyección" (1960).
- Little. "La microscopia electrónica" (1960).
- Amato. "El cartílago de crecimiento y la isquemia" (1960).
- Trias. "El cartílago epifisario y la presión" (1960).
- Buhr. "El cartílago epifisario y el raquitismo" (1963).

A partir de sus investigaciones, Trueta propuso como origen del osteoblasto las células de la pared de los capilares que migrarían y formarían alrededor de éstos una primera capa de una nueva osteona transformándose en osteocitos. Al exponerlo en su libro aportó esta frase del Levítico *Quia anima carnis in sanguine est* ("Porque la vida de la carne está en la sangre"). En Lovaina, Pierre Lacroix tomó la antorcha de esta línea de investigación y después de publicar su libro *La Organización de los Huesos* dirigió las tesis de sus alumnos Dhem, Coutelier, Ponlot, Vincent, De Nayer y Rombouts, creando una de las escuelas europeas más punteras e innovadoras en la investigación de la osteogénesis.

La descripción sistematizada de la circulación ósea fue uno de los objetivos de su centro experimental y así nacieron los trabajos que llegarían a divulgarla y hacerla conocer de modo definitivo:

- Harrison. "La cabeza de fémur del adulto" (1953).
- Cavadias. "El enclavamiento de Kuntscher" (1955).
- Stringa. "Los injertos óseos" (1957).
- Geiser. "Acción muscular y rarefacción ósea" (1958).

- Morgan. “La tibia en crecimiento” (1959).
- Bobechko. “El hueso avascular” (1960).
- Brodeti. “El cuello de fémur con osteosíntesis” (1960).
- Zucman. “Conexiones con el periostio y el músculo” (1960).
- Trias. “Presión persistente y cartílago articular” (1961).
- Scapinelli: “La rótula” (1967).
- Mulfinger. “El astrágalo” (1970).

El conjunto de estos trabajos llevó a dos discípulos a proseguirlos y a publicar sendos libros que son materiales de consulta imprescindible:

- Murray Brookes. *The Blood Supply of Bone. An approach to bone biology.*
- Henry V. Crock. *The Blood Supply of the Lower Limb Bones in Man.*

En Estados Unidos, la escuela de Urist y Mac Lean ha seguido las investigaciones sobre osteogénesis con grandes medios. Recopilaron sus trabajos en el libro *Bone. Fundamentals of the Physiology of Squeletal Tissue*. Lacroix había sospechado que el desencadenante de la osteogénesis reparadora en la consolidación de la fractura sería una sustancia no aislada a la que bautizó como “osteogenina”. Se trata de la “proteína ósea morfogenética” ya aislada por Urist y actualmente comercializada. El último trabajo instigado por Trueta sobre el origen del osteoblasto fue realizado en Barcelona después de su jubilación y llevado a cabo con Bombí y Ribas Mujal: “An electron microscopic study of the origin of osteoblasts in implants of demineralized bone matrix” (*Clin. Orthop.* 1978).

Otra línea de investigación en la cirugía ortopédica que debe mucho a la escuela de Oxford dirigida por Trueta fue la artrosis, centrada sobre todo a nivel de la cabeza femoral. Contó para ello con la colaboración de Harrison y con la de Fritz Schajowicz, que había huido de la persecución nazi en Viena. El conjunto de los hallazgos se expuso en el artículo “Osteoarthritis of the hip; a study of the nature and evolution of the disease” (1953). Así pudimos conocer que en la cabeza artrósica existe una hiperemia y que ésta es de tipo venoso por ingurgitación al estar dificultado el drenaje venoso. Paralelamente se comprobó el efecto descompresivo de las osteotomías intertrocanterias. Schajowicz emigró finalmente a la Argentina y organizó un centro de patología ósea junto con el cirujano ortopédico Ottolenghi, discípulo de Putti en Bolonia. El trabajo de Schajowicz sobre los tumores óseos se vio premiado con el encargo de la OMS para que con Ackerman y Sissons publicara un libro con la clasificación internacional de estos tumores. Las investigaciones sobre la circulación del hueso y la artrosis fueron continuadas en Tolosa por otro discípulo de Trueta, Paul Ficat, que en colaboración con el reumatólogo Arlet, organizó en la Université de Toulouse unos cursos sobre Circulación Ósea que adquirieron gran renombre en la Europa occidental y a los que acudían muchos cirujanos ortopedas; nunca falté a aquella cita anual que tuvo cuatro ediciones. La obra de Ficat ha quedado plasmada en sus libros, artículos y monografías sobre artrosis en la cabeza femoral y en la rótula, y a él debemos el conocimiento de la degeneración cartilaginosa o condrosis, como fase preartrósica.

La labor ingente de Trueta podía haber quedado dispersada en las páginas de las revistas donde sus artículos aparecieron y habría sido muy difícil tener un conocimiento de conjunto de la misma. Pero fue él mismo el que se puso manos a la obra para recolectar tan amplia producción y ordenarla hasta dar cuerpo a un volumen extraordinario que fue su gran libro, su *opera magna* en forma de cuerpo doctrinal: *Studies of the development and decay of human frame*. Pudo ser publicada en castellano en 1975 gracias a la traducción con el apoyo de sus alumnos Roig Boronat y Fernández de Valderrama, su yerno.

En el prefacio del libro el autor resume las grandes etapas de su vida de investigador:

“En este libro se describen los estadios principales del proceso por el que, en el curso del tiempo, la masa gelatinosa de los primitivos seres marinos se transformó en la complicada estructura humana que nos permite avanzar erectos sobre dos pies, para declinar más tarde hasta la fase final. En la mayoría de las materias tratadas, hemos podido contribuir personalmente a su estudio, desde los lejanos días de 1926, cuando nos fue encomendado investigar experimentalmente métodos para producir articulaciones en la diáfisis femoral del perro; a partir de entonces, nunca dejamos de interesarnos por el estudio del comportamiento de los tejidos, interés que nos fue provechoso durante la guerra civil española, cuando se nos ofreció la oportunidad de desarrollar lo que llamamos *tratamiento biológico de las heridas y fracturas de guerra* y al que, en 1939, debimos la invitación a trasladarnos al Reino Unido. Una vez en Inglaterra, las facilidades que se nos ofrecieron para la investigación nos permitieron ensanchar el campo de acción de manera que pronto pudimos contribuir al estudio del efecto de la inmovilización sobre la circulación linfática... la obtención de la penicilina para fines terapéuticos... el efecto del shock sobre los vasos de las extremidades y más tarde... estudiamos la circulación renal usando métodos de visualización vascular que más adelante el autor empleó en el estudio de la circulación ósea. La publicación de nuestro libro *Estudios de la circulación renal* en 1947, primero en inglés y luego en castellano, y la elección del autor para la Cátedra de Ortopedia y Traumatología de la Universidad de Oxford nos permitieron proseguir las investigaciones, si bien ya limitadas al campo de nuestra nueva responsabilidad universitaria. Desde entonces y con la estrecha colaboración de diversos becarios y ayudantes, hemos podido cubrir un campo bastante amplio de investigación, con la satisfacción que produce toda labor creativa, durante el cuarto de siglo transcurrido en Oxford hasta nuestra jubilación de la Cátedra.

La mayor parte del material estudiado, junto con muchas de las contribuciones que a nuestro juicio requerirían ser incorporadas desde entonces, constituyen el material expuesto en la presente obra..., nuestro propósito ha sido crear una secuencia del proceso por el que el magnífico impulso creador que dio forma a la “Energía Inicial”, a la que el Génesis se refiere como “Luz”, se ha convertido en el conglomerado de esperanza y de frustración que constituye el ser humano. Como médico y como investigador de laboratorio, sentimos profunda admiración por los dos tipos de especialistas de dedicación completa, el clínico y el investigador, entre los que el autor sólo puede considerarse como un trabajador de ocupación parcial. Sin embargo, es posible que nuestro doble interés nos haya permitido emprender una labor que tanto el sesudo hombre de ciencia como el clínico reputado se hubiesen sentido menos propensos a emprender.”

Tan ingente labor le dio una merecida fama mundial y su reconocimiento se hizo patente en los nombramientos de Doctor Honoris Causa. Lo había sido en Oxford, como lo fueron también con anterioridad Ramón y Cajal y con posterioridad Severo Ochoa a quien él acompañó. Vinieron después los nombramientos por las universidades de Buenos Aires, Río de Janeiro, Goteborg y Autónoma de Barcelona. A su Nuffield Orthopaedic Centre acudieron muchos jóvenes cirujanos ávidos de formación investigadora y docente y su esfuerzo se plasmó en los trabajos que hemos referido y muchos de ellos llegaron a ser jefes de servicio y catedráticos en sus respectivos países. Entre los de procedencia española debemos citar a Esteve de Miguel, a Munuera, a Fernández de Valderrama —casó con su hija menor, Julia—, a Sarrias, a Poal Manresa y a Roig Boronat.

La relación de Trueta con Francia había sido antigua, intensa e ininterrumpida, desde que de joven aprendiera el francés como lengua de relación científica e internacional. Uno de sus amigos fue el profesor René Leriche, autor del libro *Physiologie et Pathologie du Tissu Osseux*, en el que por vez primera se exponían las relaciones entre el aparato osteoarticular y el sistema nervioso. En 1945, ya acabada la guerra mundial, los políticos franceses empezaron a establecer procesos de depuración sobre aquellos ciudadanos que hubieran colaborado con el gobierno de Vichy presidido por el Mariscal

Pétain o directamente con los alemanes. Leriche fue acusado de colaboracionista por sus relaciones con Pétain y su integridad peligraba, cosa que detectaron los servicios secretos británicos y esto llegó a oídos de Trueta, que lo hizo saber a su amigo y colaborador Barnes. Le entregó una carta de Leriche, la última recibida, en la que decía en plena guerra mundial: "Esperemos que el mundo de la libertad volverá". Barnes, vestido con uniforme de capitán de sanidad, se desplazó a Francia y advirtió a Leriche del peligro que le acechaba y le comunicó que se había obtenido para él la protección británica. En 1946 Leriche le invitó a desplazarse a París y a asistir a la cena de gala que se celebraba para homenajear al Prof. Robert Merle d'Aubigné, que había sido nombrado sucesor de Mathieu en la cátedra de cirugía ortopédica. Una gran amistad unió siempre a Merle d'Aubigné y a Trueta, al que cariñosamente llamaba *Pep*, como pude escuchar cuando estaba en el hospital Cochin y el patrón le había invitado a dar una lección.

A partir de sus cincuenta años, Trueta ya se encontraba en la cúspide de su trayectoria profesional como cirujano, como investigador y como profesor, y supo aprovechar los medios que tenía en sus manos para elaborar la gran obra científica que ha quedado como una gran cima de nuestra cirugía ortopédica y traumatológica. Al ser conocido en todo el mundo ortopédico empezó a recibir invitaciones para pronunciar conferencias en muchos países, donde se le reconocían sus méritos con honores y condecoraciones. Francia le nombró Chevalier de la Légion d'Honneur y la condecoración le fue impuesta por el mismo presidente Georges Pompidou en los salones del palacete de la familia Rotschild, cabe el Arco de Triunfo, y en presencia de ministro y escritor André Malraux. Tuvo gran amistad con el presidente del Brasil y fundador de su capital, Brasilia, Juscelino Kubitschek, a cuya hija trató de una escoliosis y de una tuberculosis, y le fue impuesta la condecoración de Comandant de l'Ordem Nacional do Cruzeiro do Sul. Durante el viaje a Brasil hizo escala en Lisboa y aprovechando su estancia en ésta fue requerido por Don Juan de Borbón para tener una entrevista e intercambiar pareceres sobre el presente y el futuro de España, cosa que éste hacía con cuantos españoles notables estuvieran a su alcance.

La Sociedad Internacional de Cirugía Ortopédica y Traumatología se reunió en 1951 en Amsterdam para celebrar su Congreso y Trueta pudo asistir; el de 1957 se celebró en Barcelona bajo la Presidencia del Prof. José Valls de Buenos Aires y Trueta fue Vicepresidente. En 1960 el Congreso se celebró en Nueva York y Trueta fue su Presidente, máximo reconocimiento mundial dentro de la especialidad. En el siguiente Congreso, celebrado en Viena, la SICOT le concedió el Premio Robert Danis por los muchos méritos que le adornaban.

En 1952 fue invitado a dar unas conferencias en Portugal; sus alumnos. los profesores Jorge Draper Mineiro, de Lisboa, y Carlos Lima, de Oporto, fueron los organizadores del viaje. Lo aprovechó para poder pasar unos días en Barcelona, los primeros después de su huida en 1939, y ahora con nacionalidad británica. En sus impresiones referiría que la represión física y espiritual a que fue sometida Cataluña dejaba pequeña la de Felipe V en 1714. Durante el mismo viaje pasó por Madrid y aprovechó su estancia para saludar al Prof. Gregorio Marañón, el cual le invitó a dar una conferencia en su hospital de manera improvisada, a pesar de lo cual había corrido la voz y a los miembros de su servicio se unieron otros médicos hasta abarrotar la sala. Por la noche le invitó a cenar cerca de la Plaza Mayor de Madrid y Marañón le comentó que la ley física nos enseña que para obtener un equilibrio estable necesitamos al menos tres pies y que en el régimen de Franco éstos eran el Ejército, la Iglesia y la Falange, y que el primero en demostrar unos cambios era la Falange, lentamente sustituida por representantes del poder burgués. Larga vida al Régimen, aún le quedaban más de veinte años para mantenerse, aunque fuera con evolución y adaptación, en función de los tiempos y del entorno.

Después de 25 años de trabajo en Oxford y de 20 años de cátedra le llegó el tiempo preceptivo de jubilación a los 68 años de edad; era el mes de junio de 1965. Recibió una invitación del Príncipe

Rainiero de Mónaco para fundar en el Principado un centro de ortopedia y traumatología contando con el mecenazgo de Elie Rotschild y del griego Stavros Niarchos. No se trataba de ampliar con un pabellón especializado el Hospital de Mónaco, sino de construir uno de nueva planta y empezando de cero: organizar el sistema administrativo, distribuir y utilizar las salas, entrenar a las enfermeras y crear todo un equipo humano. La tarea le pareció excesiva a su edad y desistió de ello. Con su esposa decidió que lo mejor era volver a Barcelona, aunque aún duraba el régimen franquista. Aseguró la estabilidad de su estancia a pesar de los antecedentes políticos que pudieran quedar después del Tribunal de Responsabilidades y de la incautación de sus bienes (muebles y biblioteca). Regresó en 1967 cuando le faltaba poco para cumplir los 70 años.

JUBILACIÓN Y RETORNO

El matrimonio Trueta se instaló en Barcelona en febrero de 1967 y no tuvo problemas de tipo político porque continuaba siendo británico y esta situación le protegía. Poco antes, el día 29 de octubre de 1966, el diario *Ya* había publicado la primera referencia de la personalidad de Trueta que apareciera en un gran periódico español, para anunciar que esta "figura internacional de la cirugía ortopédica regresa a España". No todo eran parabienes porque una nota con membrete de "reservado" procedente de la Jefatura Superior de Policía, Brigada Regional de Información de Barcelona, asunto "intelectuales", dice: "Adjunto se remite nota informativa relativa a negociaciones para la vuelta de la Universidad Autónoma de Barcelona del cirujano español, residente en Oxford, José Trueta Raspall, causando extrañeza en medios afectos al Régimen tal decisión" (31 de diciembre 1969). Esta nota dirigida al Excmo. Sr. Gobernador Civil de la Provincia se acompañaba de este informe:

"En una crónica periodística aparecida en el n.º 938 de *La Actualidad Española*, fecha 25 corriente, pág. 15, encabezado con una fotografía de José Trueta Raspall y el rector de la Universidad Autónoma de Barcelona, Don Vicente Villar Palasí, titulado "¿Vuelve Trueta a la Universidad?", se da esta noticia al público".

"En el mismo se informa que dicho famoso cirujano tiene la ilusión de crear una Escuela de Traumatología, no incluida en la actualidad en las Facultades de Medicina españolas".

"Según el artículo en cuestión, después de 28 años de ausencia en España, enseñando en Oxford, con 71 años de edad, han empezado las 'negociaciones' para el retorno de Trueta a la Universidad. Nuestro insigne cirujano no se rinde".

"En los archivos de esta Brigada aparecen los siguientes antecedentes: (resumo) masonería, amistad con Negrín, izquierdismo, responsable de detenciones y muertes de médicos, organización de hospitales de campaña en unión del coronel D'Harcourt, firmante del manifiesto de médicos contra los bombardeos de Barcelona, expedientado por el Tribunal de Responsabilidades Políticas, propagar que en España se seguía fusilando a republicanos en 1944, nacionalizado inglés por influencia de Churchill (había operado a un familiar suyo)... En sectores afectos al Régimen y en otros que sin serlo se sienten conservadores, e incluso catalanistas, han manifestado sus antipatías y desagrado ante la noticia aludida".

En Oxford su jubilación oficial se celebró el día 22 de septiembre de 1968 en el Oriol College con una cena de homenaje. Durante el día se reunió la Girdlestone Society, formada por alumnos del Nuffield Orthopaedic Centre, con asistencia de unos cincuenta miembros. Este año había transcurrido entre varios viajes como invitado para dar conferencias en Nueva York, Nueva Orleans, Memphis, Chicago, y todas las sociedades y universidades le honraron con nombramientos académicos. En Barcelona, la Sociedad Catalana de Cirugía le concedió el Premio Pedro Virgili, por sus aportaciones científicas, y el grado de Miembro de Honor, al mismo tiempo que se concedía el Premio Antonio Gimbernat (éste para un extranjero) al famoso cirujano de Houston, Michael De Bakey.

Su reencuentro con la sociedad catalana, que había dejado en 1939, le fue enseñando cuánto ésta había cambiado. Sus anteriores viajes le habían proporcionado contactos someros, pero ahora se trataba de la recuperación definitiva y última. En sus impresiones dejaba atrás los tiempos de guerra, que él resumía al decir: "Los tiempos que me ha tocado vivir han estado llenos de maldades causadas por las guerras y por los trastornos que les siguen, y que por mi profesión de cirujano me ha tocado vivir tan de cerca". En Barcelona, las sociedades clausuradas por el franquismo renacían lentamente desde la clandestinidad al llegar unos tiempos de permisividad. La Societat Catalana de Biologia, filial del Institut d'Estudis Catalans, le invitaba a dar una conferencia sin el sigilo de hacía unos años, cuando se podía decir que jugábamos al escondite; entró en el Institut como miembro numerario en 1972. La sociedad burguesa barcelonesa en parte se había adaptado el Régimen adoptando su sumisión a él, algunos advenedizos vistiendo camisa azul y otros pasando a utilizar la lengua castellana con sus hijos, cuando a veces a los nacidos antes de la guerra se les había mantenido en el habitual ambiente lingüístico catalán. Este fue un fenómeno que le sorprendió porque se trataba de un trueque lingüístico de naturaleza política. Ha sido algo propio de un sector barcelonés que se concentra en una zona urbana muy concreta y que se reúne en círculos y clubes donde existe una notable endogamia; han creado un especial acento castellano de timbre nasal, gangoso, que en nada favorece a tan noble idioma. Aparte de este sector social, las masas medias urbanas, rurales y obreras nacidas en el país seguían viviendo con su propia idiosincrasia cultural ya milenaria. Trueta entroncó con ellos, buscó el contacto del pueblo llano, de las sociedades culturales y científicas que habían sobrevivido en un ambiente de auténtica resistencia, de las actividades populares que reaparecían desde sus rescoldos, de sus amigos catalanes y españoles con quienes barruntaba sobre lo que sería el postfranquismo. Mientras, no quería recibir reconocimientos oficiales de parte de unas autoridades políticas que se habían revelado poco proclives a su retorno.

En octubre de 1968 se desplazó a Pisa para pronunciar una conferencia y aprovechando este viaje se acercó al norte de Milano donde residía el abad de Montserrat Dom Aureli Maria Escarré, "castigado" por el gobierno español a raíz de unas declaraciones en el periódico *Le Monde* poco favorables al tardofranquismo. Le encontró muy enfermo y aconsejó su inmediato traslado a Barcelona si querían enterrarlo en Montserrat. Así se hizo según disposición del nuevo abad electo Dom Cassià Just y falleció al cabo de seis días. Su funeral en la capilla del convento de monjas benedictinas y en la iglesia de Sarrià fue una de las mayores manifestaciones de duelo de aquellos años. Nació también una buena relación de Trueta con el "estimado amigo" Dom Cassià, que perduraría hasta los últimos y más íntimos momentos de su vida.

En Barcelona se le ofreció a Trueta la posibilidad de organizar un servicio de investigación financiado por la Fundación General Mediterránea y con el impulso del príncipe Juan Carlos. Trabajó en este proyecto durante un par de años y el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau había considerado la posibilidad de ceder un espacio, pero llegado el momento la Fundación quedó sin fondos y el proyecto naufragó; "con gran disgusto para mí", diría. Y añadía que "la esperanza de llegar a demostrar que el hueso no es sino un apéndice del sistema circulatorio, al cual está ligado por los mismos vasos, ya sé que no podré hacerlo yo, y que nunca la veré demostrada".

Sus actividades pasaron a ser académicas como invitado por sociedades y universidades. En Madrid fue invitado para el Simposio Internacional de Rehabilitación por el Director General Sr. De la Mata Gorostizaga, que al poco tiempo llegaría a presidir la Cruz Roja Internacional en Ginebra. Al fallecer su amigo Gregorio Marañón acudió a la sesión académica que se organizó como homenaje y pronunció la conferencia "La homeostasis mineral y el origen del sistema óseo". En Barcelona pronunció cuatro conferencias cuyos textos dieron lugar a sus correspondientes publicaciones, que gozaron de crédito y de prestigio porque revelan la capacidad de visión global de un científico sobre

temas de gran envergadura expuestos de modo claro al alcance de muchos: "Contribución de la cirugía al progreso de la ciencia médica" (Real Academia de Medicina, 1970), "Reflexiones sobre la peste moderna, el accidente en la carretera" (Sociedad Catalana de Biología, 1972), "¿Qué tenemos que hacer con nuestros viejos?" (Colegio de Médicos de Barcelona, 1974), "Fisiopatología del callo óseo" (Sociedad Catalana de C.O.T., 1974).

La Sociedad Catalana le encargó una conferencia sobre "El Futuro de la Enseñanza de la Patología del Aparato Locomotor", que pudo ser grabada y que queda como recuerdo último de su voz. En ella (28-II-74) expuso estas conclusiones:

- La especialidad debería llamarse *cirugía ortopédica*.
- Su objetivo es el estudio y tratamiento de los trastornos del aparato locomotor, sin límite de edad ni de patología.
- La formación debe comprender las bases científicas de la especialidad, de las técnicas quirúrgicas y de los métodos experimentales.
- La enseñanza necesita profesorado propio de la cirugía ortopédica.
- La Universidad precisa de un régimen autónomo para estimular el espíritu creador.

La Sociedad Catalana de COT le organizó una sesión de homenaje el 28 de noviembre de 1974 en la que nos habló de sus recuerdos de 30 años en Oxford y al final de su charla se le hizo entrega de la Medalla de Oro de la Sociedad y del Título de Socio de Mérito de la misma. En cambio no llegó



Trueta en el Congreso de la SECOT de 1974 en Cap Sal-Gerona- con Esteve de Miguel, Cabot Boix, Collado y Bordas (Presidente del Congreso).

a obtener el nombramiento honorífico de la SECOT porque, a pesar de ser propuesto este mérito en el Congreso de 1974 en Cap sa Sal (Costa Brava), su candidatura fue rechazada por algún miembro de la sociedad. Al cabo de 35 años del final de la guerra civil no todas las aguas de la reconciliación habían vuelto a su cauce. Otros méritos y reconocimientos a nivel mundial no le faltaron y los muchos que obtuvo hacen resaltar aún más esta conducta incomprensible. Es obligatorio enunciar los nombramientos que obtuvo en el mundo de la cirugía y de la cirugía ortopédica, llegando a ser Miembro de Honor de estas sociedades no citadas hasta ahora:

- British Orthopaedic Association.
- Royal College of Surgeons –Canadá–.
- Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia.
- Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia.
- Académie de Chirurgie –París–.
- Sociedad Argentina de Ortopedia y Traumatología.
- Royal Faculty of Physicians and Surgeons –Escocia–.
- Societas Orthopaedica Scandinavica.
- Sociedad Latino-Americana de Ortopedia y Traumatología.
- Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- Academia Nacional de Medicina Argentina.
- American College of Surgeons
- Deutsche Orthopädische Gessellschaft.
- Hellenic Society for Crippled Children –Atenas–.
- Academia de Cirugía de Madrid.

- Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona.
- Eastern Orthopaedic Association –Filadelfia, USA–.
- Sociedad Andaluza de Ortopedia y Traumatología.

En septiembre de 1975 tuvo la inmensa alegría de ver editada la traducción de su libro *La estructura del cuerpo humano* por Editorial Labor, gracias al esfuerzo de sus discípulos Fernández de Valderrama y Roig Boronat. Al cabo de un mes falleció súbitamente su esposa y en el calendario Trueta anotó en la página del día 8 de octubre estas palabras que traducimos: “Amelia muere a las 7.30 seguramente por ruptura de miocardio. Mi vida como Pep Trueta que ella ha presidido durante 55 años se ha acabado hoy. Que en el cielo esté y que yo la pueda reencontrar pronto”. Hacía solamente unos pocos días que habían sido recibidos en La Zarzuela por Don Juan Carlos y Doña Sofía en recepción privada.

Durante el verano de 1976 aparecieron en el semanario francés *Paris Match* unas declaraciones del presidente Sr. Adolfo Suárez en las que afirmaba que la lengua catalana no era apta para la enseñanza científica. Tales manifestaciones sentaron muy mal en los medios culturales, universitarios y políticos de Cataluña y en el pueblo llano catalán en general. Se vivió como una ofensa a nuestra lengua románica milenaria, que había sido lengua de estado, lengua vaticana durante los Borja (o Borgia), que había sido plenamente recuperada en todas sus funciones en el siglo xx y reprimida y prohibida primero por Primo de Rivera y después por Franco. Trueta fue el encargado de dar una respuesta pública en *La Vanguardia* el 1 de septiembre de aquel año:

“He dejado que transcurrieran algunos días desde la publicación de las declaraciones del presidente del Gobierno español aparecidas en *Paris Match* n.º 1.422, con la esperanza de que el señor Suárez rectificara por lo menos una de las manifestaciones que el periódico parisiense le atribuía. El no haber encontrado indicio alguno que sugiera la rectificación, autoriza a considerar las declaraciones del señor Suárez como la expresión auténtica de su criterio y no producto de tergiversación idiomática.

El Sr. Suárez hace uso de su derecho a la libertad de opinión al considerar que el idioma catalán no puede servir de instrumento en la enseñanza de la química nuclear; modestamente me permito objetar, creyendo que se equivoca, por el hecho de que hoy mismo se imparten enseñanzas de alta especulación científica en el mismo idioma con el que Ramon Llull escribió su *Llibre de contemplació* hace siete siglos, en el que describió la esfericidad de la tierra y dio las razones científicas en las que se apoyaba su convicción... Lo que me impulsa a hacerlo (a escribirle) es el hecho de que don Adolfo Suárez, presidente del Gobierno —al que consideramos sinceramente ocupado en transformar sin derramamiento de sangre al Estado español de totalitario en una democracia europea occidental— pueda encontrar raro que se le pregunte si podrá cursarse el bachillerato en catalán. ¿Qué democracia sería la que permitiese al jefe del Gobierno el autorizar o suprimir la enseñanza de los niños en la lengua de sus padres?... De otra manera no habríamos salido del molde totalitario que nuestro Rey Don Juan Carlos se ha comprometido en erradicar de los pueblos de España”.

La respuesta más contundente a las manifestaciones de Adolfo Suárez fue la publicación del *Diccionari de la Ciència i la Tecnologia nuclears* a cargo de Antoni Lloret i Orriols, compañero de escuela y juventud, que en mayo de 1979 apareció en Edicions 62 y que con sus más de 300 páginas fue considerada como una obra, “que habrá de rendir un importante servicio tanto a los especialistas, los profesores y los estudiantes de estas materias, como a grandes sectores del público en general; como una obra que deberá contribuir poderosamente a la normalización del uso del catalán como lengua de expresión científica”, según afirmaba en el prólogo el Prof. Enric Casassas. El propio Antoni Lloret decía en la Justificación que “Las dificultades para editar el presente diccionario han sido innumerables. Las razones no son difíciles de imaginar. Toda la cultura catalana ha sufrido una

considerable opresión durante los años de la dictadura franquista, y las obras de carácter científico y tecnológico han sido unas víctimas muy destacadas”.

FALLECIMIENTO



El Profesor Trueta, recibiendo el homenaje de la Sociedad Británica de COT en 1976.

En septiembre de 1976, Trueta se trasladó a Londres para recibir el homenaje de la Sociedad Británica de Cirugía Ortopédica y Traumatología. El lunes día 13 le fue impuesta la medalla de Miembro de Honor por el entonces presidente Mr. Newmann y ésta era la última y más meritoria condecoración del país bajo cuya bandera y nacionalidad había vivido desde que en 1939 huyó a través de los Pirineos, como todos los derrotados que habían tenido igual suerte y que formaron el llamado “bando perdedor”. Aprovechando su estancia en Londres se le practicaron pruebas y exploraciones con las cuales se descubrió la presencia y desarrollo de una neoplasia de carácter infausto. Regresó a Barcelona con la certeza de cuál sería su breve futuro.

El día 23 de septiembre se celebró el Perpiñán el X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana con el que se volvían a reanudar estos congresos interrumpidos por la guerra civil. Trueta se había comprometido a desarrollar una ponencia que llegó a escribir pero que no pudo leer debido a su enfermedad y cuyo título era “Reflexiones sobre los grandes procesos involutivos del hombre de hoy”; fue leída por su discípulo Antoni Trias Rubiés, hijo de Joaquín Trias Pujol. Se trata de una visión global redactada poco antes de fallecer y con su traducción completaremos esta aproximación biográfica del maestro.

Trueta tuvo la esperanza del final de la dictadura y de poderlo vivir, y para ello esperó y se le confirmó el 20 de noviembre de 1975 en que falleció Franco. Luego esperaba el retorno de su amigo de juventud que ahora era Presidente de la Generalitat de Catalunya en el exilio, el Muy Honorable Josep Tarradellas. Pocos sabían de su existencia y de su vida en Francia desde que fue nombrado sucesor al cargo en el exilio en Méjico. Durante mi estancia en la ciudad universitaria de París en otoño de 1965 fui convocado con otros estudiantes catalanes a una exposición de libros catalanes en un centro cultural en Saint Germain-des-Prés y resultó que iba a inaugurarla el Muy Honorable y allí le conocimos. Regresó el 23 de octubre de 1977 y Trueta ya había fallecido el 19 de enero del mismo año. Trueta tenía conocimiento de las gestiones que unos meses más tarde se plasmarían en el proceso de su retorno y del restablecimiento de la Generalitat de Catalunya. Ya no pudo verlo pero dejó entre los suyos el testimonio de una fidelidad democrática que fue reconocida por todos. Al final de su vida y con intervención del Rey recuperó la nacionalidad española.

El día de su entierro fue una manifestación de fervor popular y la basílica de Santa Maria del Mar no pudo dar cabida a todos los que querían acompañarle en el último momento del adiós. Su féretro recubierto con la señera catalana, cosa no vista por ninguno de los jóvenes hasta entonces, causó impresión general, erizó la piel a muchos y sumió en lagrimeo a los asistentes. La homilía corrió a cargo del abad de Montserrat Dom Cassià Just, que le asistió en los últimos días, que le administró su última eucaristía y que le untó con los óleos de la extremaunción. El texto de sus palabras son la última reflexión con Trueta de cuerpo presente y reproducimos parte de ella por mí traducida:

“El Amor verdadero lo hemos conocido por el hecho que Jesucristo ha dado su vida por nosotros. También por esto nosotros hemos de dar la vida por los hermanos”.



Las manos de Trueta ya jubilado en Barcelona.

“El amor es lo más fuerte ... Seremos juzgados por el gesto concreto de amor y de servicio a los más pequeños. Aunque no seamos conscientes de ello, esto es en definitiva lo que cuenta a los ojos de Dios”.

“Debo confesaros que esta palabra de Jesús me conmueve profundamente cuando a través de ella miro el largo itinerario del amigo Trueta como médico, cirujano, investigador y maestro”.

“Ha dedicado su vida al servicio de todos, ya sea cuidando infatigablemente los heridos víctimas del

fascismo en Barcelona o en Londres, ya sea señalando con firmeza a los causantes de tantas opresiones y de tantas tragedias. Su humanismo vigoroso y optimista triunfó sobre la amargura de verse excluido, alejado, olvidado, y aún se preocupó de hacer conocer con ilusión renovada la dignidad y la opresión de su pueblo”.

“Oficialmente en esta tierra tan sólo ha tenido un reconocimiento insuficiente y tardío; pero tanto aquí como en todo el mundo, hoy son incontables quienes se unen con amor y con agradecimiento a esta despedida del Doctor, del Maestro, del amigo, del hombre de visión que sabía decir la verdad a quien fuera –reyes, gobernantes, políticos– con firmeza y con gesto elegante. Fiel siempre a la libertad-consustancial a su vida, como nos decía hace poco–, fiel a Cataluña, fiel a los amigos”.

“Pongamos en manos de Dios, con agradecimiento, en esta Eucaristía, esta vida tan rica; pongamos también sus limitaciones, porque todos tenemos necesidad de la salvación que nos viene de Dios. Agradecemos a Dios que nos haya dado este guía, este Padre de la Patria que en momentos difíciles ha sabido mantener el vigor de la esperanza, la alegría de vivir, la obstinación por la investigación, que ha sabido unir su espíritu de científico a la ternura exquisita hacia los suyos hasta el detalle ... Que sea para todos un estímulo para ser mejores, para ser coherentes, para no desfallecer en la búsqueda de una solidaridad al servicio de nuestro pueblo en una hora decisiva como la presente, al servicio de la dignidad y de la libertad de todos los pueblos de la tierra. Que esta celebración sea para todos, creyentes o no creyentes, fuente de esperanza y de reconciliación”.

Durante los meses siguientes a su fallecimiento se fueron preparando los movimientos políticos concernientes a la petición catalana de restauración de la Generalitat. Se trataba de un tema espinoso que tanto la Corona como el Gobierno tenían que manejar con sumo cuidado porque podía desencadenar reacciones contrarias semejantes a las vividas con la legalización del partido comunista. El Presidente en el exilio era Josep Tarradellas y los contactos con él se establecieron a través de su amigo, el periodista Carles Sentís, militante de UCD, el partido de Suárez y de Martín Villa. En verano las gestiones habían avanzado tanto fuera de España, en Saint Martin-le-Beau, donde vivía el Muy Honorable, como dentro entre el Gobierno y los parlamentarios catalanes al Congreso.

La restauración de la Generalitat en la persona de su President, que era el 114, es decir, como continuidad de la Generalitat republicana e histórica, obligaba a derogar la Ley del 5 de abril de 1938, con la que Franco suprimió la Generalitat. En esta ley se decía: “El Alzamiento Nacional significó en el orden político la ruptura con todas las instituciones que implicasen negación de los valores que se intentaban restaurar. Y queda claro que, cualquiera que sea la concepción de la vida local que inspire normas futuras, el Estatuto de Cataluña, en mala hora concedido por la República, dejó de tener validez, en el orden jurídico español, desde el día diecisiete de julio de 1936 ... En consecuencia ... se consideran revertidos al Estado la competencia de legislación y ejecución que le corresponde”.

Las conversaciones entre Suárez y Tarradellas y la entrevista con el Rey hicieron posible la restauración de la Generalitat en la persona de Josep Tarradellas, el antiguo amigo de Trueta. El

día 5 de octubre de 1977, el Boletín Oficial del Estado publicó el real decreto de restablecimiento con este texto: “La Generalidad de Cataluña es una institución secular, en la que el pueblo catalán ha visto el símbolo y el reconocimiento de su personalidad histórica, dentro de la unidad de España ... Tampoco significa la presente regulación un privilegio ni se impide que fórmulas parecidas puedan emplearse en supuestos análogos ... En su virtud, y previa deliberación del Consejo de Ministros ..., Dispongo: Artículo primero. Uno. Se restablece con carácter provisional la Generalidad de Cataluña, en el ámbito del presente Real Decreto-Ley y hasta la entrada en vigor del régimen de autonomía que pueda aprobarse por las Cortes ... Dado en Madrid, a veintinueve de septiembre de mil novecientos setenta y siete. Juan Carlos. El Presidente del Gobierno, Adolfo Suárez González”.

Tarradellas llegó a Barcelona como President Molt Honorable el domingo día 23 de octubre de 1977. Vino con su esposa y su hija, su delegado, Frederic Rahola, su secretario, Lluís Gausachs, y su ayudante, Francesc Vila-Abadal –médico y amigo ya fallecido– y los miembros de la comisión permanente de la asamblea de parlamentarios. Se trasladó desde el aeropuerto a Barcelona y pasó por delante de nuestro hospital de Bellvitge, y pude verle porque aquel día yo estaba de guardia. Al llegar a Barcelona comprobó cómo la gente se había echado literalmente a la calle, aclamado por miles y miles de ciudadanos con señeras. Desde el balcón del Palacio de la Generalitat pronunció aquel discurso ya histórico que empezó con “*Ciudadans de Catalunya!. Ja sóc aquí!*” (Ciudadanos de Cataluña! ¡Ya estoy aquí!). Tarradellas procedía del mundo popular de comerciantes en su juventud y se formó en el CADCI (Centre Autonomista de Dependents del Comerç i de la Indústria), un mundo que me resulta próximo porque también mis padres pertenecieron a esta entidad cultural y política y siempre me hablaron de ella con sumo cariño y nostalgia. Esta procedencia de Tarradellas le permitió sintonizar fácilmente con el pueblo llano, de igual modo como lo había conseguido con los políticos de la transición, con el Monarca y poco después con los máximos representantes del ejército. Este complejo proceso, tan brevemente resumido, fue la gran esperanza de Josep Trueta, que con Tarradellas y con su amigo Suñol (Presidente del Barça y fusilado) habían ido a recibir al futuro President Macià a su regreso de Francia en 1931, hacía ya cuarenta y seis años. Por unos pocos meses no pudo vibrar, gozar y muy posiblemente llorar con este final tan esperado por el que tanto había luchado desde los primeros tiempos del exilio, cuando formó parte del Consell Nacional Català en 1940. Lo conseguido fue el esfuerzo de muchos, pero él jugó con su fidelidad y su tesón el papel de un importante eslabón de la cadena política que nos trajo de nuevo al Molt Honorable President Tarradellas. Le debemos nuestro reconocimiento como pueblo que recupera sus instituciones, gracias a quienes lucharon por ellas.

DESPUÉS DE LA MUERTE

Después de su fallecimiento fueron muchos los homenajes que se le rindieron como recuerdo y las sesiones necrológicas organizadas por entidades culturales y sociedades científicas. Al Hospital de la Seguridad Social de Gerona se le dio su nombre; en el Hospital Donha Sarah de Brasilia existe un Pavilhão Joseph Trueta; en el barrio del Poble Nou donde nació, su calle de Wad Ras se llama ahora del Dr. Josep Trueta; en el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau el aula del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología lleva su nombre y está presidida por su busto, mientras que la biblioteca lleva el nombre de su sucesor el Prof. Vilardell.

En Barcelona y en su Poble Nou, en plena Rambla, se le ha erigido un extraordinario monumento; dos enormes manos sostienen el cuerpo desfallecido de un herido. En Santa Cristina d’Aro, pueblo de la Costa Brava, donde fue enterrado junto a su esposa y a su hijo fallecido a los cuatro años, existe otro monumento dedicado a su memoria en forma de menhir aguzado y alargado, bien visible en su gran avenida.

El mundo de nuestra especialidad no le olvidó y fue la revista *Clinical Orthopaedics* la que le dedicó su número 156 de mayo de 1981. Su artículo editorial "A tribute to Joseph Trueta" fue firmado por J. Lester Matthews, John W. Goodfellow y T.K.F. Taylor. Seguía con una biografía, "Joseph Trueta 1897-1977" y después reproducía "The Classic" del propio Trueta "The treatment of war fractures by the closed method". Así pues, éste fue considerado un artículo clásico de la traumatología mundial. Le seguían once artículos más, la mayoría de ellos como recuerdo y homenaje de alumnos suyos esparcidos por muchos países.

El día 24 de abril de 1987 en el Palau de la Generalitat se hizo la presentación oficial del Institut d'Estudis Universitaris Josep Trueta. La figura de Trueta fue glosada por el Prof. Rafael Esteve de Miguel, alumno suyo y después presidente de la SECOT (1988-90). Al referirse al frontispicio del libro *The principles and practice of war surgery* recuerda que cita esta frase del gran humanista Lluís Vives (*De Tradenda Disciplinis*, 1531): "Lo que aquí se dice no es producto de discusiones, sino el resultado de la contemplación de la naturaleza"; así nos afirmaba que la investigación científica es un diálogo entre el espíritu humano y la naturaleza, para el que se requieren dotes de observador y de pensador.

Las finalidades de esta nueva entidad fueron explicadas por su director, el Dr. Antoni Gelonch; exponemos algunos fragmentos de su parlamento:

"Algunos de ustedes se preguntarán qué hace aquí un joven que no conoció al Dr. Trueta y que difícilmente puede hablar de él. Pues bien, es precisamente porque Trueta ha trascendido de sobras su espacio y su tiempo que hoy un joven puede referirse a él aquí con respeto. Y tenemos que hablar de él porque uno de los vacíos más importantes de las jóvenes generaciones, de los que tenemos entre 20 y 30 años, es la carencia de maestrazgo; un vacío que, de forma consciente o no, todos podemos percibir. Uno de los problemas de los jóvenes catalanes es que, no sólo durante un largo período han sido otros quienes nos han dictado nuestra historia, sino que además nuestras figuras más señeras nos son desconocidas y nos han sido hábilmente escamoteadas ... nos falta conciencia y conocimiento sobre aquellos que nos han precedido en el paso milenario de las generaciones".

"El Institut d'Estudis Universitaris Josep Trueta que hoy os presentamos se ha fijado tres objetivos fundamentales:

El primero, ayudar a recuperar la figura y la obra de Trueta y, por extensión, de todos aquellos hombres y mujeres que trabajaron para hacer una Universidad más digna durante el primer tercio de nuestro siglo. Consideramos necesario que los jóvenes estudiantes de hoy conozcan la contribución de tantos hombres de ciencia a la ilusionada tarea de reconstrucción de nuestro pueblo.

En segundo lugar, el Institut se propone hacer posible un auténtico debate universitario en Cataluña.

En tercer lugar, pretendemos impulsar la promoción de profesores universitarios jóvenes para que su trabajo sea más conocido y valorado por la propia comunidad universitaria en particular y por la sociedad catalana en general".

"En definitiva, estamos seguros de que una de las mejores formas que tenemos los jóvenes universitarios de hoy en día para honrar la figura de Josep Trueta es mediante el debate real y reflexivo y el estudio, con los que podremos construir la Universidad moderna y catalana que queremos. Este es hoy nuestro reto y nuestro homenaje, y el Institut d'Estudis Universitaris Josep Trueta nuestra herramienta".

Clausuró el acto el M.H. Sr. Jordi Pujol, Presidente de la Generalitat, de cuyo discurso reproducimos estos párrafos:

"Tengo la esperanza de que el doctor Trueta estaría contento de su Cataluña de hoy, un país que ha demostrado su voluntad de convivencia, de construir una sociedad más fuerte, más justa y más libre que la que nosotros encontramos; donde podría ver a uno de sus hijos políticos, el profesor Ramón Trias

Fargas (hijo de Antonio Trias Pujol) presidiendo el partido que ha merecido la confianza del pueblo en las últimas elecciones, y a mí mismo, uno de sus fieles admiradores, en la presidencia de la Generalitat”.

“El profesor Trueta ha sido un verdadero maestro, un maestro que nos ha enseñado a vivir y a practicar la virtud de la fortaleza. Un maestro de energía. En una generación aplastada y vencida, hombres como él han sido un ejemplo y un símbolo, personas que no han aceptado la mediocridad ni el compromiso, ni la renuncia ni la deserción. Han sido personas que han luchado y trabajado con perseverancia, tenacidad y esfuerzo, con la ilusión y la confianza de trabajar para los demás: unos hombres que han hecho de la continuidad del servicio y del maestrazgo la razón de ser de su vida. Hombres como el profesor Trueta no mueren... Quedan su trabajo, su ejemplo y su camino. A nosotros nos toca, por encima de todo, intentar seguirlos”.

En 1993 un grupo de personas de la comarca de Osona y con sede en la ciudad de Vic creó la Associació Humanitària Doctor Josep Trueta, con las finalidades siguientes:

- La detección, estudio y evaluación de las necesidades sanitarias del mundo entero, con elaboración de proyectos de colaboración y de soporte.
- La recogida selectiva de material sanitario y de medicamentos para su aprovechamiento y reutilización en las áreas más necesitadas del Tercer Mundo.

Una de las acciones prioritarias fue la creación de una red de recogida de medicamentos mediante la colocación de contenedores en lugares adecuados. Esta recogida selectiva permite clasificarlos en los almacenes de Vic: los aptos para su uso son enviados a hospitales de zonas de carencia y los no aptos o caducados son retirados por el Departament de Medi Ambient de la Generalitat. En sus primeros años de actividad, la entidad ha enviado material a Angola, Cabo Verde, Senegal, Zaire, Chechenia, Eslovenia, Letonia, Bosnia-Herzegovina, Cuba y Bolivia. Cuenta con el soporte de la Junta de Residus de la Generalitat y de la Diputació de Barcelona.

En 1997 se celebró el centenario de su nacimiento y en una labor conjunta de la Universitat de Barcelona, del Col·legi de Metges y de la Acadèmia de Ciències Mèdiques se organizaron una sesión de homenaje en el aula Ramón y Cajal de nuestra Facultad y una exposición gráfica sobre su vida. Se me encargó que lo hiciera yo por ser el profesor de la materia en nuestra universidad y la exposición gráfica se hizo con la selección de las más representativas imágenes de un total de 460 diapositivas que componían el audiovisual a doble proyección. El interés que mi conferencia despertó me llevó a aceptar continuas invitaciones para repetirla en diversas entidades y ciudades a lo largo y ancho de la geografía catalana, hasta veinte veces; muchas de ellas acompañado por su hija mayor, Amelia Trueta Llacuna. Ha sido una colaboración para mantener vivo el recuerdo de un ciudadano y de un maestro tan ejemplar. Acostumbro a proyectar la conferencia a mis alumnos de quinto curso de la facultad en la unidad docente de Bellvitge.

Finalmente, el recuerdo de Trueta en el centenario de su nacimiento fue asumido y reconocido por el Estado con la impresión de una serie de sellos de correos.



Homenaje Postal al Profesor Trueta en el centenario de su nacimiento.

REFLEXIÓN SOBRE LOS GRANDES PROCESOS INVOLUTIVOS DEL HOMBRE DE HOY

Señor presidente, autoridades, miembros, señoras y señores:

Estoy seguro de que su benevolencia me excusará de que dedique un par de minutos a recordar mi conexión espiritual con los congresos de médicos y biólogos de la lengua catalana. Mi padre fue uno de los miembros del primer congreso, reunido en el año 1903, y yo, treinta y tres años después que él, tuve el honor de compartir la labor de una ponencia sobre hidatidosis ósea con el compañero perpiñanés J. Baillat, en el último congreso que, precisamente, también tuvo lugar en Perpiñán, en 1936. A pesar del cúmulo de adversidades que se han tenido que eludir durante estos cuarenta años, me agrada que, ahora como antes, el inicio de mi viaje a Perpiñán haya sido desde la Barcelona donde nací; lo hace aún más placentero que el doctor Baillat se encuentre también entre nosotros colaborando en las labores del Congreso.

Satisfecho con esta mirada atrás, mi deseo de no olvidar el pasado, me place adentrarme en las frondosidades del tema que he elegido para mi disertación, tema que me interesa por mi manera de haber ejercido la medicina en su doble frente, uno eminentemente clínico y el otro situado en el campo de la medicina experimental. Del primero hemos extraído la experiencia del observador que intenta, con éxito más bien reducido, valorar los datos recogidos como si fuesen conseguidos en un laboratorio de investigación animal. Del segundo nos viene la información de lo que pasa en la intimidad de los tejidos durante el proceso que sigue un organismo, un tejido o simplemente, una célula, cuando se mueve por el camino regresivo, hacia su fin. Teniendo en cuenta la limitación natural del tiempo a mi disposición y también el carácter inespecífico del auditorio, empezaré por ocuparme de algo de lo que sabemos hoy sobre algunos de los fenómenos que acompañan el proceso involutivo a nivel tisular. Una consideración previa puede ser provechosa. Es preciso rechazar la idea de que el envejecimiento es una enfermedad del organismo vivo más o menos controlable con una terapéutica apropiada. El envejecimiento forma parte del ciclo vital de las células, como ha sido demostrado sembrando una célula aislada de embrión animal y cultivándola en un medio apropiado, donde se repite un número específico de veces y después, infaliblemente, muere. El período de vida y el número de reproducciones de la célula cultivada es "especies-específico" y se corresponde con la expectativa de vida de cada animal. Quede, pues, bien entendido que, incluso excluyendo el tropiezo de la enfermedad, el proceso evolutivo sigue su curso. Ahora bien, la interferencia de la enfermedad a menudo acelera el proceso que hasta entonces podíamos llamar *normal*, introduciendo nuevos factores o incrementando los adversos ya existentes en la base del envejecimiento. El gran avance en este terreno es contemporáneo y ha producido el aumento del número de viejos de la sociedad moderna, en la cual, en lo que va de siglo, se ha pasado de un promedio de expectativa de vida de cincuenta años a una de setenta y cinco. No nos hace falta perder el tiempo ocupándonos de los factores que han contribuido a este milagro biológico; simplemente, el progreso de la higiene, la mejora de la alimentación y los métodos antiinfectivos de la era antibiótica son los principales responsables. Esta extraordinaria revolución debida al progreso de la investigación ha puesto al descubierto el hecho que, si bien hoy hay una multitud de seres que llegan a sobrepasar la ochentena, realmente no se vive ni tres años más de lo que se vivía hace un siglo. Este hecho indudable depende del imperativo genético inscrito en el código correspondiente a cada especie animal. Esta constatación no ha detenido a los investigadores de la biología molecular en la labor de averiguar los elementos que entran en juego en el proceso del envejecimiento, ya que en la mayoría de los países adelantados son muy numerosos los laboratorios dedicados a estas investigaciones. En un trabajo de B.L. Strehler se mencionan treinta y tres modelos diferentes de investigación que han sido recogidos por la Association for the Advancement of Aging Research, de Estados Unidos. Nuestro presidente, doctor Alsina i Bofill, hizo un pertinente estudio de muchos de ellos en su discurso de entrada en la Real

Academia de Medicina de Barcelona, en el año 1970. Desde entonces, el interés no ha disminuido, bien al contrario, como lo denotan el número de publicaciones de estos últimos años.

Los estudios han sido llevados a cabo principalmente sobre el comportamiento del colágeno, elastina y reticulina, bases de la sustancia fundamental y elementos de apoyo celular, y se han encontrado que con el paso del tiempo se establecen conexiones y ligazones entre las fibras de una misma célula, que se tornan menos solubles y reducen el contenido de ácido hialurónico hacia la mitad de lo normal al llegar a la sesentena. El por qué se establece con los años la trabazón de las fibras de una misma célula y de éstas con las vecinas, no está bien conocido del todo, si bien parece que un factor de naturaleza física, como es la falta de espacio, puede tener alguna relación.

La elastina también se torna menos maleable con los años, y se vuelve rígida, con lo que sufren los tejidos de los cuales forma la base, como son las arterias y el tejido pulmonar.

A nivel celular se ha estudiado con cuidado la aparición de la granulación pigmentaria de las células fijas, como son las nerviosas; el pigmento es una lipoproteína, probablemente producto residual del metabolismo normal al oxidarse los lípidos no saturados. Este producto podría ser debido a la intervención de los lisosomas con los cuales la lipofucsina tiene muchas propiedades en común. Las alteraciones debidas a la edad en las células llamadas *intermitóticas*, o de la gran mayoría de tejidos orgánicos, es mucho más difícil de valorar, ya que se ignora la edad exacta de la célula que se estudia. En general, con la edad hay una tendencia a la disminución del número de mitosis. Considerando la sustancia viva en su conjunto, se sabe que casi todos los órganos pierden peso con los años. El cerebro humano puede perder el diez por ciento de su peso entre los veinte años y los sesenta. Volveremos a esto más adelante.

La parte que en este proceso regresivo tengan las enzimas y hormonas ha sido también copiosamente estudiada, con resultados más bien poco ilustrativos. Las enzimas respiratorias en los tejidos que envuelven al hueso disminuyen en su acción con el tiempo, lo que puede explicar la reducción reparadora de los huesos viejos. Por lo que se refiere a las hormonas, los esteroides suprarrenales que propulsan la síntesis proteica declinan con la edad. Es casi seguro que la actividad endocrina, obedeciendo al mandato genético, sigue su curso desde el huevo hasta la senescencia, y que la intervención endocrina es mucho más acusada por las alteraciones intercurrentes del órgano debidas a las enfermedades, que no por cambios radicales en la involución del aparato endocrino correspondiente. La hipófisis comanda la posición destacada que se le reconoce en la coordinación endocrina y, por tanto, también en el proceso de envejecimiento.

Todas estas consideraciones no nos llevan demasiado lejos para interpretar el mecanismo básico del paso del tiempo sobre el organismo, ya que aún nos falta conocer qué ha cambiado en la vida celular al envejecer. Por esto tenemos que entrar en el campo de las hipótesis más o menos confirmadas por los experimentos animales. John Bjorksten, de Madison, estado de Wisconsin, sugiere que el entronque progresivo de las proteínas y los ácidos nucleicos está en la base del envejecimiento, entronques que podrían alterar incluso el código genético, produciendo mutaciones al afectar a dos moléculas de ADN. Una oxidación alta aumenta la tendencia al entronque proteico y por esta razón se considera un acelerador del envejecimiento comer en exceso, y, en cambio, que una dieta calórica baja en oxidación dé productos finales inocuos como el anhídrido carbónico y el agua. En la reciente reunión de la American Chemical Society, Bjorksten declaró que está a punto de encontrar la enzima que nos puede hacer vivir ochenta años más que ahora. La otra teoría, apoyada por un buen número de datos experimentales, es la que, hará pronto diez años, avanzó Harman y que el paso del tiempo parece inclinar hacia la aceptación. Según Harman, el envejecimiento podría ser debido a la acción perturbadora de los radicales libres HO y HO₂, parte del metabolismo normal. La disociación del agua y la acción de enzimas oxidativas y de oxígeno, entre otros, serían las causas principales. Los radicales

libres así formados producirían ulteriores reacciones, como por ejemplo la adición de oxígeno que lleva a la formación de peróxidos, a la degradación y dimerización. Las mitocondrias sufrirían de ello, y los lípidos no saturados llevarían a la formación de gránulos de pigmento senil. Los radicales libres serían responsables de las alteraciones oxidativas de las moléculas permanentes, del colágeno de la elastina y del material inerte, que afectarían a la membrana de los lípidos y llevarían a la fibrosis arteriocapilar por la oxidación de los lípidos del suero y de la pared vascular.

Recientemente, en el *Monsanto Report* n.º 6, de Estados Unidos, ha aparecido un estudio sobre la acción de un antioxidante sintético efectivo, ethosaykin, patentado con el nombre de *Santoquin*, de acción parecida a la de la vitamina E en la naturaleza (tocoferol). Ya en 1974, en la reunión de la American Aging Association, Eddy y Harman demostraron el efecto inhibitorio de los antioxidantes usados en la dieta sobre la formación de placas de amiloide senil, que experimentalmente fue reducida, en ratones, del 65% a cerca de cero. Los eliminadores de los radicales libres pueden tener un papel crítico en retardar el envejecimiento. La forma como Santoquin actúa es haciendo decrecer la absorción de oxígeno por las grasas no saturadas y previniendo la formación de peróxidos orgánicos. En unos experimentos en gallinas se ha conseguido, por este simple método alimenticio, alargar el ciclo vital y el tiempo de producción de huevos, de manera que si de las gallinas control el 20% sobrevivieron dieciocho meses y medio, las alimentadas con una dieta que contenía antioxidante sobrevivieron veintitrés meses. Refiriendo estos datos a la expectativa de vida humana, haría posible una cifra de supervivencia de unos cien años.

Este es sólo un ejemplo de las investigaciones experimentales que se están efectuando y que quizá nos ayudarán a corregir algunos de los cambios que conducen al envejecimiento. De otros ya tenemos conocimiento, si bien en general no hacemos aún el debido caso de ellos. Hemos citado el efecto de comer en exceso, cosa que no tiene discusión, por bien sabida. La última guerra mundial nos proveyó de un material abundante en el Reino Unido: los dieciséis años de hacer cola para lograr cupones para comprar carne y el adelgazamiento general de los adultos que resultó de ello, coincidió con un aumento notable del número de supervivientes, lo que desgraciadamente desapareció cuando se acabó el racionamiento.

Quisiera hablar aún de otra fuente importante de envejecimiento. Me refiero al mal uso que hacemos de nuestro organismo, particularmente los que vivimos dentro de la civilización urbana. En este laboratorio que es nuestro organismo, las células no pueden aislarse unas de otras y su función es en parte interdependiente y queda sometida a la aportación y limpieza de los elementos nutritivos una vez ya utilizados. Un hecho tan evidente como la gran descalcificación del hueso cuando la actividad muscular ha sido suspendida, tiene muchos puntos en común con la descalcificación senil, a pesar de que puede ser provocada por medios experimentales en los jóvenes en pleno período de crecimiento. El carácter transitorio de la depresión cálcica debida a la inmovilización, tanto en los jóvenes como en los viejos, nos llevó a unas investigaciones de carácter experimental cuando trabajábamos en Oxford, de las que hablaré a continuación. Tenemos que recordar que el metabolismo del calcio y de los fosfatos sigue tan fielmente la evolución del organismo humano —como el de todos los vertebrados— que la osificación que empieza en el feto humano en el 48.º día desde la concepción, aumenta progresivamente hasta hacia los 24 años, se estabiliza entonces durante un período variable, y éste es sustituido por el período regresivo que no parará hasta la finalización de la vida. Si consideramos la formación del hueso un buen parámetro para el estudio del envejecimiento, podemos considerar la edad de 24 a 25 años la terminación final del crecimiento, cuando la involución o regresión empieza a tomar la delantera a la génesis del hueso que, sin que se haya extinguido, no puede compensar la pérdida de cristales de hidroxapatita que tiene lugar inagotablemente en el reamoldamiento constante, característico del metabolismo del calcio y de los fosfatos.

Para averiguar la parte que la actividad muscular toma al regular este metabolismo cálcico, nos adentraremos en una investigación escogiendo el conejo como animal experimental. En un medio aséptico cortaremos el tendón de Aquiles de una pata de conejo, con lo que el animal se ve obligado a dejar de saltar sobre esta pata. Valiéndonos de los rayos X seguimos el proceso de descalcificación, comparando la densidad ósea de los dos calcáneos. En el plazo de quince días la pérdida cálcica del hueso del lado operado era bien evidente, y si entonces el tendón del calcáneo era suturado o rehecho espontáneamente, la restitución de la densidad ósea tenía lugar en pocos días. Para investigar más de cerca lo que ocurría en la intimidad del hueso, un número de animales fueron muertos mediante una inyección intravascular de un líquido opaco a los rayos X, que permitía hacerse cargo de la vascularización del hueso del lado operado, comparándolo con el lado control. El hallazgo sistemático fue que la pérdida de los cristales de hidroxapatita iba acompañada de la dilatación venosa intraósea, y que se llenaban los grandes depósitos de sangre que posee el hueso. Para confirmar que era la inmovilización la que causaba los cambios que habíamos observado, en lugar de seccionar el tendón de Aquiles, inmovilizamos una pata de conejo mediante un vendaje de yeso. Exactamente con la misma cronología, apareció la descalcificación, que también fue seguida de recuperación al retirar el yeso. Si esto ocurría a las tres semanas aproximadamente, al primer salto del animal con la pata libre se fracturaba el calcáneo conminutamente, con una fragilidad que recordaba la de los viejos en el cuello del fémur. Con un método tan simple como la pérdida de la actividad muscular habíamos, pues, imitado, en cierta forma, una característica de la involución natural, lo que sugiere que, en el mecanismo natural del envejecimiento contribuyen factores independientes del mandato genético del cual he hablado antes.

Un ejemplo parecido se puede extraer del proceso degenerativo asentado en las juntas de los vertebrados y qué como todos sabemos, es uno de los más enojosos acompañantes del envejecimiento humano. El metabolismo del cartílago es de sobra conocido y el hecho de que pueda nutrirse sin tener vasos, que no podrían continuar funcionando bajo las grandes presiones que tiene que aguantar el cartílago, ha hecho que pueda sintetizar el azúcar en medio anaerobio. Las características del cartílago sano son la elasticidad, la recuperación de la forma cuando la presión ha sido interrumpida, y la precisión de encararse con otro cartílago para poder vivir. El hecho de que el cartílago no posea vasopenetrantes no quiere decir que no los necesite en su vecindad, así como también precisa del movimiento regular de la junta para poder vivir cien años o más sin degenerar. Basta con una ligera deformación del cuello del fémur durante el crecimiento que cambie el ángulo de apoyo de la cabeza femoral contra la cavidad cotiloidea, para que aquel cartílago articular que presumíamos que podría vivir con salud cien años, degenerase en cuarenta o incluso menos.

Es evidente que la perturbación aquí es nutritiva y también de orden físico, ya que tanto el cartílago como el hueso son resistentes a las presiones, pero no pueden sobrepasar unos límites concretos, que la deformidad adquirida al crecer ha hecho excesivos.

El convencimiento de que la forma y la actividad muscular —recordemos que la actividad física es siempre muscular— condicionan en buena parte el proceso de envejecimiento, nos llevó a estudiar el efecto de la actividad muscular sobre la vida y la circulación ósea. Para eso nos valimos de perros, a los que inmovilizamos transitoriamente las extremidades posteriores mientras reposaban sobre la mesa de experimentación. Por medio de una cánula enroscada atravesando la cortical ósea de una de las tibias del animal, podíamos valorar la presión intramedular, conectando la cánula a un aparato apropiado. En el mismo lado donde habíamos colocado la cánula situábamos un electrodo de corriente alterna alrededor del tronco del nervio ciático, a nivel aproximado de la mitad del muslo del animal. Con este reposo absoluto, el latido circulatorio intraóseo nos indicaba las características de la circulación venosa, que se encontraban bien cerca de las de la circulación venosa general. Al

activar la contracción muscular mediante el estímulo eléctrico, se producía un súbito aumento de la presión que podía sobrepasar los valores de la presión arterial; al dejar de actuar el estímulo eléctrico, las presiones intraóseas volvían a continuación a la normalidad. Hay, pues, una interdependencia de la circulación ósea y la actividad muscular, lo que hace pensar en la existencia de la sístole y la diástole complementarias que se atribuye al sistema muscular, particularmente al de las piernas. Los fisiólogos nos han mostrado experimentalmente el efecto de los cambios de posición o de postura sobre la circulación, por medio de la mesa inclinada, la *tilting table* de los anglosajones. Estos cambios son debidos a la distensibilidad de los vasos sanguíneos, que hace que su capacidad para alojar la sangre dependa en gran parte del grado de presión exterior que los vasos reciben y que la contracción muscular regula. Las presiones arteriales y venosas en la posición erecta son muy diferentes de las que se consiguen con el cuerpo horizontal. Se da el caso de que en un hombre de un metro ochenta de altura el corazón suele estar a un metro veinte de los pies y entonces la presión hidrostática de las arterias del pie es aproximadamente de 183 mm de mercurio en lugar de los 100 mm de presión a nivel del corazón. Aún peor para las arterias del cerebro que, encontrándose a unos 60 cm sobre el corazón, estarán muy por debajo de 100 mm Hg, quizá sólo a 50 mm Hg. El efecto que la posición y la actividad muscular tienen sobre la circulación ha sido estudiado en la mesa inclinada. Con el individuo en reposo absoluto, la colocación de los pies por debajo del nivel del corazón, mientras los músculos se mantienen del todo inactivos, causa a los cinco minutos una súbita reducción de la velocidad cardíaca y el descenso de la presión hasta que se produzca el síncope entre los 8 y los 12 minutos. Esto es debido a la desviación de gran cantidad de sangre dentro de los reservorios venosos de las piernas, entre ellos los óseos. La contracción intermitente de las músculos de la piernas evita el síncope, pues, como si realmente fuera una sístole-diástole, vuelve la sangre de las venas al corazón. Es cosa sabida que las venas de las piernas pierden su tono después de un período de encamamiento, en que se producen los edemas del convaleciente. Es cosa sabida también, que los soldados novatos de la Guardia Real Británica suelen caer sincopados durante la revista anual que lleva a cabo su soberano; los veteranos, a pesar del quietismo aparente, contraen los músculos de las piernas para evitar la anemia cerebral.

¿Cómo se relaciona todo esto con el proceso de envejecimiento? Dejad que me explique. La calcificación comenzó en los peces hace unos quinientos millones de años. Pasaron muchos millones antes de que apareciese el primer *homo erectus*, hace sólo unos tres millones y medio de años; hace menos que el *homo sapiens* se mueve sobre la tierra. Esto está dicho sólo para recordar las cifras cósmicas que acompañan a la evolución valorable científicamente, hasta llegar a la adquisición de la posición erecta por el hombre.

Al adquirir la posición erecta, el fenómeno de situar la cabeza por encima del corazón hizo necesario el desarrollo de un sistema complementario de ayuda a la circulación, ya que el latido cardíaco por sí solo —como hemos visto— no habría sido suficiente para elevar la sangre de las extremidades inferiores hasta la cabeza. Podemos decir que, al perder el uso de las extremidades superiores como elementos de apoyo, se produjo la hipertrofia de las inferiores, por su uso constante para correr, saltar, etc., desarrollando sus suras que ningún cuadrúpedo no iguala, y no podemos negligir su uso sin perjudicar seriamente el sistema circulatorio y con él todo el organismo humano.

Reflexionemos ahora sobre el producto actual de la civilización, el hombre contemporáneo. Hijos del descubrimiento remoto de la rueda, constituimos lo que se ha podido acertadamente llamar la *civilización de la rueda*. La civilización europea se inició el día que el hombre consiguió desplazar los materiales pesados, que hasta aquel momento había arrastrado o llevado sobre los hombros, utilizando la rueda para el contacto con la tierra. No hay duda que ha sido la rueda la que hizo progresar nuestra civilización, pero tampoco que hoy la rueda es nuestro peor enemigo. Al decir la

rueda, queremos simbolizar con ella no sólo este objeto circular, con un eje central sobre el cual gira, sino el proceso por el cual el hombre ha ido suprimiendo el uso de las extremidades inferiores, incrementando así el esfuerzo necesario para elevar la sangre venosa de las piernas al corazón y a los pulmones, sin la cual no consigue mantenerse una buena circulación orgánica y cerebral. Es preciso recordar que las extremidades inferiores arrancan no de las nalgas, sino de la cintura, es decir, que sin un balanceo de la pelvis, debido a los músculos cuadrados lumbares y psoas iliacos, las piernas no funcionan. Sin la contracción alternante de los glúteos medios, la deambulación se hace extremadamente difícil y hasta imposible. Por tanto, al suprimir, con el sedentarismo, todo este complejo de contracciones musculares de la mitad inferior del cuerpo humano, el corazón se siente agobiado y tiende a producir la insuficiencia circulatoria, y no sólo coronaria, sino respiratoria y hepática, renal, etc. La arteriosclerosis con alteración del metabolismo de los lípidos y la excesiva formación de colesterol son una consecuencia de ello. Todo este mecanismo degenerativo ha ido incrementándose hasta crear lo que en América llaman *the disease of the executive man*, la "enfermedad del ejecutivo". Se la creído que la frecuencia con que una persona de 40 o 50 años, aparentemente pletórica de salud, muere a causa de un ataque agudo al corazón es debida a las angustias inherentes al cargo, que no le dejan, según dicen, ni un momento de descanso. Esto es totalmente erróneo; hoy día se ha evidenciado estadísticamente que el fallo cardíaco no sucede por el hecho de que el individuo en cuestión no tenga un momento de descanso, sino, al contrario, de no haber tenido un momento de actividad. Es porque ha dejado que su corazón sea el único motor responsable de su circulación central y periférica. Este corazón agobiado, fatigado por la sobrecarga y la formación de depósitos de colesterol que limitan cada vez más la aportación sanguínea, trabaja hasta llegar a la obstrucción vascular más o menos completa. Esta es la "enfermedad del ejecutivo". De esto tenemos evidencia: por ejemplo, en Inglaterra se hizo un estudio de las cardiopatías de las diferentes profesiones. Este estudio dio la sorpresa de que la profesión que parece inmunizada a la insuficiencia cardíaca de tipo vascular es, precisamente, la de los descargadores del puerto. Cosa sorprendente, porque muchos de ellos son fumadores activos, bebedores y gente de peso, grandes, pero que durante ocho horas diarias descargan fardos, resistentes a la fatiga. En los Estados Unidos han encontrado hace poco que no son los estibadores los más resistentes a la obstrucción coronaria: los carteros les ganan. Estos carteros americanos, con sus grandes bolsas colgadas del cuello, llenas de cartas y paquetes, suben a cada casa y chalé, caminando kilómetros, distribuyendo sobre las piernas, la correspondencia en áreas extensas. Estas profesiones son las más inmunes a la insuficiencia coronaria; al otro extremo, encontramos las más fácilmente atacables por la enfermedad: los pastores o sacerdotes, de vida totalmente sedentaria. Después de ellos vienen los cirujanos y los ejecutivos, que, además de no caminar, se autointoxican con el tabaco con que algunos se quieren calmar el nerviosismo, "para tonificarse", dicen. Pero de usar activamente las piernas, nada: el ejecutivo sale de la cama a tomar un baño o a la ducha, desayuna, coge el ascensor y sube al automóvil, que deja ante la oficina, a la cual sube también en ascensor, y a continuación se sienta detrás de la mesa de trabajo; se levanta para ir a la sala del Consejo, de allí al comedor, y otra vez al despacho, y llega a casa o al club fatigadísimo, y así durante seis días a la semana. El domingo —o el sábado en el Reino Unido— es la excepción, ya que se concerta con los amigos para hacer algo diferente. Aquel día caminará cinco kilómetros en un campo de golf haciendo los 18 hoyos, pegando fuerte a la bola, bebiendo y fumando también, y el lunes se morirá de un ataque cardíaco, y entonces la interpretación de los no *connaisseurs* será: "Pobre hombre, no tenía que haber jugado al golf, porque esto es lo que lo ha matado. ¿Y hay aún quien dice que el uso de los músculos es conveniente? Si no hubiera jugado al golf quizás aún viviría". Pueden tener razón. El esfuerzo inesperado, para el cual no estaba preparado su miocardio, es lo que puede aproximar una muerte que se acercaba más lentamente de

toda manera. Si este hombre hubiera hecho lo que era lógico, y que sabiamente le dictan hace tres mil años las Sagradas Escrituras, que es trabajar seis días a la semana, no jugando necesariamente al golf, sino dedicando media hora por la mañana y por la tarde a un ejercicio físico moderado, particularmente de las piernas, y el séptimo día se hubiera quedado en casa descansando para leer, pensar y escuchar música, este hombre viviría seguramente sus 80 a 90 años, que es lo que hoy el hombre tiene la posibilidad de vivir como término medio si no se acortase la vida para (aunque parezca una paradoja) "poder subsistir".

Por lo que respecta a los procesos degenerativos del esqueleto, la falta de uso y, todavía más, el mal uso que se hace de él son la causa principal de sus trastornos. Puede afirmarse que los beneficios que han sido notados en osteología con el uso controlado de los ejercicios también se observan en el sistema circulatorio. Referente al corazón, Barry ha notado que después de las sesiones de bicicleta ergométrica se producía un aumento del 75% del trabajo efectuado sin alteración electrocardiográfica, un aumento del 36% del consumo de oxígeno y del 50% de la ventilación pulmonar. La taquicardia del esfuerzo disminuye, los movimientos son más precisos y las pruebas psicológicas de imaginación y de discriminación visual mejoran. En los viejos del asilo, Plas ha efectuado comprobaciones de tipo parecido. Por otra parte, Bosing y Epstein han demostrado que el ejercicio físico mejora la tolerancia al esfuerzo en los pacientes con coronariopatías y *angor pectoris* por un mecanismo todavía desconocido. Se ha supuesto que existe una disminución del consumo de oxígeno por el miocardio y que al mismo tiempo se produce un aumento de la circulación colateral y una alteración de la actividad fibrolítica sanguínea. Después de seis semanas de tratamiento, los autores han encontrado un aumento de la tolerancia y una disminución del consumo de oxígeno. También notaron que, cuando aparecía el ataque anginoso, el consumo de oxígeno había aumentado. Los autores de este trabajo sugieren que el reposo al que suelen estar sometidos estos tipos de pacientes puede aumentar todavía el déficit hemático del corazón.

La rica sensibilidad ósea nos indica cuándo son necesarios movimientos activos de las extremidades, particularmente después de diversas horas de inactividad, como sucede al levantarnos de la cama, y sentimos la necesidad de "desemperecernos", con lo que nos liberamos de la sensación de enervamiento. Así también los pacientes incapacitados por la artrosis, la otra afección que junto con la osteoporosis acompaña la decrepitud, sienten disminuir el dolor matinal después de vaciar sus huesos por medio de diversas contracciones intermitentes. Como hemos dicho, la artrosis está motivada a menudo por hábitos funcionales que no se encuentran en consonancia con la estructura anatómica de la articulación en cuestión.

En las extremidades, en particular en las nalgas y en las rodillas, el desorden es importante, ya que conduce directamente a la incapacitación. Cómo influye el mal uso articular, nos lo evidencia la casi inexistencia de artrosis de nalgas en la India y en México, donde los nativos acostumbran a sentarse en cuclillas y no sobre sillas. Con esto las nalgas se sitúan en flexión y abducción máximas, lo que facilita el buen contacto y la buena nutrición de las dos superficies cartilaginosas de la articulación coxofemoral. En cambio, tanto en la India como en México, la artrosis de rodillas es a la vez frecuente y severa por la razón opuesta a la que protege las nalgas, es decir, por el hecho de dejar sin cobertura los segmentos anteriores de los cóndilos femorales.

Finalmente tenemos que recordar que en este proceso degenerativo artrósico el reblandecimiento óseo causado por la osteoporosis, incrementado desgraciadamente demasiado a menudo por el uso de corticoides, prepara el terreno donde se implanta el proceso regresivo que conduce a la incapacidad debida principalmente al dolor.

Para acabar querría volver a lo que he intentado resumir en la primera parte de esta disertación sobre los estudios encaminados a descubrir lo que hace que todo lo que es vivo envejezca. Hemos

visto que hasta las células del feto aisladas y mantenidas vivas en medios apropiados se reproducen un número constante de veces y después mueren. Cada especie estudiada hasta ahora parece haber obedecido un mandato específico para cada una de ellas. Esto sugeriría que el envejecimiento es una constante inescapable, pero quizá retardable el día que conozcamos mejor los mecanismos íntimos que lo producen. De momento todavía no sabemos cómo hemos de actuar sobre nuestro medio interno para alejar la vejez. En cambio, tenemos datos suficientes para poder evitar aquellas cosas que sabemos que ayudan a los elementos que envejecen. Hemos citado un par, como es la sobrecarga alimenticia y la falta de uso de las piernas. De otras que no hemos citado, como por ejemplo el uso del alcohol, se podría hablar largamente. La supresión de estos elementos perturbadores deja que el mecanismo de envejecimiento actúe por sí sólo, sin la ayuda insolicitada que la "civilización" urbana le aporta.

Tengo que volver, ni que sea por unos momentos, a la pérdida de peso de todos los órganos a medida que la involución se establece. Es corriente considerar bueno el hecho de no aumentar de peso a medida que los años van pasando, pues lo más frecuente es que se incremente de peso, a menudo en muchos kilogramos. Pues bien, si la evolución del peso total del organismo humano fuese sólo debido, a la de los órganos individuales que lo constituyen, a medida que uno se hace viejo debería disminuir de peso como lo hacen todos los órganos. Sólo se tiene que pensar que, de lejos, el tejido más pesado del cuerpo es el óseo, mucho más pesado que el muscular, que es el segundo de la lista; el tejido graso sobre el cual descansa la piel es, por contra, uno de los más ligeros. Por eso, para mantener un peso constante durante el período regresivo —es decir, después de los treinta años— debemos aumentar de volumen por el hecho de que la pérdida de hueso y de fibras musculares es reemplazado por el aumento de la grasa subcutánea y perimuscular. La resultante es la sorpresa de muchas damas que no pueden llevar un traje viejo de sólo cinco o seis años, a pesar de que la báscula rechace mostrar ninguna tendencia al "engruesamiento".

De todos estos hechos bien probados se deduce que, al envejecer, nos es preciso preservar tanto hueso y músculo como sea factible mientras la actividad física y una dieta apropiada nos permita reducir el "volumen" total de nuestro cuerpo, evitando la acumulación de grasa.

Todos los principios fundamentales que he citado tienen en contra el hecho de haber sido ignorados porque eran demasiado sencillos y, por tanto, faltos del poder carismático del preparado misterioso con el cual se suele presentar lo que se pretende que alarga la vida. Por ahora, y hasta que Bjorksten y sus colegas americanos no nos ofrezcan el elemento que por sí sólo evite el envejecimiento, el consejo que ha sido más provechoso es el que propagó Humeland en el siglo XVIII: que el mejor método para alargar la vida es no hacer nada para acortarla. (Perpiñán 23-XI-1976).



Monumento a Trueta en la Rambla del Poble Nou, cerca de donde nació.

ALFONSO QUEIPO DE LLANO Y BUITRÓN (1904-1988)

JUVENTUD.

Nació en la ciudad de Valladolid en su domicilio familiar el día veintidós de abril de mil novecientos cuatro, siendo su padre Don Alfredo Queipo de Llano y Sierra, natural de Valladolid, y su madre Doña Dolores Buitrón Santana, natural de Navas del Rey, Valladolid; se le impusieron los nombres de Alfonso Cayo. Los padres se habían casado en ésta ciudad en la iglesia de San Ildefonso el día 8 de mayo de 1896, él con 27 años de edad y ella con 20. En la certificación literal del acta de nacimiento constan los nombres de los abuelos paternos, Gonzalo Queipo de Llano, de Valladolid, y María de las Mercedes Sierra, de Madrid, y de los abuelos maternos, Manuel Buitrón, de Alaejos, Valladolid, y Natalia Santana, de Salamanca. Tenía dos hermanos mayores que él, Alfredo (n.1899) y Gonzalo (n.1901).

Creció en Valladolid donde su padre ejercía de abogado y simultaneaba el trabajo con la política ya que llegó a alcalde de dicha ciudad, donde hacía campañas en favor del partido liberal, y más tarde a Gobernador Civil de Málaga en dos ocasiones, en 1923 la primera y en 1931 la segunda. Fue a la escuela primaria y al instituto para hacer el bachillerato en Valladolid y más tarde se matriculó en su Facultad de Medicina y en ella obtuvo el grado de Licenciado en 1925 con la calificación de sobresaliente; a lo largo de su expediente académico desde 1919 hasta 1925 constan 6 notables y 10 sobresalientes. Se decidió este mismo año por la opción quirúrgica y permaneció cuatro años hasta 1929 como Auxiliar por oposición en la Cátedra de Operaciones dirigida por el profesor Federico Murueta, cirujano de dotes poco comunes según su alumno. En septiembre de 1927 obtuvo de la Dirección General de Sanidad el Título de Inspector Municipal de Sanidad. Había tenido experiencia como médico rural en la población asturiana de Cármenes, un nombre bonito para una localidad muy pobre, donde casi no había hombres porque casi todos habían emigrado a Cuba y sólo residían en el pueblo los inválidos y las mujeres.

Su padre desde Málaga le comunicó que se habían convocado oposiciones a plaza de médico interno de guardia para el Hospital Civil de dicha ciudad y así fue como se trasladó y empezó su trabajo malagueño, nunca más interrumpido; había ganado las oposiciones en 1931 junto a dos candidatos más, Horacio Oliva y Francisco Eloy. También consiguió trabajar como agregado en el equipo quirúrgico del doctor Lazárraga, al que Queipo de Llano nos presenta como el fenómeno de toda la región andaluza porque tenía una gran formación, había estudiado la carrera en Alemania y había trabajado como Auxiliar en la Facultad de Medicina de Berlín; nos dice que era un cirujano superior a todo lo que había por estas tierras, y además atrevido, ya que se enfrentaba con operaciones que hasta entonces no se conocían entre nosotros, por lo cual fue en Andalucía un vanguardista de la cirugía. Así se expresaba Queipo de Llano en la entrevista que publicó el periodista José Luís Navas en el periódico Sol de España en 1970 y que apareció en cinco capítulos.

En 1932 el Sanatorio Marítimo de Torremolinos convocó plaza de médico residente en la especialidad de tuberculosis osteoarticular y la consiguió, obteniendo así un puesto de trabajo con una dotación económica que solucionaba su sustento; su carnet de identidad expedido por el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión da como fecha de nombramiento el 13 de junio de 1932. El cargo estaba dotado con 500 pesetas mensuales y con este sueldo se pudo casar; antes había sido imposible, dice en la entrevista de José Luís Navas. El 5 de junio de 1933 contrajo matrimonio con la dama malagueña Encarnación Giménez Ramos y de este matrimonio nacieron ocho hijos. El Sanatorio ofrecía además del puesto de trabajo una vivienda anexa y allí se instaló durante 14 años hasta 1945. Con buen sentido del humor manifestaba que esta situación le permitió tener nevera, radio y coche comprados a plazos. La Sanidad Nacional había creado cuatro centros antituberculosos, uno

de ellos el de Torremolinos y los otros en Oza, La Coruña, en Pedrosa, Santander, y en la Malvarrosa, Valencia.



En su época de formación en el Sanatorio de Torremolinos.

ENTORNO FAMILIAR.

Tanto por parte de los Queipo de Llano como por parte de los Giménez, familia de su esposa, en el entorno de este matrimonio existieron personajes de relieve en la vida española que bien merecen ser comentados para comprender el ambiente y el nivel cultural en que se movió la nueva familia que crearon.

Gonzalo Queipo de Llano y Sierra.

Era hermano del padre de nuestro biografiado, en familia el tío Gonzalo, y optó por la profesión de militar de Academia; había nacido en Tordesillas en 1875. Escogió el cuerpo de caballería y fue destinado a Cuba durante su guerra de independencia y después del desastre de 1898 prosiguió su actividad militar en la guerra del Rif en el norte de Marruecos. Allí entró en contacto con otros militares de alta graduación, que en el futuro prepararían el golpe de estado contra el gobierno de la república, y por sus actuaciones alcanzó el generalato. El territorio marroquí era el campo ideal para acelerar los ascensos en el escalafón militar y la estancia en él contaba doble en comparación con la permanencia en la península, Esta guerra contra los rebeldes rifeños dirigidos por Abd-el-Krim, mal vista por el sultanato por sus aspiraciones separatistas, acabó con el desembarco de Alhucemas, pactado entre el general Primo de Rivera, por parte del ejército español, y por el general Pétain, por parte del ejército francés, en 1925 y fue el inicio del fin de esta cruenta guerra en la que tantos jóvenes españoles encontraron la muerte. Así quedó consolidada la autoridad española en esta zona que conocimos como Protectorado Norte de Marruecos, en tanto que Francia extendió su autoridad al resto de Marruecos, que era la mayor parte del territorio. No fueron buenas las relaciones entre el general Primo de Rivera y el general Queipo de Llano y llegaron a la enemistad; aquél, jefe del Directorio, como represalia lo pasó a la reserva y lo encarceló durante tres meses.

Ya reincorporado al ejército participó el 15 de diciembre de 1930 en la rebelión de Cuatro Vientos, después de cuyo fracaso se exilió a Francia hasta que la República lo rehabilitó. Fue nombrado Capitán General de Madrid y más tarde jefe del Cuarto Militar del Presidente, conservando la fidelidad al gobierno republicano hasta que su consuegro, el Presidente don Aniceto Alcalá Zamora, cesó en el cargo. Entonces pasó a ser Inspector del Cuerpo de Carabineros y con este poder de mando se levantó contra el Gobierno en 1936, siguiendo el Alzamiento de Franco, y se apoderó de Sevilla valiéndose de gran astucia. Ocupó el mando del llamado Ejército del Sur y desde el edificio de Capitanía General organizó la conocida Radio Séneca para emitir discursos con el fin de levantar el ánimo de las zonas llamadas "nacionales" y socavar el de las zonas "republicanas". De pequeño tuve conocimiento de estas arengas duras e hirientes que mis padres escuchaban por la radio en Barcelona y que quedaron en el recuerdo de todos los catalanes que vivieron la guerra en nuestras ciudades y pueblos. Esta hábil actuación corría pareja a la instaurada por Goebels entre los alemanes como jefe del aparato propagandístico del nacionalsocialismo, utilizando por vez primera la radio y el cine a tales fines; procedía del periodismo y llegó a ministro de propaganda.

Durante la guerra el traumatólogo Alfonso Queipo de Llano y Buitrón siguió trabajando en el Sanatorio de Torremolinos que había sido convertido en Hospital de Sangre, nombre con el que

se designaba a los que recibían heridos del frente de batalla. Allí se operaba en ritmo de oleadas a tenor de los combates hasta llegar a la fatiga, como en tantos otros centros análogos repartidos por la geografía española en uno y otro bando de la contienda civil, como se podrá apreciar en cada biografía cuando la narración llega al periodo de 1936-39. La labor de este cirujano fue loada por unos pacientes en el periódico local y así algunos elementos de la FAI (Federación Anarquista Ibérica) entraron en conocimiento del parentesco entre el cirujano y el general de las alocuciones radiadas desde Sevilla. Inmediatamente se presentó en su casa una patrulla para detenerlo sin más explicaciones y lo llevaron al Cuartel de Capuchinos, después al Gobierno Militar y al cabo de unas horas al cuartel general de la FAI. Allí apareció cierto señor al que una vez había atendido médicamente y que, por lo visto, tenía bastante autoridad. Él lo salvó.

Volvió a trabajar en el Hospital de Sangre y los jardines del Sanatorio estaban llenos de barracones para albergar a los muchos heridos que llegaban y que desbordaban la capacidad de hospitalización. Los meses de permanencia de Málaga en zona republicana decía Alfonso Queipo de Llano que fueron de zozobra porque era conocida la relación entre tío y sobrino y el general sabía de su situación. Málaga fue tomada por las tropas nacionales el día 8 de febrero del 37 pero el día anterior el tío Gonzalo adelantó un grupo hasta el lugar donde se encontraba el sobrino Alfonso para que lo trasladaran a su cuartel general. Esto le salvó porque tuvo noticias de que después anduvieron buscándolo, el mismo día de la huida, para matarlo. Otro grupo de soldados enviados por el general trasladaron a la familia de don Alfonso hasta el lugar donde se encontraba su tío. Los doctores Lazárraga y Queipo de Llano se incorporaron a la sanidad militar del bando nacional y fueron asimilados con graduación de capitán médico.

Acabada la guerra civil el general Queipo de Llano se encontraba en la cúpula militar que debía decidir junto a Franco la forma de gobierno y de distribución de poderes en el futuro estado español. Aquél no estuvo de acuerdo, al parecer, con la total asunción de poder militar, de poder de gobierno y de poder de partido (FET y de las JONS) en la forma como se decidió, y fue marginado. El primer gobierno franquista lo destinó a Roma como agregado militar de la embajada, donde permaneció hasta antes de la caída del gobierno fascista de Mussolini. En recompensa a su participación en la guerra civil Franco le ofreció el "marquesado de Queipo de Llano", recompensa que él no aceptó porque era poco sensible a la prosapia y a tales nombramientos, a pesar de proceder de una familia de nobles Grandes de España que detentaban el título de Conde de Toreno. Destacaron dos antepasados, cuya notoriedad les hace meritorios de aparecer en nuestras enciclopedias:

- José María Queipo de Llano y Ruiz de Saraiva (Oviedo 1786 – París 1843). Fue el VII conde de Toreno, participó en 1808 en el alzamiento asturiano contra la ocupación napoleónica y fue diputado en las Cortes de Cádiz. Fue un liberal que presidió las Cortes Extraordinarias de 1820-22, ministro de hacienda en 1834-35 y Jefe de Gobierno en 1835 dando a Mendizabal la cartera de hacienda. Las vicisitudes políticas le llevaron al exilio en dos ocasiones en 1814-20 y en 1822-23. En 1837 fue elegido diputado y en 1840 senador. Fue autor de un libro sobre "Historia del levantamiento, guerra y revolución de España".

- Francisco de Borja Queipo de Llano y Gayoso de los Cobos (Madrid 1840 – 1890). Fue el VIII conde de Toreno, ejerció la abogacía, fue diputado moderado en 1864 y alcalde de Madrid con la Restauración. Pasó al partido conservador y en él llegó a ministro de fomento en 1875, ministro de estado en 1879, presidente del Congreso entre 1880 y 1884 y gobernador civil de Madrid a partir de este último año. Había fundado el periódico antirrepublicano "el Tiempo".

La familia del tío general y del sobrino cirujano ya no pertenecía a la línea directa de descendencia porque en el árbol genealógico –según manifiesta Enrique Queipo de Llano, hijo de Alfonso- ellos proceden de una rama segundogénita del V conde de Toreno. El periodista José Luís Navas preguntó

al cirujano don Alfonso cómo era el general y contestó: "Impulsivo, generoso. Era todo corazón. Se entregaba ardientemente a todo lo que hacía, y con gran sinceridad. En realidad no he tenido un gran contacto con él a lo largo de mi vida porque siempre vivía en sitios distintos a mí debido a sus funciones militares. Sin embargo nos queríamos mucho y nos visitábamos con frecuencia. Él hacía participar a toda la familia en los actos importantes de su vida".

Alberto Jiménez Fraud.

Este eminente pedagogo, continuador de la obra de la Institución de Libre Enseñanza y de los Krausistas del grupo de Giner de los Ríos, nació en Málaga en 1883, fruto del segundo matrimonio de Enrique Jiménez y la francesa Henriette Fraud. En Málaga cursó el bachillerato y siguió estudios de Derecho bajo la tutoría de Ricardo Orueta, hijo de Domingo Orueta, fundador de la Sociedad Malagueña de Ciencias Físicas y Naturales. Lleno de inquietud cultural fundó con otros amigos la revista Gibralfaro, organizaron conciertos y conferencias y en 1906 consiguieron que don Miguel de Unamuno pronunciara un ciclo. Jiménez Fraud había conocido a Unamuno en Madrid en 1905 donde permaneció un año; también conoció y trabó amistad con Giner de los Ríos, con Manuel Bartolomé Cossío y otros miembros de la Institución Libre de Enseñanza. Cuando regresó a Málaga escribió: "Junto con otros amigos agitamos de diversas formas la vida intelectual de la ciudad con revistas, ateneos, publicaciones de la vieja Sociedad de Ciencias y unas prédicas de Unamuno que escandalizaron el ambiente levítico y resignado de la vieja ciudad, que con la pérdida de sus viñedos había perdido también su vigor vital y económico".

La amistad con Unamuno dio lugar a un intercambio de cartas en las que Jiménez Fraud da cuenta de sus inquietudes culturales y en una de 1906 describe el triste panorama del ambiente malagueño: "He tardado en escribirle más de lo que pensaba, creyendo poder darle datos más precisos de los que yo poseía sobre la cuestión económico-social de Málaga. No me ha sido posible encontrar a una persona que esté al tanto de ello, ni nadie que ponga curiosidad en esto. Esa indolencia fatalista que a usted le saca de quicio es la que por aquí abunda. Aquí se puede hacer todo lo que se quiera, bueno o malo, con tal de no pedirle a nadie trabajo". En julio de 1910, cuando Alberto Jiménez contaba 27 años fue requerido en Madrid por Francisco Giner de los Ríos para que se hiciera cargo de la dirección de la Residencia de Estudiantes, dependiente de la Junta para la Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas, nacidas ambas instituciones al socaire de la Institución Libre de Enseñanza, universidad libre que habían fundado en 1876 un grupo de catedráticos separados de la Universidad: Salmerón, Azcárate y Giner de los Ríos. Fueron los promotores de las grandes reformas pedagógicas y educacionales que se produjeron en España hasta 1936. En la biografía de San y Ricart hemos expuesto ampliamente la obra de estas instituciones, de la que se beneficiaron muchos estudiosos que llegaron gracias a ellas a puestos importantes en el mundo cultural español. Fue una de las experiencias culturales más importantes de la Europa de su tiempo, y se proponía formar una élite capaz de llegar, a la vuelta de tres o cuatro generaciones, a un conjunto capaz de europeizar a España a través de la educación y la cultura, según opinión de Augusto Assia, que dedicó una carta abierta a la prensa con motivo del centenario de su nacimiento cuyo título fue "Jiménez Fraud, impulsor de una España abierta".

La íntima relación con la familia Queipo de Llano procede de su hermano Gustavo Giménez Freud cuya hija era Encarnación Giménez Ramos, esposa del cirujano que nos ocupa, Alfonso Queipo de Llano Butrón. El gran pedagogo era pues el tío Alberto. Él a su vez se casó con Natalia Cossío, hija de Manuel Bartolomé Cossio, que a lo largo de toda la vida le acompañó en sus tareas de dirección de la Residencia de Estudiantes, donde permanecieron durante 26 años hasta que fue clausurada con el estallido de la guerra civil. El matrimonio emigró al reino Unido y se establecieron en la Universidad

de Cambridge entre 1936 y 1938 y después en la de Oxford entre 1938 y 1950, donde convivieron con Josep Trueta y con Salvador de Madariaga; regresaron por segunda vez a Cambridge, donde permanecieron hasta 1964, año en que volvió a España, para morir. Siempre se había dedicado a la docencia, a dar cátedra y a enseñar a los alumnos de estas universidades inglesas. A la docencia se unen sus obras escritas "Ensayos sobre la universidad española medieval, renacentista y moderna", "Visita de Maquiavelo", "Juan Valera y la generación de 1868" y libros de pura pedagogía como "La ciudad del estudio", "Selección y forma" y "Ocaso y restauración". Dijo Augusto Assia que "de uno de los más amables, más fecundos y más hermosos acontecimientos pedagógicos y culturales jamás conocidos en las Españas, la guerra hizo trizas y envió a su artífice a ilustrar a los ingleses, enseñarles y educarles".

En Madrid se organizó en el pabellón Villanueva del Real Jardín Botánico una exposición con motivo del centenario de su nacimiento en el año 1983, de la que dio buena cuenta en la prensa el periodista Juan Rebollo; fue inaugurada por el ministro de cultura Javier Solana, que dijo "El título de la Exposición, Alberto Jiménez Díaz y la residencia de Estudiantes, refleja con exactitud la imposibilidad de separar una institución cultural y educativa, que tuvo una gran relevancia en nuestra patria, de la figura de quien fue su Director". Fue también un recuerdo de la guerra civil y de sus consecuencias para la cultura española, que el propio Jiménez Fraud definió como "un inmenso cuadro de despilfarro de personas, fuerzas y obras". Augusto Assia une el recuerdo de don Alberto a tres sentimientos: "el de la gratitud, por lo que hizo aquí en los veinticinco años que pudo trabajar; el del remordimiento, por lo que no se le dejó trabajar aquí; el de la envidia, por lo que trabajó para beneficio del extranjero; como tantos otros españoles de su generación y de tantas generaciones". Debe servirnos de meditación que lo que pudo desarrollarse durante la Restauración, la Dictadura de Primo de Rivera y la II república, una vez que se ha restablecido el régimen de libertades, no tenga, en la actualidad, ningún viso de posible homologación, comentó F.C.S. en El País en su artículo sobre la exposición del centenario.

Le sobrevivió su esposa Natalia Cossío que había sido su compañera y su colaboradora, como antes lo fue con su padre Manuel Bartolomé Cossío (Haro 1858 – Madrid 1935) de quien, con devoción filial, repasó, amplió y anotó el famoso estudio sobre El Greco. Alguno dijo de ella que fue una de las mujeres más extraordinarias que ha dado España en este siglo al comentar su fallecimiento en octubre de 1979 a los 85 años. Alta, rubia, bellísima y distinguida, se había dedicado sobre todo a su familia, la cultura y las artes. Ya enviudada vivió en invierno entre Londres, donde residía su hija Natalia casada con un juez inglés, y Madrid, y en verano se trasladaba a su quinta gallega de Betanzos. Ahí falleció súbitamente cuando al parecer gozaba de buena salud. El periodista Roberto Adell dijo que Doña Natalia Cossio "había muerto con elegancia y puntualidad: en el sueño de la mañana en que empezaba octubre, como si muriera de puntillas al comenzar el otoño", y que para él "siempre representó el espíritu vital, la vida con todas sus cualidades positivas y fértiles: la cordialidad, la humanidad, la comprensión, el optimismo, la jovialidad, la acción; alguna vez traté de analizar en qué consistía la atracción de su personalidad... eran inútiles los razonamientos... al menor contacto con ella la realidad de su fogoso temperamento daba al traste con todos los análisis". Otro periodista, Aquilino Duque, dijo que a Doña Natalia "le llegó su hora en el sueño después de una jornada feliz..." y que al escribir sobre su fallecimiento "la muerte de los íntimos le toma a uno todas las veredas de la palabra".

El lector habrá observado la diferencia ortográfica entre Alberto Jiménez Fraud, el pedagogo, y su hermano Gustavo Giménez Fraud, suegro del cirujano Alfonso Queipo de Llano. Enrique, hijo de este último, me explicó que el pedagogo era un muy buen filólogo de la lengua castellana y mantenía que la evolución correcta del apellido medieval Ximénez era la transformación de la X en J, y que por

lo tanto debía ser Jiménez, lo cual explica que lo normalizara de tal guisa. Doña Ximena, esposa de Ruy Díaz de Vivar, el Cid Campeador, sería hoy en día Doña Jimena; el nombre germánico Ruy es considerado una variante de Rodrigo y procede de Hrod, el glorioso. El dramaturgo clásico francés Corneille en su famosa obra *Le Cid* opta por la ortografía francesa *Chimène*, como equivalencia fonética de la J castellana.

Ramón Pérez de Ayala.

La familia Queipo de Llano guardaba lazos de parentesco con este intelectual español cuyo hijo mayor, el arquitecto Juan Pérez de Ayala, se había casado con Carmen Giménez Ramos, la hermana de Encarnación, esposa de nuestro biografiado Alfonso, y por lo tanto el escritor era padre de su cuñado. Los hijos de nuestro cirujano y de Encarnación eran primos de los de Juan y Carmen y partícipes de amistad y juegos en las reuniones de familia y en una foto don Ramón está jugando con nietos que formaban parte de este grupito de primos. Ramón Pérez de Ayala había nacido en Oviedo en 1880, se licenció en derecho, viajó por diversos países europeos, por Estados Unidos y la Argentina, fue embajador de la República en Londres y miembro de la Academia Española en 1918. Cultivó la poesía con obras como *La paz del sendero*, *El sendero innumerable* y *El sendero andante* y la novelística con obras notables como *Tinieblas en las cumbres*, *La pata de la raposa* y *Troteras y danzaderas*, todas con elementos autobiográficos; más tarde aparecieron obras con conflictos ideológicos e intelectuales como *Berlarmino* y *Apolonio*, *Tigre Juan* y *El curandero de su honra*.

El periódico *El Español* publicó una extensa entrevista que le hizo el periodista Jiménez Sutil, poco tiempo después de su regreso de América; había sido celosamente recortada y archivada por Alfonso Queipo de Llano, y así la he podido leer y saber de él en su 75 aniversario en 1955. Fue acertadamente escogido para esta entrevista porque, como dice Jiménez Sutil, "La cosecha, para quien ha sabido espigar, debe ser abundante. Y Pérez de Ayala –inteligencia y método– ha de conservar sin duda copioso grano de cuantos hombres y afanes se fueron sucediendo". Se le valora pues como un faro desde el que iluminar y observar el panorama intelectual español y castellano, hombre que trascendió por su pulcritud, su claro y elegante estilo literario que formaban parte de su modo de ser. Afirma el periodista que manifestó preocupaciones, anhelos, humor, risas, sonrisas y el reflejo, unas veces triste y otras veces alegre, del inmediato contorno de su familia. Su trato era distinguido y campechano a la vez y en su mano blandía un puro desproporcionado para su figura. Había pasado largas temporadas en América, gran campo abierto y a la vez país sin puertas, nos dice el literato, y cuando le preguntaron por los escritores que más habían penetrado allí respondió que los tres grandes de fin de siglo fueron Juan Valera, Menéndez y Pelayo y Pérez Galdós, y para la generación posterior ya fue más generoso con los intelectuales de su tiempo al citar a Unamuno, Machado, Ortega y Gasset, Marañón, Menéndez Pidal y García Lorca; esta había sido la presencia intelectual española en América comprobada por él durante su estancia. Al pedirle su opinión sobre los grandes maestros castellanos del Siglo de Oro fue rotundo al recordar los cuatro pilares que fueron Cervantes, Lope de Vega, Calderón de la Barca y Quevedo y añadió que en la poesía la suprema realidad había sido Garcilaso y después fray Luís de León.

Al juzgar el tiempo presente recabó la necesidad de promover las humanidades y ayudar a su renacimiento y su revalorización, y él por su parte no había dejado de acercar su aguda inteligencia a los clásicos de la antigüedad. Expuso su parecer: "La enseñanza del latín tiene como finalidad la educación de las formas eminentes de la inteligencia, que se reducen, en suma, a procurar o saber hallar lo esencial en lo accidental, la unidad en la diversidad, la simplificación en lo complejo y la síntesis en lo múltiple". En sus postrimerías había vuelto a la lectura del latín y recitaba poesías de Ovidio "con la convicción de que el idioma latino y su literatura se corresponden con la íntima y

equilibrada madurez del espíritu occidental, de donde lo nuestro procede, y para darse cuenta de ello hace falta la madurez". No se acaban aquí sus conocimientos porque el dominio de idiomas le permitió estudiar las literaturas inglesa (nacionalidad de su esposa), francesa e italiana. Al término de esta entrevista le preguntó Jiménez Sutil ¿cuál es la cantera de un creador? y aseveró que hay dos: la vida y los libros; "los libros son despertadores de la conciencia, pero lo esencial es la vida, las dimensiones íntimas de la propia vida; los libros sólo sirven para alumbrar anchas y hondas zonas de esa intimidad". El periodista ahondó al cuestionarle sobre su proceso formativo y fue rápida su respuesta: "Estudié con los padres jesuitas. Llevo esa impronta". Al cabo de siete años de su reincorporación a la vida española falleció en Madrid en 1962.

GUERRA CIVIL.

El inicio del descalabro entre los españoles le cogió en Málaga en el Centro Sanatorial de Torremolinos, que fue transformado en Hospital de Sangre. Hemos comentado las incidencias que sufrió Alfonso Queipo de Llano en cuanto se descubrió su nexa familiar con el general de las arengas radiofónicas desde Sevilla y como pasó con la ayuda de éste a territorio llamado nacional. Al caer Málaga bajo el avance del Ejército del Sur, al mando del general Queipo de Llano, el Sanatorio antituberculoso siguió ejerciendo las mismas funciones en la organización de la sanidad de guerra y en él trabajaron como capitanes asimilados del cuerpo desanidad Alfonso Queipo de Llano y el doctor Lazárraga.

A partir de este momento disponemos de su hoja de servicios quirúrgicos en guerra, redactada por la Secretaría de los Servicios Médicos de la Segunda Región Militar en Sevilla y firmada el 11 de diciembre de 1939, que él cuidadosamente había archivado. A últimos de febrero de 1937 las tropas nacionales ocupan o liberan Málaga, según la terminología militar y política del momento, se crea el equipo quirúrgico móvil nº 5, cuya misión es acudir lo más cerca posible del frente para recoger, atender y evacuar los heridos. Aquí actúa Alfonso Queipo de Llano y la guerra le lleva a los frentes de Peñarroya, de Villanueva del Duque y de Pozoblanco y al término de esta campaña recibió la felicitación del Alto Mando por "la altruista labor desarrollada en las operaciones por el equipo quirúrgico a sus órdenes, que demostró tan admirables dotes de competencia y valor sereno" (21-4-37) firmado por el doctor José Lazárraga, jefe del Equipo Quirúrgico Móvil del Ejército del Sur. Permaneció en estas funciones hasta el mes de mayo del año siguiente.

Las necesidades quirúrgicas aumentan, se crea un nuevo equipo móvil, el nº 9, y en junio de 1938 se le nombra jefe del mismo. Su centro de evacuación es un hospital de Córdoba, instalado en el antiguo colegio de niñas de San José de Calasanz, y de ahí que lleve el nombre de Hospital Calasancio ; en éste consigue organizar una hospitalización especial para fracturados con salas para fracturados de fémur, de cráneo y otros tipos, siguiendo la metódica de Lorenz Böhler, según sus enseñanzas a partir de la primera guerra mundial en el frente del Tirol, donde actuó tan gran maestro. Los heridos marroquíes de las tropas coloniales eran atendidos en el Hospital Militar Musulmán y también aquí operó Alfonso Queipo de Llano. En noviembre del mismo año es responsabilizado como director del Hospital de Sangre de Bujalance y además fue encargado del Servicio de Fracturados del Hospital de Córdoba, unidad especial de traumatología incorporada en la cirugía militar. Con su empeño había conseguido separar los fracturados de los heridos viscerales y plantear para aquellos los tratamientos böhlerianos de indicación en todos los hospitales de aquella guerra, tanto en un bando como en el otro. Los principios de actuación de sus cirujanos fueron los ya conocidos de recogida rápida de los heridos, traslado lo más precoz posible al hospital de referencia y tratamiento en unidad especializada, con control y seguimiento hasta su curación. Al acabar el año 1938 los heridos fueron numerosos procedentes de los frentes de de Azuaga, Granja de Torrehermosa y Espiel.

Se han conservado notas de su archivo en las que describe su equipo formado por cuatro cirujanos ayudantes y catorce estudiantes de medicina como auxiliares, que trabajaron a pleno rendimiento y en momentos hasta la somnolencia después de muchas horas ininterrumpidas de asistencia, como en tantos otros equipos en los frentes de batalla.



Durante la guerra civil como capitán de Sanidad asimilado.

En el primer trimestre de 1939 pudo organizar en Málaga un centro hospitalario especial para los fracturados utilizando el hotel Miramar, en el que instaló hasta un total de 800 camas a tal fin, por lo que fue uno de los de mayor capacidad de la sanidad de guerra. Para completar el tratamiento de estos fracturados después de su consolidación creó los equipos de rehabilitación necesarios, como había enseñado la experiencia alemana de reincorporación de los lesionados. Los medios eran escasos

y la lucha contra la miseria desbordaba a los protagonistas. En la entrevista que publicó en cinco capítulos José Luís Navas nos refiere Queipo de Llano que los piojos eran allí (al igual que en todos los frentes) una verdadera plaga y que cuando su Equipo Volante tenía que actuar en este hospital de guerra la lucha contra los piojos se hacía acuciante porque en la guerra los piojos se convierten en plaga, anidan debajo de las escayolas, casi hierven encima de ellas; lo decía enfrentándose a la pena sin entristecerse. En abril de 1939, una vez acabada la guerra, el hospital provisional del hotel Miramar fue desmantelado y los enfermos fueron trasladados al Hospital Civil Provincial en el que Queipo de Llano prosiguió los tratamientos en las clínicas para fracturados y enfermos en rehabilitación. Por lo demás se reintegró a su puesto del Sanatorio de Torremolinos donde tenía vivienda y se alojaba con su esposa y sus hijos, al igual que los miembros de la administración y las enfermeras. El período de guerra acabó definitivamente cuando pasó el trámite del "proceso de depuración" por parte del Colegio oficial de Médicos, como todos los médicos españoles, y recibió el conforme de "depurado sin causa" con el nuevo carnet de colegiado y el permiso para volver a ejercer en la práctica civil.

Su experiencia quirúrgica y su capacidad de comunicación hicieron posible que redactara un largo texto de diez y seis páginas en el que dejó constancia de su labor como Capitán Médico militarizado, jefe de Equipo Quirúrgico móvil núm. 9 en los frentes y en la retaguardia. Le dio como título "La organización, factor principal en el tratamiento de las fracturas de guerra", lo firmó con sus ayudantes los doctores José de la Cámara, Eduardo Franquelo y Francisco Valle y apareció publicado en enero de 1939 en la Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra. Explica el problema del panorama español para el buen tratamiento de los fracturados, que solamente son bien tratados en los escasos países que marchan al frente de la civilización y como ejemplo del buen hacer pone el "Bergsmannsheil", de la Asociación de Propietarios de Minas y Fundiciones de Bokum, y el "Unfallkrankenhause", del Instituto de Seguros Obreros de Viena, y –como dice– en ellos se estudia la traumatología en forma científica y con miras puestas en el factor económico, base de una buena organización social. El problema se había agudizado con la guerra española porque en las enseñanzas de las facultades solamente se había dado a la traumatología el papel de una rama débil y de docencia breve, entre las del árbol grande de la Cirugía General, y a ella se le dedicaban unas pocas lecciones sobre fracturas. Para éstas recaba, sobre todo en casos de fracturas abiertas, un

tratamiento inmediato, a modo de una enfermedad de comienzo agudo, y un seguimiento durante el largo período de evolución, sin bajar la guardia hasta la curación.



Carnet de colegiado de la postguerra.

Durante la guerra en los hospitales, con cirujanos competentes y con buena organización, no se podían dar a los fracturados las atenciones necesarias debido al agobio asistencial ocasionado por los heridos viscerales, que eran prioritarios para el personal. No era así para el fracturado, que nunca despertaba el mismo interés que una lesión abdominal aguda y que en urgencias era inmovilizado con una férula y se le pedía una radiografía, y en el mejor de los casos empezaba el tratamiento al tercer día. Nos recuerda este

axioma del tratamiento de las fracturas: "Un inexperto reduce una fractura antes de las cuatro primeras horas; un especialista no consigue reducir muchas veces fracturas de más de tres días de fecha". Asegura que la traumatología y el tratamiento de los fracturados tiene que independizarse, formar una rama aparte dentro de las instituciones quirúrgicas, con personal y elementos propios, y sobre todo urge organizar la enseñanza de las fracturas. Hay que eliminar la dispersión de los lesionados en clínicas diversas y agruparlos en clínicas especializadas para el tratamiento de las fracturas. Para mejorar la situación expone el esquema a seguir:

- 1º Equipo quirúrgico móvil: Recogida del fracturado y tratamiento inmediato de urgencia.
- 2º Hospital especializado de etapa: Tratamiento hasta la consolidación de la fractura.
- 3º Hospital especializado de recuperación: Tratamiento de secuelas mediante mecanoterapia, masaje, diatermia, electricidad, baños de luz, métodos ortopédicos y miembros artificiales.

Primer tiempo.- La escisión de la herida debe hacerse en las seis primeras horas para transformar la fractura en cerrada y hay que procurar que la primera cura con su inmovilización consiguiente sea la definitiva. Se trasladará al lesionado a un centro especializado.

Segundo tiempo.- En este último se le controlará hasta consolidación y estará dotado con personal especializado para las curas, los escayolados y diversos tipos de vendajes y para las exploraciones radiográficas.

Tercer tiempo.- Prosigue en unidades de rehabilitación y de prótesis bajo dirección de personal especializado y en un sistema de tratamiento unificado para reintegrarlo lo mejor posible a una vida autónoma. Los resultados de un sistema semejante suelen ser más halagüeños que los criticados al inicio de este artículo.

La organización que pudo llevar a cabo en los frentes de Córdoba, siguiendo estos principios consistió en un Equipo móvil especializado, dependiente del Hospital Base u Hospital de Sangre que reside en Córdoba, dotado con todos los sencillo medios que hoy se utilizan en el tratamiento de estos enfermos y con un aparato portátil de Rayos X. El equipo se sitúa durante los períodos de operaciones bélicas en el Hospital de vanguardia más estratégico, al cual se transportan los fracturados, y en él se les practica radiografía, operación urgente e inmovilización, que en lo posible será la definitiva. Después estos enfermos se transportan al Hospital Base –excepto los muy graves– que está en Córdoba, el Hospital Calasancio que consta de 200 camas y de todos los servicios auxiliares necesarios. A causa de la saturación de enfermos se vio obligado a montar un segundo hospital en Málaga, el Hospital Miramar, y con estas instalaciones esperaba poder observar a todos los fracturado, recogidos por ellos en el frente, hasta el final de su tratamiento. Esta organización tenía que llevar a un ahorro económico en el tratamiento de cada herido, a unos mejores resultados y en

consecuencia a un menor gasto final en pensiones. Él se pregunta ¿A qué cantidad global ascenderá en España el tratamiento y pensiones de sus fracturados de guerra? La cifra es inmensa porque éstos son el 12% del total de heridos y de este grupo salen la mayoría de mutilados e inútiles. En la época de este artículo un Caballero Mutilado absoluto cobraba 6.000 pesetas al año y, calculándole un término medio de vida de 30 años, el Estado le tendría que pagar por lo menos 180.000 pesetas. Si con la pauta expuesta por Queipo de Llano se evitan tres mutilados absolutos, él calcula que se ahorrarían 540.000 pesetas y de acuerdo con los gastos de dicha época afirma que con este dinero se podría sustentar durante un año un hospital especializado de 250 camas.

Una de las grandes ventajas de la organización propuesta sería la acumulación y ordenación de gran cantidad de historias clínicas, necesarias para elaborar trabajos y publicaciones. Y para confirmarlo presenta un estudio sobre las mil primeras fracturas tratadas por su equipo quirúrgico, cuya forma y etiología distribuye así: grandes destrozos por arma de fuego 152; pequeñas heridas por arma de fuego 376; grandes destrozos por metralla 109; pequeñas heridas por metralla 104; fracturas cerradas 245; fracturas contusas abiertas 14. De estos heridos 572 fueron recogidos en el frente y 428 llegaron directamente al hospital. Entre las fracturas abiertas la tasa de infección llegó al 29% y fue proporcional a la gravedad de los destrozos de las partes blandas; en esta serie refiere 13 amputaciones: antebrazo 1, brazo 1, muslo 2 y pierna 9. Las fracturas de fémur fueron tratadas con tracción sobre férula de Braun, al modo de Böhler, con muy buenos resultados. Por causas variadas la mortalidad fue de 11 casos y además contabiliza 28 complicaciones, de las cuales 22 son por sección nerviosa. Los resultados globales en estas mil fracturas los resume en altas con curación y función normal en el 70,4%, inútiles temporales y servicios auxiliares 5,8%, amputaciones 1,9% y mortalidad 1,1%. De todos estos enfermos su Equipo Móvil había recogido del frente a 572 antes de las 24 horas. La bondad de los resultados funcionales se demuestra en la serie de fracturados muslo con el 75,5% de reintegrados a sus unidades y en la de fracturados de brazo con 75,7% de reincorporaciones. Recuerda que la mortalidad global de las fracturas abiertas en la guerra de 1870 fue del 40% y en la Guerra Europea (1914-18) descendió al 12%. Sus excelentes resultados son fruto de las mejoras aplicadas a la recogida y evacuación de los heridos y a la mejor calidad de los tratamientos en los frentes cordobeses.

EJERCICIO PROFESIONAL.

Había empezado a trabajar en el Hospital Civil Provincial como Médico Interno el día 18 de marzo de 1936 y allí creía que podría perfeccionar su formación quirúrgica pero el inicio de la guerra interrumpió estas esperanzas. El Sanatorio Marítimo fue convertido en hospital de guerra y ya conocemos su actuación posterior hasta llegar a capitán médico asimilado. Acabada la guerra se reincorporó al hospital Civil Provincial con la misma condición que antes de ésta, pero se convocaron oposiciones a Médico de Entrada en propiedad y al ganarlas pasó a ocupar este cargo a partir del 3 de octubre de 1942, desarrollando una actividad difícil debido a la pobreza de medios, general en la vida española de la postguerra. A partir de este momento la lucha para sobrevivir con el ejercicio como traumatólogo le obligó a ir optando a cargos hospitalarios nuevos, todos ellos a tiempo parcial y con emolumentos escasos, ya que la red hospitalaria oficial era casi inexistente y en buena parte la presencia de los médicos en los centros tenía carácter de voluntariedad, con la esperanza de adquirir un prestigio profesional en los centros públicos que permitiera compensar el esfuerzo con ganancias en la consulta privada.

Su dedicación preferente a la traumatología, desarrollada ya durante la cirugía de guerra, fue desde entonces su objetivo civil y para ello tenía que recibir accidentados de las compañías aseguradoras, ya fueran del trabajo ya de patología común, y como siempre era necesario

contactarlas, presentar el expediente personal y ofrecer sus servicios. Las respuestas es de suponer que casi siempre eran afirmativas, sea por su acreditada formación sea por la escasez de especialistas en Málaga. Recordaba Queipo de Llano en la entrevista de José Luís Navas que por aquella época habría en la ciudad de Málaga unos 80 médicos y que siendo él uno de los últimos en llegar tenía en el carnet de colegiado el nº 200 entre los de toda la provincia. La meticulosa conservación de los documentos de su archivo personal, que me han abierto sus hijos Enrique y Alfredo, me permite reconstruir el modo cómo se van formando un programa de trabajo y una clientela de potenciales accidentados al asumir la asistencia de asegurados. Ordenados de forma cronológica los diversos nombramientos tanto hospitalarios como privados, siempre en Málaga, los exponemos a continuación:

- Cirujano auxiliar de la Cruz Roja Española (15-IV-1942), a la que se reincorporó, ya que en mayo de 1936 había sido ayudante del doctor Achucarro en esta institución.
- Cirujano de centros osteoarticulares para el Sanatorio de Torremolinos (12-I-1942).
- Cuerpo de Médicos de Casas de Socorro, escalafón nº 784 (15-II-1943).
- Cirujano Supernumerario con carácter interino de la Obra Sindical 18 de Julio (26-I-1943).
- Contrato para la asistencia de lesionados del Seguro de Incapacidad Temporal, de la Caja Nacional de Accidentes de Trabajo (16-IX-1943).
- Nombramiento de profesor de 3ª del cuerpo Médico de la Beneficencia provincial (5-IX.1944).
- Asistencia a los asegurados de Renfe a cargo de la Central Nacional Sindicalista (1-I-1945).
- Médico del Trabajo de Sociedad Anónima VERS (11-XI-1944)
- Contrato de prestación de servicios a los asegurados y accidentados de La Unión y El Fénix (17-XII-1946).
- Prestación de servicios de la especialidad de Cirugía en las siguientes Entidades Colaboradoras del Instituto Nacional de Previsión (INP): La Española, mutualidad de seguros sociales; Previsión Vasco-Navarra; Mutua Vascongada de Previsión; Multimax, mutualidad española de previsión social; Mapfre, mutualidad de seguros sociales; Hispania, mutualidad de previsión (23-VII-1947).
- Por reajuste de cupos del INP, se encarga del Servicio de Radiodiagnóstico en la entidad colaboradora MAPFRE (25-VIII-1947).
- Encargo de asistencia a los asegurados de Mutual Cyclops, entidad colaboradora del INP (12-I-1948).
- Ayudante eventual de Aparato Digestivo del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) (26-IV-1948).
- Por reajuste en la especialidad de traumatología en el INP se le añade la Entidad Colaboradora Mutua General Seguros (28-V-1948).
- Carta de nombramiento de médico de la Compañía Occidente S.A. (27-VI-1949).
- Médico especialista en Traumatología del Seguro Obligatorio de Enfermedad (4-XII-1950).
- Credencial de Médico de 3ª categoría de la Beneficencia Municipal (17-IX-1951).
- Especialista de traumatología en la entidad colaboradora (INP) ASEPEYO (1-V-1954).
- Como cirujano ortopédico del Hospital Civil formaba parte del Patronato del Pabellón de Reeducción Infantil creado por la Diputación Provincial (14-V-1954).
- Nombramiento definitivo de medico especialista en traumatología del Seguro de Enfermedad (13-VII-1954).
- Ampliación del cupo del SOE por necesidades de servicio: Caja Nacional, Instituto Social de la Marina y Mutualidad del Papel, Prensa y Artes Gráficas, con un total de 19.500 cartillas acumuladas (10-XI-1954).

- Nombramiento de Jefe de Clínica de Traumatología para la Residencia Sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad (5-XII-1956).
- Encargo de Dirección con carácter provisional del Sanatorio Antituberculoso de Torremolinos, por jubilación de su director el doctor José Lazarraga, hasta resolución del concurso para cubrir la vacante (19-V-1958).
- Nombramiento, por concurso de méritos, de Profesor de Sala del servicio de cirugía de la Beneficencia Provincial (23-II-1971), a los 67 años de edad.

Esta detalladísima exposición de sus nombramientos nos aclara cómo en una pequeña ciudad provincial se desarrollaba el esfuerzo de un profesional para formarse una clientela, para ocuparse en responsabilidades hospitalarias y para consolidar el avance de la especialidad. Los enfermos de su consultorio eran operados en dos Sanatorios privados, el de la Purísima Concepción los de las mutuas y el del Dr. Gálvez los particulares. Para mejorar las condiciones de hospitalización unió sus esfuerzos a los de otros trece médicos y fundaron en 1962 el Hospital Parque de San Antonio, donde todos ellos centralizaron sus actividades quirúrgicas y Queipo de Llano sobretodo los accidentes de trabajo, que obligaron a la creación de un sistema de asistencia permanente para atender las urgencias.



Tratando una fractura abierta de la pierna.

La aparición de la actividad hospitalaria con dedicación horaria plena, con equipos de trabajo, con responsabilidades de formación de especialistas y con estimulación a la investigación clínica no llegó a Málaga hasta su implantación en la Residencia de la Seguridad Social "Carlos Haya" con estructura jerarquizada en 1972. Hasta entonces y desde su edificación en 1956 en la Residencia se operaban los enfermos de cada

cupo quirúrgico a criterio de cada cirujano jefe de equipo, pero el sistema de jerarquización de la Seguridad Social española se fue extendiendo y en Málaga se encargó de su organización para la cirugía ortopédica y la traumatología el doctor Gustavo García Herrera y al cabo de tres años fue nombrado por concurso Jefe de Servicio el doctor Ignacio Abad Rico, que tomó posesión en diciembre de 1975 y fue jubilado en el año 2007.

En su primera etapa la implantación del SOE en Málaga, como en las restantes ciudades españolas, había obligado al cirujano a pasar visita en un despacho de lo que se llamaba "Ambulatorio" de la Seguridad Social durante un par de horas y a operar en el hospital del SOE o Residencia los enfermos que consideraba indicados. Las consultas eran multitudinarias y comenta el ayudante que tuvo Alfonso Queipo de Llano, su hijo Enrique, que al llegar a unos 45 enfermos diarios el trabajo se les hizo insoportable y el jefe renunció a la plaza en 1970. No había en 1957 más que dos traumatólogos en Málaga, nuestro biografiado e Isidro Garnica, por lo que con nadie más se podía repartir el trabajo y por ende los emolumentos del SOE por plaza ocupada y cupo restringido difícilmente permitían por sí solos tomar la decisión de trasladarse de una ciudad a otra con la familia, ya que, como hemos comentado con anterioridad, los profesionales vivían de la acumulación de puestos de trabajo variados y a tiempo parcial. Por ejemplo, una dedicación a cuatro entidades a razón de dos horas diarias para cada una proporcionaba económicamente una retribución conjunta de cuatro salarios por ocho horas diarias de trabajo. Así comprenderemos la escasa movilidad de los médicos para asumir un puesto nuevo de

trabajo en otra ciudad con horarios tan parciales y retribuciones limitadas. Solamente la jerarquización ofreció puestos de trabajo a plena dedicación con unos emolumentos que permitían sobrevivir y tomar la decisión de incorporarse a la Residencia de una u otra ciudad.

A los trabajos asistenciales comentados unió Alfonso Queipo de Llano la satisfacción de poder organizar una Escuela de Fisioterapia anexa al Hospital Civil Provincial de San Juan de Dios de Málaga en 1970, en la que se formaron las primeras promociones de fisioterapeutas, tan necesarios para llevar a buen término los planes terapéuticos de los enfermos de nuestra especialidad; recibió el nombramiento de Director. Fue un logro muy importante tanto para la cirugía ortopédica y traumatológica, como para la rehabilitación, que años a venir sería especialidad independiente y reconocida. Conocemos de su época más joven, durante la guerra, la creación en el Hospital Militar de Miramar (hotel adaptado) de una unidad de mecanoterapia y de construcción de prótesis para mutilados del Ejército Sur. En varias ciudades la aparición de la enseñanza de la fisioterapia fue de la mano de cirujanos ortopédcas y traumatólogos, como en este caso y en Madrid en la escuela pionera creada por Sanchís Olmos en el Hospital Provincial. Cuando en la entrevista de José Luís Navas éste le preguntó de qué se sentía especialmente orgulloso como especialista, respondió que del Pabellón Poliomiéltico del Hospital Civil en 1957, fundado gracias a la ilusión y al esfuerzo conjunto de este cirujano, del gobernador civil García del Olmo y del presidente de la Diputación el médico Pérez Bryan. Queipo de Llano había sido hasta esta entrevista de 1971 su único director durante catorce años, y ponía en el haber de tal Pabellón el que muchos niños, gracias a la labor desarrollada en él, habían conseguido incorporarse a la sociedad como seres útiles. El centro no sólo se había ocupado de la curación y rehabilitación de los niños, sino que su ideal había sido conseguir que de allí salieran ya con un medio de vida concreto. Los niños vivían en el Pabellón en calidad de mediopensionistas, con escuela dentro del mismo centro, desde las nueve de la mañana hasta el anochecer.

La personalidad de Alfonso Queipo de Llano y su trato con los enfermos fue puesta de manifiesto por uno de éstos, Antonio Canca, que de jovencito había estado ingresado en el Sanatorio de Torremolinos. En una carta enviada a la prensa se quejó de que el periodista José Luís Navas, el que había publicado en el periódico una "pequeña biografía en cinco capítulos" a la que nos hemos referido con anterioridad, al hablar de "la figura sonriente, amable y confianzuda de D. Alfonso" dijera que "solo los hombres buenos pueden enfrentarse a la pena...", y prosigue el señor Canca "en pocas palabras: el Dr. Queipo de Llano es para usted, lisa y llanamente un hombre bueno.... Y en este punto llego a rectificarle (respetuosamente y con su permiso), y para ello hago uso de una frase popularizada por un eslogan publicitario: Don Alfonso no es bueno, sino "de lo bueno lo mejor". El agradecido enfermo de hacía años dio una explicación sobre su insatisfecha lectura y narró que desde febrero del 38 a diciembre del 40, aquejada su columna del mal de Pott, permaneció en el Sanatorio de Torremolinos, donde conoció a los doctores Lazárraga, Queipo de Llano y Marina. En aquellos tiempos Queipo de Llano llegó a simultanear la asistencia en el frente de guerra, en el Hospital Militar de Miramar y en el Sanatorio, donde su presencia era recibida con contento y satisfacción por los jóvenes enfermos, y al término de la contienda se reintegró definitivamente a éste último. En su meticulosidad don Alfonso tenía por costumbre probar la comida de los enfermos y un día, después de catar el segundo plato "dio orden de que el pequeño vehículo que nos traía el yantar volviera a su procedencia". Los enfermitos, "desde su atalaya respectiva (léase cama), comprendimos que algo no iba bien... y supimos que el plato había sido devuelto a la cocina porque las patatas frías no son para que las coman estos niños". Y con su alegría dieron tácitamente de consuno las gracias al "médico-amigo" que se preocupaba de ellos incluso en cosas tan pequeñas y que al pasar visita, siempre que se dirigía a alguno de ellos, decía el amigo López, el amigo Martín, el amigo Canca (él, que escribe). Éste narra que en noviembre de 1940 fue sometido a reconocimiento clínico y radiográfico y que en

domingo de aquella semana, después de asistir a la Santa Misa, don Alfonso inició su acostumbrada visita amistosa, dedicando a cada cual una palabras y unas sonrisas. Unas cuatro a seis camas antes de llegar a la que él ocupaba nuestro cirujano preguntó que "¿dónde está el amigo Canca?, y este amigo se echó a temblar porque sospechaba una amonestación por algo grave que habría hecho". Don Alfonso llegó a los pies de su cama, acentuó aún más la sonrisa y pronunció la sentencia: "el amigo Canca se va a levantar muy pronto" y lo repitió "mientras transformaba su sonrisa en franca risa por arte y magia de mi casi histérica incredulidad". El 15 de diciembre de 1940, domingo vestido de pantalón largo, después de 22 meses, volvía a casa y atrás quedaban los jovencitos que no perdían la esperanza de curar porque por ellos velaba un Hombre-Médico-Amigo, que al dar un alta sentía más gozo que el propio enfermo. Esta bella narración nos descubre cómo los pequeños detalles de amor, que pueden pasar desapercibidos a los ojos de un adulto, e incluso de quien los profiera, se incrustaban en el recuerdo de estos niños que llenaban los centros heliomarinos en sus camitas blancas expuestas a los beneficios de los rayos solares. Al cabo de treinta años Antonio Canca Guerra confiesa que al escribir estos recuerdos de su querido médico-amigo Alfonso Queipo de Llano se le han formado sendas nubes en los ojos y le impiden ver.

Alfonso Queipo de Llano manifestó siempre que no había tenido a partir de la postguerra responsabilidades políticas y que por lo tanto ejerció sus actividades quirúrgicas sin el influjo o la parcialidad de tal o cual adscripción, conviviendo dentro del régimen franquista como millones de españoles. Mantenía amistad con muchos colegas y quizás con uno de ellos llegaba casi a la intimidad en este aspecto, y me refiero a Agustín Sixto Seco, que fue Presidente de la SECOT durante el bienio 1982-1984. Éste, en una carta de octubre de 1977, le hace comentarios de tipo político que solamente a partir de una relación cercana llegan a entablarse cuando se parte de un largo periodo de años de dictadura, de silencio y de discusión limitados a celados cenáculos. Le habla de "los sentimientos democristianos que veo "alientan" (aunque lo disimules) en tu buen sentido... estate tranquilo: al igual que esta corriente política fue la que rescató a la Europa de la Post-guerra, en España tiene que ser la que, hágase lo que se haga en "las alturas", dé sentido y contenido al amplísimo "Centro" que engloba a quienes se sitúan de verdad entre el socialismo marxista y la derecha intransigente y nostálgica. ¡Y sino, al tiempo!". El lector podrá juzgar sobre el acierto de esta premonición de nuestro antiguo presidente, amigo gallego y santiaguino, que además compartía conmigo el deseo de una españolidad plural e igualitaria entre sus históricos componentes, al modo de una confederación helvética donde no existen diferencias de poder ni de derechos lingüísticos entre sus cuatro comunidades culturales, como bien refirió en una carta que he guardado y en el artículo dominical que publicó en un periódico gallego refiriéndose a esta concepción. Y él, presidente del patronato de Rosalía de Castro, veía en su galleguismo su forma de ser español.

PUBLICACIONES.

En la copia mecanografiada de su currículum descubrimos tres publicaciones primerizas, realmente de las llamadas de antes de la guerra, que aparecieron en 1934 en El Ateneo - Revista Médica (editada en Málaga) y que son:

- Correcciones ortopédicas del mal vertebral de Pott.
- Un caso de focos tuberculosos múltiples.
- Sífilis osteoarticular.

Al fundarse en 1944 la revista de la SECOT con su primer nombre de Cirugía del Aparato Locomotor los especialistas dispusieron de un órgano donde presentar sus trabajos y a partir de 1951 Alfonso Queipo de Llano envió algún artículo; entre 1953 y 1956 la revista se llamó Acta Ortopédica-Traumatológica Ibérica y a partir de 1957 Revista de Ortopedia y Traumatología. Revisé los que

constan en el índice bibliográfico elaborado por Guillén García, Herrador Munilla y Madrigal Royo y allí aparecen los nombres de Alfonso y de sus hijos Enrique y Alfredo entremezclados, y estos últimos me explicaron que su padre les cedió el archivo de historias clínicas personal para que obtuvieran material que podrían sumar al suyo propio y posterior para su estudio y publicación a nombre de dos o de tres. Se pueden citar:

- Aportación a la enfermedad de Ollier (1951).
- Tres interesantes casos de exostosis osteogénica en segmento de miembros a dos huesos (1951), con Hernández López, E.
- Fracturas de la extremidad superior del radio (1960).

A partir de 1967 aparecen artículos firmados por sus hijos Enrique y Alfredo, con su supervisión:

- Tratamiento de las fracturas de la tibia por enclavamiento cerrado con clavo de Kuntscher (1967).
- Lesiones tendinosas recientes de la mano (1967).
- Enclavados diafisarios cerrados con clavo de Kuntscher (1969).
- Resultados lejanos de las prótesis cérvico-cefálicas en pseudartrosis del cuello del fémur y necrosis postfractura de la cabeza (1971).
- Tratamiento quirúrgico de las fracturas del calcáneo (1972).
- Fracturas de la cabeza humeral y de la epífisis proximal (1975), con Martín Jiménez y Aguilera Martínez.
- Tratamiento de la luxación congénita de la cadera del niño (1975), con Aguilera Martínez.

El trabajo clínico conjunto de mayor importancia fue la Ponencia presentada en el XI Congreso de la SECOT celebrado en Palma de Mallorca en septiembre de 1966, cuyo título era "Trasplantes musculares en las parálisis flácidas (pie, rodilla y mano) a cargo de los tres Queipo de Llano. Alfonso, el padre, se encargó del pie, Alfredo de la rodilla y Enrique de la mano. En la presentación cuentan las dos etapas de su experiencia clínica:

- La primera con enfermos tratados en hospitales con deficiente ordenación de las historias clínicas y en una época de difícil control y seguimiento de los operados, cuyas deformidades ya corregidas volvían a reproducirse por falta de tratamiento rehabilitador o bien porque las familias no cumplían al no acudir a las visitas preceptivas o porque se desanimaban por la esclavitud de aparatos ortopédicos mal hechos o mal tolerados, a la vez que costosos.
- La segunda corresponde a la existencia del Centro de Rehabilitación adscrito al Hospital Provincial, del que tan orgulloso se sentía Alfonso Queipo de Llano instigador de su fundación. De la revisión de las 1000 primeras historias de este Centro correspondían al título de la ponencia con seguimiento de al menos tres años 250 casos, es decir el 25% de la actividad quirúrgica de su periodo. A pesar de que los enfermos estaban encamados o podían ser medio-pensionistas o después pacientes ambulatorios, no siempre se conseguía la continuidad de los tratamientos. Se asociaban a los métodos quirúrgicos la ergoterapia, la escuela y la preparación laboral, pasando por todas las secciones necesarias para hacer del enfermo un hombre útil. A la operación de trasplante hay que añadir las condiciones precisas para rodear al enfermo de un buen ambiente y de un clima psicológico grato. A los cuidados post-operatorios les sigue una larga rehabilitación y un seguimiento posterior hasta los tres años, momento en el que pueden darse como definitivos los resultados.

Antes de iniciar los capítulos correspondiente a cada una de las tres regiones tratadas, analizan las Parálisis con hipotonía muscular, subdivididas en nervios periféricos, cerebelosas, espino-cerebelosas, espinales, de "cauda equina" y radiculares; la poliomielitis se encuentra entre las espinales y los trasplantes se han indicado en enfermos afectados por esta enfermedad con lesiones definitivas. Si

bien suelen estudiarse las parálisis flácidas en función de las deformidades que producen, nuestros autores prefieren estudiar la acción de los distintos músculos, las consecuencias de sus parálisis y las deformidades que se forman, por consiguiente en orden inverso al habitual.

En las Generalidades definen el concepto de trasplante muscular como el acto quirúrgico de reemplazar un tendón de un músculo paralizado por un tendón sano insertado en su lugar. Para algunos cirujanos se tendría que hablar de transferencia tendinosa y lo fundamentan, pero en este trabajo prefieren utilizar la denominación usual que es muy comprensible. El diagnóstico previo del estado muscular se basa en el balance muscular clásico conocido como prueba de Kendall, prestando atención a como se exploran los músculos biarticulares y a la gran capacidad de acomodación de ciertos músculos a la pérdida de función de otros cuya "sustitución parcial" enmascara el resultado. En este método se utiliza la gravedad como factor para calificar la fuerza de un músculo, pero no es aplicable a músculos que actúan sobre regiones de escaso peso como ocurre en el antepié y en la mano; utilizan la valoración numérica internacional de 0 a 5. Si la exploración manual está bien hecha el recurso al electrodiagnóstico queda limitado como exploración de rutina, si bien es una ayuda complementaria en casos de duda sobre la potencia de un músculo para el trasplante y en casos de lesiones traumáticas para conocer el pronóstico y la evolución después de la sutura y para evidenciar la regeneración o degeneración; pasados seis meses sin signos de regeneración la cirugía paliativa será precisa. En la polio el electromiograma indicado en fases de recuperación posterior al ataque agudo informa del estado de cada músculo; también dará datos sobre la recuperación postoperatoria del trasplante.

Es muy interesante la exposición de los factores que influyen en la indicación y los resultados de los trasplantes musculares, presentada en siete grupos: los músculos paralizados; los músculos a trasplantar; las articulaciones sobre las que van a actuar los trasplantes; agonismo, antagonismo y automatismo de la marcha; reglas de técnicas quirúrgicas; rehabilitación de los trasplantes; edad del enfermo. Se trata de una magnífica exposición, con método de análisis cartesiano que conduce al cirujano a un correcto diagnóstico, a una exacta valoración anatómica de los elementos que entran en juego en la operación, a un dominio de las técnicas operatorias y de las posibilidades de recuperación: es un trayecto bien calculado para el razonamiento del profesional y colmado de virtudes pedagógicas, con esquemas y dibujos muy entendedores.

En los capítulos dedicados al estudio de los trasplantes efectuados en el pie, en la rodilla y en la mano la exposición sigue un modelo cuyo común denominador podemos resumir así: historia, anatomía, fisiología de los movimientos, cuadros clínicos, músculos paralizados, patogenia de las deformidades, momento operatorio, elección del trasplante, técnica operatoria, fuerza del trasplante, resultados, complicaciones y conclusiones. Los trasplantes fueron 115 en el pie, 58 en la rodilla y 49 en la mano. Las edades en el pie van de los 2 años hasta los 30 años de edad, y 74 casos se encontraban entre los 4 y los 10 años, y en la rodilla entre los 3 y los 30 años de edad con un reparto preferente y homogéneo entre los 8 y los 12 años que suman 26 casos. En la mano las indicaciones fueron por lesión del mediano alta 10, del mediano baja 5, del radial 14, del cubital 3, del oponente 17, del primer interóseo 1, leprosas 9 y de plexo braquial 1 caso. Toda la exposición se acompaña de ilustraciones de gran calidad, sobre todo los esquemas de técnica quirúrgica, hasta un total de 125 figuras.

En fin, se trata de un trabajo de maestros modélico y en la actualidad, ante unos problemas de esta patología que son muy escasos porque ha desaparecido de la escena gracias a las vacunaciones, si un profesional joven recibe un caso de inmigrante con secuelas de polio no tendrá más remedio que leerse esta maravillosa monografía después de descubrirla en la biblioteca y desempolvarla de sus años de reposo en la estantería.

CONGRESOS.

Alfonso Queipo de Llano fue un miembro activo de la SECOT, en cuya fundación participó en 1935 junto con otros tres cirujanos de Andalucía – Bernáldez Fernández, Díaz Tenorio y Marina Bocanegra- con los que Bastos Ansart contactó y a los que envió su carta proponiéndoles la creación de nuestra sociedad para dar a la cirugía ortopédica y traumatología personalidad propia separada de la cirugía general. Después de la guerra española reapareció como miembro en la llamada refundación de abril de 1947 y no cejó en el empeño común de reivindicar la especialidad y su presencia en la universidad, como en tantos otros países europeos. En algunos congresos su participación fue importante en la organización, en la dirección de sesiones, en la presentación de comunicaciones y en la asunción de una ponencia. La búsqueda realizada sobre estas actividades me permite comentarlas.



Carnet de socio de la SECOT (el único recuperado).

Quintas Jornadas Nacionales.

Se celebraron en 1959 del 28 de junio al 2 de julio, primero en Granada y después en Málaga. En la primera parte la presidencia recayó en Enrique Hernández López y en la segunda en Alfonso Queipo de Llano. En Granada se presentaron los coloquios ortopédicos sobre Hallux Valgus, moderado por Juan Tercedor Avilés, y Pie Zambo, moderado por Manuel Salaverri. Las Jornadas se trasladaron acto seguido a Málaga para continuar con los coloquios traumatológicos que fueron

Fracturas de la extremidad superior del húmero, moderado por Francisco Jimeno Vidal, y Fracturas del extremo superior del radio, cuya responsabilidad recayó en Alfonso Queipo de Llano.

El tema fue repartido entre tres presentadores: Tipos de fracturas y sus mecanismos, por Ricardo Escudero Pérez; Clínica, complicaciones y estudio radiográfico, por Emilio Anienta Tena; Tratamiento de las fracturas recientes, por Miguel Domínguez Rodríguez. Queipo de Llano consideró que el tema le pareció un verdadero acierto porque estaba en un momento de revisión de casi todos los puntos fundamentales, porque conllevaba la posible participación de las articulaciones húmero-radial y radio-cubital y porque pasan desapercibidas lesiones de descascarillamiento. Las consideraciones sobre la edad, sobre el tipo de fractura, sobre el mecanismo de producción y sobre el rigor de la exploración radiográfica serán previas a la discusión sobre el tratamiento, ya conservador ya quirúrgico; en el tratamiento cruento hay que precisar cuando se extirpa, cuando se fija, cuando se reseca y cuando se sustituye. El moderador concluye con la exposición de dos casos tratados por él, uno con pequeña fisura de la cabeza radial y mucho dolor y otro con fractura multifragmentaria que se presentó diciendo que no le dolía nada. Ambos han tenido un buen resultado después de tratamiento conservador, lo cual confirma que "estamos ante un problema que desgraciadamente hoy no lo podemos resolver ni aquí ni en ningún sitio".

Sextas Jornadas Nacionales.

Se celebraron en el Aula Magna de la Universidad Laboral Gijón durante los días 3 a 6 de junio de 1960 y se desarrollaron los coloquios siguientes: Artrodesis de cadera, Patología del pulgar, Fracturas diafisarias del húmero y Patología del aparato extensor de la rodilla. Durante la asamblea preceptiva se discutió entre otras cosas el resultado económico de las anteriores jornadas de 1959 y el tesorero estimó en 64.000 pesetas el beneficio obtenido. De ellas 50.000 se repartieron en donativos: 20.000

pesetas al Pabellón de Poliomiélicos del Hospital Provincial de Málaga, que dirigía Alfonso Queipo de Llano y Buitrón; 15.000 pesetas a la cátedra de Enrique Hernández López y 15.000 pesetas para el Hospital de San Juan de Dios de Granada, que dirigía Juan Antonio Tercedor Avilés. Entre los asistentes alguien preguntó si las donaciones se habían hecho con la autorización de la Junta Directiva y el Presidente contestó que no y que existían instrucciones de entregar el remanente a la SECOT. Alfonso Queipo de Llano, Vicepresidente de aquellas Jornadas, justificó su actitud, prometió devolver la cantidad y abandonó la sala; otro socio le convenció de que volviera a la sala y al entrar fue recibido con una gran ovación, según relata Eduardo Jordá en su historia de los congresos. A partir de este debate quedó bien establecido que los beneficios de los congresos no tendrían otro destino que los fondos de la SECOT. En la convocatoria de estas Jornadas el Comité Organizador había exigido que las comunicaciones libres versaran sobre técnicas o conceptos originales del autor, que no se admitieran notas clínicas y que la revisión de una casuística tenía que ser suficientemente numerosa. Uno se pregunta qué tipos de comunicaciones se llegaban a presentar para que una tal normativa hubiese sido necesaria.

En este Congreso nació el llamado "pacto entre caballeros" sobre la elección del Presidente de la SECOT con una alternancia entre Barcelona, Madrid y las provincias; así fue elegido Jimeno Vidal para el bienio 1960-1962. Un estudio sobre las Presidencias me confirma que este ritmo se siguió nada más que en parte.

X Congreso Nacional de la SECOT.

Se celebró en Sevilla los días 30 de septiembre y 1,2 y 3 de octubre de 1964 bajo la Presidencia de Pedro Bernáldez Sarmiento, gran traumatólogo sevillano y amigo de Alfonso Queipo de Llano. Las ponencias oficiales fueron Metatarsalgias, Enfermedad de Dupuytren y Fracturas del antebrazo. Alfonso Queipo de Llano presentó el sábado por la tarde en la sala de comunicaciones libres el tema "Artroplastia con cúpula en las fracturas del fondo del cotilo", cuyo texto no he podido encontrar y solamente existe el título en su currículum.

En el homenaje póstumo que se rindió a Pedro Bernáldez en 1976, Queipo de Llano le dedicó una carta en la que decía "...solo pensar en pasar unos días al lado de Pedro Bernáldez ya se me alegra el alma... no creo que nadie se acercara a Pedro, y yo desde luego, sin una sonrisa que surgía al ver algo especial, un no sé qué que irradiaba su persona... por eso solo verlo, abrazarlo y escucharlo producían una sensación de bienestar y de tranquilidad admirables... era bueno, pero no solo era eso, era una gran trabajador y un gran especialista".

II Congreso Hispano-Argentino de Ortopedia y Traumatología.

Tuvo lugar en Madrid en octubre 1970 bajo la Presidencia de Francisco Vaquero González y sus ponencias fueron Tratamiento quirúrgico de los reumatismos crónicos inflamatorios y Lesiones traumáticas de la columna vertebral sin complicaciones neurológicas. Después de éstas se programaron varios trabajos de grupo y en el de "Resultados lejanos de las prótesis cérvico-cefálicas de la cadera" Alfonso Queipo de Llano presentó su casuística personal, trabajo que fue publicado en la Revista (vol. XV, 1971) y del artículo se obtiene el resumen que referimos a continuación.

Recogió y analizó una serie de 44 enfermos indicada en pseudartrosis del cuello femoral y en necrosis postfracturaria de la cabeza femoral y de ellos sobrevivieron 39 casos, con una edad media de 66 años y un seguimiento postoperatorio entre 2 y 8 años. Aplicando el baremo de Merle d'Aubigné y Postel sus resultados fueron: excelentes 12,9%, muy buenos 16,1%, buenos 25,8%, pasables 25,8%, mediocres 19,3% y malos 0. Entre las complicaciones refirió: infección, 2 casos; miositis osificante 4 casos; luxación postoperatoria 1 caso; movilización 5 casos. Describe el fenómeno del empotramiento

progresivo en el fémur por reabsorción del cálcar en 4 casos. La valoración subjetiva de los enfermos es distinta y 38 estaban simplemente contentos con el resultado obtenido.

Durante el bienio 1968-1970 fue Presidente de la SECOT el valenciano Vicente Sentí Montagut y tuvo de Vicepresidente a José María Cañadell Carafí y al acabar su período el primero fue su sucesor el segundo. Aquí tenemos el punto de partida del sistema aún vigente de las elecciones que se hacen para el cargo de vicepresidente, el cual al cabo de dos años será presidente. Hasta entonces el presidente había sido elegido directamente para el bienio que seguía, con independencia de los miembros de la junta anterior.

El sucesor de Cañadell fue su vicepresidente Cabot Boix, el de éste Vaquero Gonzalez y así hasta la actualidad. Al igual que se tendía a organizar una alternancia entre las sedes de los congresos se tendía también a buscar un equilibrio entre las procedencias de los presidentes, hablando incluso de "cupos" madrileño, catalán y provincial, que no provinciano. Del listado de presidentes, desde Trias Pujol hasta el actual Francisco Forriol y su sucesor Joan Nardí, obtenemos los datos siguientes: madrileños once, barceloneses once, valencianos cuatro y de otras ocho provincias uno de cada una, es decir, una equilibrada proporción de 11-11-12 identificada de modo impecable con la propuesta de hace algo más de cuarenta años, y a tenor de mis vivencias sin que en las presentaciones y elecciones durante la asamblea se haya objetado nada sobre la variada procedencia geográfica de los candidatos. Podemos hablar de un ratio espontáneo que es fruto de la naturaleza de nuestra Sociedad y de sus fuerzas internas.

IV Congreso Hispano-Argentino de Ortopedia y Traumatología.

En Torremolinos, Málaga, se reunieron oficialmente las Sociedades de COT española, argentina e italiana en una reunión conjunta de la que se responsabilizó como Presidente del Congreso Alfonso Queipo de Llano y a ella asistieron un millar de congresistas procedentes de 13 países, con la presencia de varios Presidentes:

- Ángel Santos Palazzi, Presidente de Honor.
- Francisco Vaquero González, Presidente de la SECOT (España).
- Dr. Martínez Mosquera, Presidente de la SAOT (Argentina).
- Mario Cornachia, Presidente de la SIOT (Italia).
- Calogero Casuccio, Presidente de la SICOT (Internacional).
- Augusto Bonilla, Presidente de la SLAOT (Latinoamericana).
- Luís Ferreira, Presidente de la SPOT (Portugal).
- Ibrahim de Carvalho, Presidente de la SBOT (Brasil).

La ponencia oficial fue "Lesiones del cartílago de crecimiento", escrita por José María Cañadell Carafí con la participación de los colaboradores de su escuela Imizcoz, Terrados, Treserra, Solís, Peinado, Mendiluce, Haro, Ayala, Riera y Goñi. Fue publicada por la SECOT en un volumen de 262 páginas, dividido en nueve capítulos, y aseguro que ha marcado un hito entre las publicaciones de nuestra Sociedad. Como de algunas otras, afirmo que todo cirujano joven debería leerla concienzudamente antes de tratar pacientes en edad de crecimiento y que los conceptos que en ella se expusieron son básicos y conservan su actualidad.

Al final del Congreso, en los discursos presidenciales, se volvió a insistir en la carencia de cátedras de cirugía ortopédica y traumatología en las facultades de medicina españolas, y ello en presencia de los dos únicos catedráticos que eran Cañadell Carafí de Pamplona y Gomar Guarner de Valencia, a título personal y no por oposición normativa en nuestras universidades. El Presidente de la SECOT, Francisco Vaquero González, en su discurso preceptivo de clausura, acabó con unas palabras dedicadas al Presidente del Congreso Alfonso Queipo de Llano:

“Querido Queipo, no quería concluir estas palabras sin unas breves consideraciones sobre estos Congresos, templo de la ciencia, y lo que es casi más importante, de la amistad. Quizás la austeridad de los tiempos fuerce a otro tipo de reuniones, quizás a ti y a mí nos haya tocado presidir, por distintos motivos, una de las últimas grandes Reuniones científicas y sociales de nuestra Sociedad. Es posible que los tiempos impongan otro estilo, otro modo de hacer más acorde con la actual evolución del mundo y de la Sociedad. Es igual, a ti te quedará el orgullo de haber sido con nosotros un gran señor andaluz”. Y eso a pesar de que era castellano de Valladolid.

En abril de 1977 la Junta Directiva de la SECOT instituyó un premio en honor del Dr. Alfonso Queipo de Llano, presidente de la comisión organizadora de este último congreso, en reconocimiento al éxito que tuvo. El “Premio Queipo de Llano” fue dotado con 100.000 pesetas, era indivisible y se otorgaría por una sola vez a un trabajo sobre el tema “Necrosis de la cabeza femoral”. En el Congreso de la SECOT de 1978 celebrado en Madrid se comunicó que habían quedado como finalistas tres trabajos y que el ganador era el titulado “Observaciones sobre el mecanismo de interrupción vascular en la necrosis isquémica de la cabeza femoral” del eran autores los doctores López Alonso, Munuera Martínez, Aznar Aznar, Martínez Tello y Abentura.

LA SATO.

Se celebró en Sevilla una Reunión Extraordinaria del 25 al 27 de octubre de 1973 a propuesta de un nutrido grupo de la SATO como homenaje a Alfonso Queipo de Llano, trayendo a compañeros y amigos nacionales e internacionales que coincidieron en su periplo profesional. Este tipo de reunión era excepcional y se limitaba a figuras muy importantes por su entrega, por su carisma y por su aportación al desarrollo de la cirugía ortopédica andaluza. También de modo excepcional en 1974 recibió este homenaje Manuel Bastos Ansart y en 1980 Joaquín Cabot Boix. Con el elenco invitado para este homenaje a Alfonso Queipo de Llano se confeccionó el siguiente programa:

- Vicente Sentí Montagut, “Errores en traumatología. Sus causas”.
- Antonio Hernández Ros, “Mis cuarenta años de experiencia en osteosíntesis”.
- Jean Debeyre, “Tratamiento quirúrgico de las necrosis de la cabeza del fémur”.
- Calogero Casuccio, “Enfermedades de difícil diagnóstico en Ortopedia”.
- Mario Boni, “Tratamiento de la displasia congénita de cadera”.
- Francisco Gomar, “La artroplastia de Ring de la sustitución de la cadera”.
- José Palacios Carvajal, “Espondilolistesis”.
- Francisco Vaquero González, “Indicaciones ampliadas del enclavado de Kuntscher”.
- Edgar William Sommerville, “Enfermedad de Perthes en la cadera”.

Durante esta Reunión-Homenaje se propuso la creación de un Premio Ciudad de Sevilla que la Asamblea General de la SATO aceptó y se dotó con 50.000 pesetas. Este premio tuvo entre 1974 y 1980 siete ediciones. También se envió al Gobierno español la petición para que se le concediera la Orden Civil de Sanidad y fue aceptada con fecha 1 de abril de 1974 con la categoría de “Encomienda con placa”. Repasemos la trayectoria de Queipo de Llano en la SATO para comprender los merecimientos que le llevaron a recibir este homenaje y el nombramiento de Miembro Emérito.

En 1956 los traumatólogos sevillanos Pedro Bernáldez, Emilio Serrano y Agustín Ballester crearon el grupo llamado “Sociedad Sevillana de Traumatología y Ortopedia”, cuyas siglas fueron SSTO, y contaron con el apoyo del catedrático de patología quirúrgica Profesor Cortés Lledó, formado en Barcelona en el servicio del Profesor Joaquín Trias Pujol, primer presidente de la SECOT, y con la colaboración del presidente del Colegio de Médicos, Dr. Francisco Blázquez, quien cedió los despachos del colegio para sus reuniones. En 1965 el Dr. Vázquez Manrique propuso la extensión de la SSTO

a toda Andalucía y al año siguiente se aprobaban los nuevos estatutos de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia, la SATO. El 25 de julio 1965 tuvo lugar en el Colegio Oficial de Médicos de Sevilla la primera reunión de esta recién nacida SATO, y en la reunión de octubre, en la Residencia Sanitaria de Sevilla, Alfonso, Enrique y Alfredo Queipo de Llano proyectaron la película "Trasplantes musculares en las parálisis flácidas". En este momento el primer presidente de la nueva sociedad andaluza fue José Vázquez Manrique entre octubre de 1965 y noviembre de 1967 y le sucedió en la presidencia de la SATO Alfonso Queipo de Llano Buitrón durante el bienio 1967-1969. A partir de este momento simultaneó sus esfuerzos en beneficio de la SECOT y de la SATO y todo lo que en la primera logró para hacerla participar en la segunda, y viceversa, son su gran labor en pro de la cirugía ortopédica y traumatología andaluzas. Referirlo sería repetir los méritos y los logros que desde su puesto malagueño hemos comunicado a lo largo de esta aproximación biográfica.



En la época del homenaje.

HOMENAJE.

En 1976 los miembros de la SATO le dedicaron un Libro de Homenaje y para su presentación el profesor gaditano Jiménez Cisneros, que llegaría a Presidente de la SECOT entre 1984 y 1986, escribió unas palabras que representan el afecto, el respeto y la admiración que hacia Queipo de Llano sentían sus colegas. Decía que la SATO era el substratum íntimo de la gran familia de los cirujanos ortopédicos y traumatólogos andaluces y que, como toda gran familia celebraba con júbilo los éxitos de sus componentes y sufría íntimamente los azares y las zozobras de sus miembros, siendo en todo momento consciente de que de su unión íntima ha de nacer la pujanza de su valor intrínseco y de su fuerza vital.

Por ello ha querido demostrar con júbilo al doctor Alfonso Queipo de Llano Buitrón, uno de sus más preclaros valores y expresidente de la misma, la satisfacción que a todos produce el verlo llegar al límite de su labor profesional y correspondiente jubilación con una actividad creadora y profesional en situación de renovada juventud. Su trayectoria vital y profesional desde hace muchos años le hace ser uno de los pioneros de nuestra especialidad en Andalucía y en el ámbito de España entera. El mejor modo de corresponder a la inquietud científica que animó su vida como cirujano ortopeda y traumatólogo ha sido el dedicarle este Libro Homenaje.

Su amigo Pedro Bernáldez Sarmiento le dedica un trabajo sobre las fracturas del extremo proximal del fémur, tema que a Queipo de Llano le había interesado mucho, y aprovecha la ocasión para anteceder su artículo con algunas loas personales. Dice: "Tratando de valorar en algo tus muchos méritos, yo con toda devoción y cariño pienso que tu saber y tu experiencia, frutos de tu amplia dedicación a la especialidad, son tan grandes como tu modestia... Tus palabras han sonado tan fuerte, han calado tan hondo, que siempre fueron justamente valoradas por su sinceridad y calidad... Por ello considero tu inquietud antes estas novedades tan persuasivas en el momento de decidir su empleo, ya que ante lo vivido, que aconseja moderación y cautela, y ante el entusiasmo de los innovadores, y hasta la exigencia de los enfermos, hay un gran paso... Pienso, y no sin razón, que por estar ampliamente mentalizado con la época en que vivimos, aún eres Joven".

El listado de colaboradores en este magno homenaje escrito es prolijo y encontramos a notables profesores extranjeros como Mario Boni de Pavía, Jean Debeyre y Daniel Goutalier de París, Pascual Sturniolo de Buenos Aires y Edgar William Somerville de Oxford. Entre nuestros compatriotas se adhieron varios que habían sido, eran (1976) o serían más tarde presidentes de la SECOT, como

Antonio Hernández-Ros y Codorniu (1955-58), Vicente Sentí Montagut (1968-70), Francisco Vaquero González (1974-76), Francisco Gomar Guarner (1976-78), José de Palacios Carvajal (1980-82) y Antonio Jiménez Cisneros (1984-86). Además del ya citado Bernáldez Sarmiento aparecen sus amigos y admiradores sevillanos que contribuyen en la obra como Ballester, Caballero Barrios, Escobar Delmas, López Ruiz y Velamazán, a los que se une Martínez Oña de Almería. Y para acabar citemos a Molina Alcázar, Ramiro García y Rodríguez Vergara. También sus hijos Enrique y Alfredo aportaron dos trabajos.

Este tan querido y agasajado Alfonso Queipo de Llano Butrón, tanto en la intimidad de la propia familia y de los amigos cercanos, como en la más amplia familia de los cirujanos ortopedas y traumatólogos, después de su jubilación oficial siguió llenando sus días y amando a sus enfermos con el ejercicio profesional en su consulta privada junto a sus hijos Enrique y Alfredo. Falleció en Málaga el 5 de marzo de 1988 a los 84 años de edad.

MANUEL CLAVEL NOLLA (1909-1995).

El doctor Clavel Nolla fue uno de los pioneros de la traumatología española y el primero que tuvo el Hospital Provincial de Murcia al que dedicó más de 22 años. Su biógrafo Antonio Martínez Hernández, a quien debemos muchos de los datos transcritos, dijo que su vida y su obra son como una novela merecedora de transformarse en obra de cine. Este hombre sintió nacer en su alma, a la par que el amor a la ciencia, a ese arte que es la cirugía ortopédica, la necesidad de enseñar, de esparcir en torno suyo el caudal de los conocimientos adquiridos a fuerza de tesón; esa esplendidez solo la tienen los maestros y él es un gran maestro y un gran señor, y así es como nos lo presenta y define el doctor Manuel Serrano Martínez, presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. Clavel Nolla fue uno de los que le enseñó a descubrir que el enfermo está compuesto de cuerpo y alma y que cuando no pudiera curar el cuerpo la mejor "medicina" era sentarse y charlar a su lado un rato, un apretón de manos, un beso, o una flor, que la mayoría de las veces "robaba" del jardín del hospital de San Juan de Dios, que llevaría siempre en lo más recóndito de su ser.

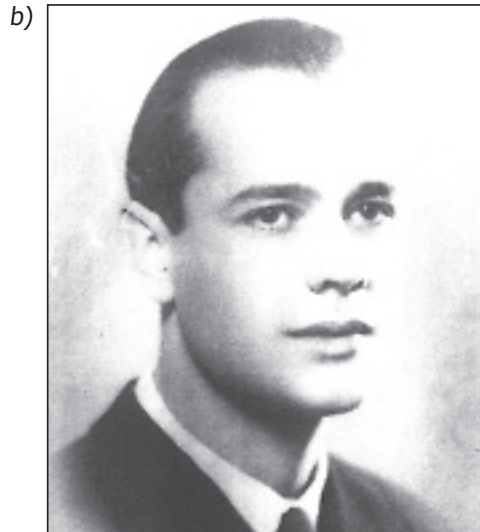
SUS INICIOS.

Nació en Murcia el día 25 de mayo de 1909 de padre y madre de distinta condición. En nota autobiográfica explica que su padre Manuel venía de una familia de muy modesta condición económico-social, tanto que no pudo iniciar sus estudios de medicina en Zaragoza hasta que los terminara su hermano mayor. Por el contrario su madre era hija del banquero Nolla, propietario de la Banca del mismo nombre y personaje influyente en la ciudad desde últimos del siglo XIX hasta inicios del XX, pero después de la guerra de 1914-1918 su negocio bancario quebró y desapareció como tal institución. Habían apostado fuerte por Alemania y la capitulación de los germanos sin condiciones le arrastró en su caída, al igual que otras muchas sociedades y personas en todo el ámbito financiero mundial. Don Manuel Clavel Nolla confiesa que estos hechos influyeron en su personalidad porque a lo largo de la vida su interés por el dinero no fue más allá de conseguir lo preciso para asegurar el bienestar de los suyos. En cambio reconoce que su culto al trabajo alcanzó las más altas cotas de que fue capaz.

Su padre, también médico y practicante de la homeopatía, fue capaz de sacar adelante con holgura una familia de nueve hijos, llegando a tener tres a la vez en Madrid estudiando medicina. En esta familia entre hermanos, hijos políticos, sobrinos, hermanos políticos, cree que superan las dos docenas de médicos. A los nueve años comenzó el bachillerato en el Instituto Alfonso X El Sabio y lo finalizó en el año académico 1922-23, considerándose un estudiante destacado. En el año siguiente se matriculó del llamado "curso preparatorio" y al aprobarlo ya pudo ingresar en la facultad de medicina de Madrid en el año 1925 y vivió en esta capital unos años convulsos, con agitación político-social y con el inicio de la etapa dictatorial del general Miguel Primo de Rivera, el cual creía que los estudiantes habían sido utilizados como elementos agitadores y perturbadores de la paz ciudadana por los profesionales de la política revolucionaria. Tanto fue, que el dictador cerró las facultades de la universidad madrileña como única solución a la continua agitación estudiantil. No había rehuído sus responsabilidades como estudiante de medicina ya que llegó ser nombrado delegado de curso.

Para obviar estas dificultades académicas y el efecto de las huelgas sobre su formación profesional junto con otros murcianos se trasladó a Cádiz durante una temporada, después de la cual regresó a Madrid. Fue jefe de prácticas en fisiología con el profesor Negrín; en 1927 entra como alumno interno del profesor Viguera, cirujano de ascendencia murciana, en el Hospital Provincial de la calle Santa Isabel; en 1928 como alumno interno del profesor Enriquez de Salamanca en su cátedra de patología médica del Hospital Clínico de San Carlos; en 1930 acude junto a los profesores

de cirugía Slocker y Duarte del Hospital de La Princesa en la glorieta de San Bernardo. Vemos que el trabajo asistencial que tenía en esta época era muy intenso y que dificultaba la asistencia a clases teóricas, lo cual hace más meritorio aún las calificaciones obtenidas por Clavel Nolla a lo largo de sus estudios: 4 matrículas de honor, 5 sobresalientes y 9 notables. Su vinculación hospitalaria no le permitía enrolarse en algaradas y mucho menos "fumarse" clases por motivos ajenos a su vida de alumno interno. Cuando se licenció en 1931 su práctica quirúrgica era muy importante; su promoción fue la primera de médicos de la República.



- a) 1932 en Valdecilla
 b) 1935 novios en Santander
 c) 1960 ingreso en la Real Academia de Medicina.
 d) 1988 homenaje en la Real Academia de Medicina

ESPECIALIZACIÓN.

El año 1932 marca uno de los más importantes hitos de su historia profesional al conseguir la plaza de médico-interno del servicio de Huesos y Articulaciones de la Casa de Salud de Valdecilla, en Santander, a la sazón y también muchos años después, uno de los hospitales españoles de más categoría y pionero de la medicina por servicios especializados y jerarquizados. Fue creado por el Marqués de Valdecilla, ilustre prócer montañés, inspirado en el modelo americano y dotado de recursos técnicos y humanos invencibles, según narra Martínez Hernández. El propio Clavel Nolla nos confiesa

que sus años en Santander fueron decisivos en su curso vital porque allí hizo concienzudamente la especialidad junto al doctor Juan González-Aguilar Peñaranda.

Aprovechamos este párrafo para esbozar algunos detalles biográficos sobre este médico que consta entre los fundadores de la Secot en 1935 y de quien conocía algo de su obra porque el profesor Piulachs en sus Lecciones de Patología Quirúrgica explicó la tuberculosis osteoarticular basándose en los trabajos de González Aguilar y lo citaba como autor prestigioso, y allí estudié este tema sin olvidar el nombre del investigador. Hace ya una década Eduardo Jordá lo incluyó en su esbozo de Historia de la cirugía ortopédica y traumatología española (Secot 2002, pág.18) rescatándolo del olvido junto a otros. Queda por escribir la biografía de éste y de D´Harcourt, ambos muy lejanos porque emigraron a América, el primero a Argentina y el segundo a México con el exilio de la postguerra. González Aguilar nació en Moratalla, provincia de Murcia, y era hijo de un médico de la Familia Real; después de licenciarse en medicina estudió en la academia de sanidad militar y llegó a médico de la Armada. Gracias a la sanidad militar conoció al profesor Bastos Ansart en el Hospital Militar de Carabanchel y en la Facultad de San Carlos de Madrid y a él le debe su orientación hacia la patología quirúrgica del aparato locomotor. Este maestro le propuso su nombre al profesor Gregorio Marañón para ocupar la jefatura de servicio en el Hospital de Valdecilla y le fue adjudicada en 1929; González Aguilar en 1926 presentó a Hernández Ros al profesor Bastos y facilitó que se formara a su lado y él les tuvo en cuenta a ambos en el momento de fundar con Trias Pujol la Secot. Gracias a Clavel Sainz sabemos, además de estos últimos datos, que González Aguilar se preparó intensamente para dominar la especialidad y que viajó para estar junto a profesores como Ewing, Albee y Henderson en EE.UU. y junto a Putti en Bolonia, y que al ocupar la jefatura de servicio alcanzó a formar tres generaciones de cirujanos ortopédas y traumatólogos:

- 1ª – Herman Blanco y Fernández Busto.
- 2ª _ Luís Sierra, Cimadevilla y Clavel Nolla.
- 3ª _ Díaz Mallo, José Gascó y Sala.

Fue uno de los fundadores de la Secot y al término de la guerra se vio forzado a partir al exilio sudamericano con su esposa, sus cuatro hijos y su madre, recalando finalmente en Córdoba de Argentina.

Este maestro fue hombre de gran distinción científica y humana y supo transmitir una sólida formación médica y quirúrgica general a sus discípulos, y sobre todo a Clavel Nolla que no solo actuaba como especialista sino como médico de guardia, con la amplia visión que esto da de la medicina. Igual podríamos decir de la función investigadora, pues allí realizó sus primeras publicaciones en la propia revista del hospital, los Anales de la Casa Salud Valdecilla:

- Fracturas del fémur. An. Casa S. Valdecilla, 3: 136; 1932.
- Afecciones del disco intervertebral. An. Casa S. Valdecilla 4: 248; 1932.

Fiel a estos orígenes años después volvió a publicar en esta misma revista:

- La patelectomía en el tratamiento de las fracturas de rótula. An. Casa S. Valdecilla 9: 328; 1946.
- Fracturas de la epitroclea. An C. Salud Valdecilla.12: 589; 1951.
- El empleo del injerto homólogo en los tumores de mieloplaxias. An. Casa S. Valdecilla. 28: 201; 1967.

En este hospital permaneció en plena dedicación hasta 1934 y en este tiempo consigue elaborar su Tesis doctoral sobre "Contribución al estudio del núcleo pulposo intervertebral". Fue



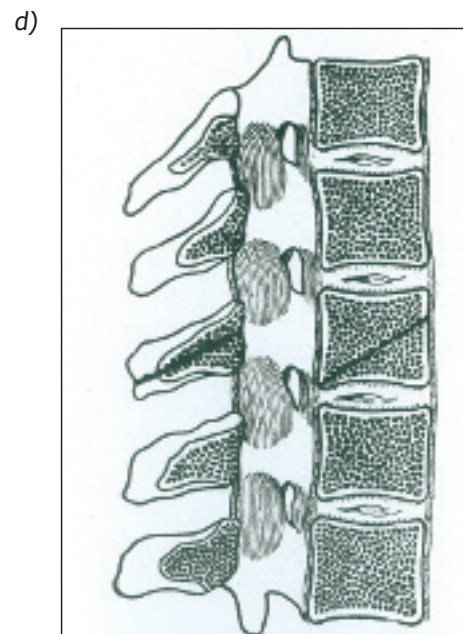
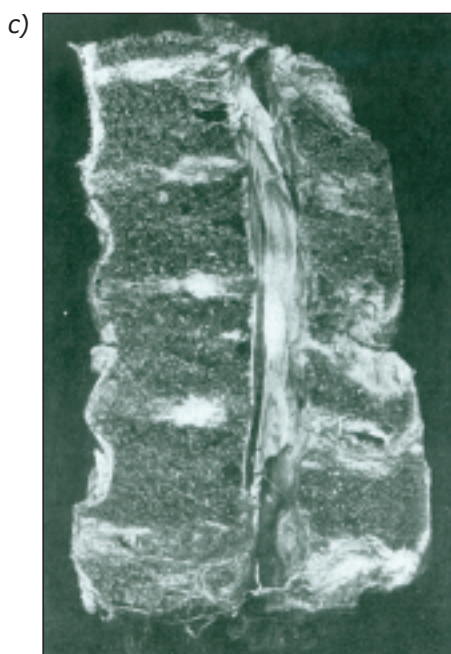
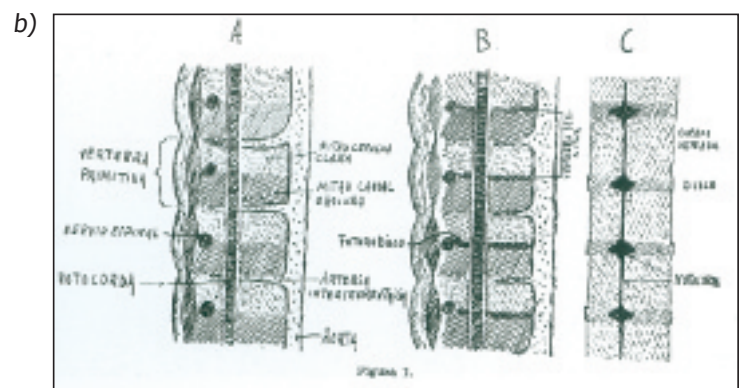
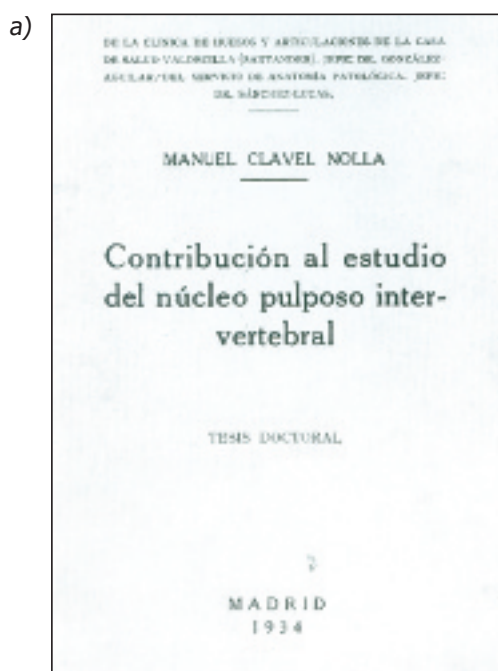
En Valdecilla, sentado a la derecha de González Aguilar.

tal la calidad de esta investigación que se le concedió la máxima calificación "cum Laude", ganó el premio Marquesa de Pelayo y en consecuencia la Junta Nacional de Ampliación de Estudios, que era el máximo exponente de la organización científica del país, le pensionó una estancia de seis meses en Nueva York, entre 1934 y 1935, para trabajar en el Hospital for Joint Diseases.

TESIS DOCTORAL.

"Contribución al estudio del núcleo pulposo intervertebral".

Este importante trabajo fue elaborado en la Clínica de huesos y articulaciones de la Casa de Salud de Valdecilla (Santander) bajo la dirección de su feje Dr. González Aguilar y del jefe del Servicio de Anatomía patológica Dr, Sánchez Lucas. El primero emigró al exilio después de la guerra y el segundo, fiel al bando triunfante, vino a Barcelona como catedrático de histología y de anatomía patológica y fue mi profesor en estas materias, dando muestras de buenas dotes pedagógicas.



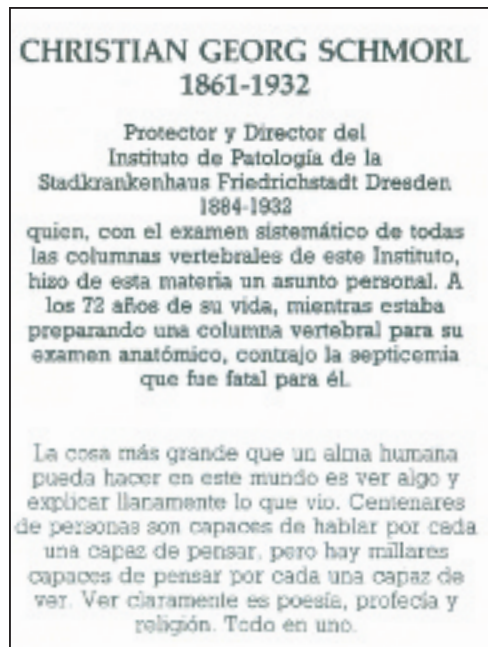
Su tesis doctoral; selección de dos dibujos y de un corte anatómico.

Definición.- El núcleo pulposo es una entidad anatómica altamente especializada, formada por la proliferación y degeneración mucoide de las células de la notocorda, seguida de la invasión cartilaginosa a expensas de las células vertebrales mesenquimatosas. Siguen el preceptivo recuerdo embriológico y la descripción anatómica: superficies vertebrales, lámina cartilaginosa, anillo fibroso, núcleo pulposo, vascularización e inervación; se acompaña de la fisiología y de la fisiología patológica.

Patología.- El núcleo pulposo (n.p.) toma parte más o menos directamente en casi todas las afecciones de la columna vertebral. Estudia esta patología en tres grupos:

- 1º. Aquellas enfermedades en las que el n.p. es primordial y exclusivo causante de toda la sintomatología: calcificación, deshidratación, formaciones quísticas, ante y retropulsión, desplazamiento lateral.
- 2º. Aquellas en las que aún siendo esencial el papel jugado por el n.p. está lesionado algún otro elemento del disco: hernias intraesponjosas, cifosis del adolescente, hernias intraespinales con compresión medular.
- 3º. Otros procesos vertebrales en que el n.p. tiene una parte bien definida, si bien sea secundaria: cifosis senil, espondilitis, cáncer, enfermedad de Kümmel, fracturas.

Observaciones e investigaciones personales.- Dirige su trabajo de modo preferente a la anatomía patológica de los procesos antes referidos; sale de su objetivo hacer un estudio clínico detallado y completo. Recogió las columnas de 34 cadáveres entre 12 y 16 horas después de la muerte, hizo radiografías de frente y de perfil de cada una y cortó las piezas en sentido anteroposterior, hizo fotografías y preparaciones histológicas y de todas conservó un testimonio. El conjunto de su exposición en la publicación de la tesis sigue el formato del libro clásico e inicial de la anatomía patológica del raquis de Schmorl y Junghans, del Instituto de Anatomía Patológica de Dresden, que él cita en la "presentación".



Recordatorio del Prof. Schmorl en el Instituto de Patología de Dresden.

Conclusiones:

- 1) El n.p. de origen embriológico en la notocorda, constituye la parte esencial del disco intervertebral.
- 2) El n.p. con los progresos de la edad y proporcionalmente a la disminución de las exigencias funcionales, experimenta una regresión caracterizada macro y microscópicamente por una progresiva pérdida de su carácter mucoso y elástico, con tendencia a la transformación fibrocartilaginosa.
- 3) El hallazgo patológico más frecuente lo constituyen las hernias nucleares intraesponjosas, del adulto, de los adolescentes o de tipo incompleto.
- 4) El n.p. opone una gran resistencia ante la invasión por la tuberculosis y por el cáncer.
- 5) En las fracturas el papel jugado por el n.p. sería secundario y supeditado al estado de la lámina cartilaginosa limitante.
- 6) No encuentra hernias nucleares intraespinales, hallazgo frecuente de otros autores.

VIAJE A ESTADOS UNIDOS.

En aquella época era difícil llegar a visitar Norteamérica para los jóvenes médicos ya que se trataba de un viaje de laboriosa preparación y de alto coste económico; becado por la misma Junta pudo San Ricart llegar Estados Unidos en 1917 y fue un precedente excepcional. Clavel Nolla asistió al Hospital for Joint Diseases donde el profesor Leo Mayer, gran autoridad mundial, trataba lesiones

de la mano, realizaba plastias tendinosas y atendía a muchos enfermos poliomiélicos. También dedicó parte del tiempo al Memorial Hospital, cuya patología era fundamentalmente de enfermos con tumores y cánceres malignos, y además durante esta estancia americana fue asiduo visitante del Sea View Hospital donde el profesor Coryllos se ocupaba de otra de las grandes patologías del momento, la tuberculosis pulmonar y ósea. Así, intensamente, aprovechó Clavel Nolla su viaje a Nueva York.

Al regresar a España pudo entrar como asistente en el Instituto del Cáncer de Madrid, adonde llegó con sus conocimientos aprendidos en Nueva York. De esta época es su publicación sobre Tumores óseos malignos, (Progresos de la Clínica 64: 66; 1936), que fue pionera en la literatura médica española, cosa lógica porque en ella unió la experiencia americana y la búsqueda de bibliografía anglosajona del momento. Al año siguiente ganó las oposiciones a cirujano del Sanatorio Marítimo de Pedrosa, en Santander, que pertenecía al Patronato Nacional Antituberculoso, y allí continuó bajo la dirección de González-Aguilar. En este centro adquirió gran experiencia en la práctica de toracoplastias, que él calcula haber llevado a cabo en unos cientos de casos, sin poder precisar más.

GUERRA CIVIL.

Este pavoroso cataclismo trastocó todo su panorama profesional y, como el resto de sus coetáneos, vio como sus proyectos se paralizaban y lo más prolífico de su futuro se esterilizaba, según describe Martínez Hernández. Pero sacando beneficios de la adversidad él reconoció después de la guerra que gracias a su tremendo y agotador trabajo salvó muchas vidas de las garras de la muerte, aún a expensas de exponer la suya propia; formó parte de uno de los más importantes hospitales de campaña en la primera fila del frente de batalla. Estos acontecimientos le proporcionaron una imborrable experiencia, una gran riqueza de conocimientos y una pericia y habilidad quirúrgica que antes no tenía tan desarrolladas. Cuenta que los heridos llegaban con la sangre todavía fresca y sin coagular, que había que taponar el rezume de la herida y estrangular el vaso sangrante. El quirófano se componía de una mesa portátil y todo cubierto con una gran lona de campaña desplegable que hacía las veces de techo y paredes del habitáculo quirúrgico. La noche y el día llegaban sin línea de continuidad y sin poder levantar la vista de las tremendas y pavorosas heridas que portaban los heridos que allí llegaban. Allí no había ni domingos ni festivos, ni fiestas que guardar ni interrupciones del trabajo, mas que el que marcaba el agotamiento de los equipos quirúrgicos.

La guerra le sorprendió en Murcia, que era zona republicana, se incorporó a su sanidad militar y fue destinado al cuerpo de carabineros con la graduación de teniente médico; su destino hasta el final de la guerra en marzo de 1939 fue en hospitales de primera línea como jefe de equipo. Estuvo en los hospitales de sangre de Las Isabelas y de Casa de Hoyos a unos cinco kilómetros del frente y por su comportamiento fue ascendido a capitán. Finalizó en el hospital de Colmenar de Oreja, a doce kilómetros de la primera línea y, cosa inaudita, fue nombrado alcalde de este poblado y en él recayó la responsabilidad de entregarlo al ejército "nacional" cuando llegaron para "liberarlo" al final de la contienda en aquella zona.

Ocurrió algo inaudito en plena guerra en el año 1937 y fue su boda con la señorita Engracia Saiz Blanco, que al estallar la guerra se encontraba en Santander; también era zona republicana como Murcia. Ambas capitales estaban incomunicadas porque el ejército republicano ocupaba los accesos que podían pasar por Valladolid y por Burgos. Para reunirse con ella Clavel Nolla pasó a Francia por la frontera de la costa mediterránea y una vez allí siguió la ruta transversal cerca de los Pirineos para llegar al extremo atlántico en Bayona. La frontera de Irún era nacional y para llegar a Santander lo hizo por vía marítima embarcado en una motora que transportaba armas para el bando republicano. Se encontró con una singladura peligrosa porque el mar cantábrico estaba controlado por patrulleros nacionales. Finalmente ambos se reunieron en Santander, que se encontraba en zona

republicana y sin culto católico, y el día 20 de mayo de 1937 se trasladaron en automóvil al pueblo de Villaverde de Truciosa en Vizcaya, donde había culto católico y celebraron estrictamente la ceremonia religiosa para casarse por la Iglesia; cinco días más tarde celebraron el matrimonio civil en el pueblo santanderino de Medina de Cudeyo, actuando de testigos dos médicos de Valdecilla, y lo celebraron con la familia y los colegas. El regreso a Murcia siguió las rutas anteriores en sentido inverso. De este matrimonio nacerían siete hijos y de ellos treinta y un nietos.

El propio Manuel Clavel Nolla contó una anécdota insólita de la época de guerra que transcribimos según su propia narración:

“Pocos médicos tuvieron ocasión de convivir, durante algunos meses de guerra, con su joven y guapa esposa. Recuerdo un día de esos que terminabas agotado y hecho polvo a las tres de la tarde sin haber tomado nada, ni haber tenido tiempo de descansar algo entre operación y operación; mientras me quitaba los guantes de operar y entraba en esa indecisión que no sabes si descansar primero o ir a tomar algo, entró uno de los ayudantes diciéndome: Don Manuel, acaba de llegar el doctor Torreblanca, jefe de los servicios médicos de la Zona Centro-Norte, y pregunta por Vd”.

“Allí pasó a segundo término la duda de si comer o descansar, porque lo primero era lo primero. Nada más entrar, tras pedir su permiso, me disparó las siguientes palabras sin apenas saludo: doctor Clavel, tengo entendido que Vd. tiene aquí a su esposa y ello está terminantemente prohibido. “Mi coronel –dije yo- con el maremagnum que hay aquí no creo que nadie esté pendiente de ello. De todos modos no se preocupe Vd. Que lo arreglaré”.

“Estábamos en una casona enorme de la finca Casas de Hoyos para instalar por algún tiempo nuestro hospital, y allí aparecieron los primeros tanques alemanes, que nos causaron un número tremendo de bajas, y sobre todo heridos que apenas nos dejaban descanso. Aún así al día siguiente de mi conversación con el coronel médico, me quedó tiempo de ir a la oficina de Intendencia y Personal para inscribir a mi mujer como Enfermera Auxiliar Voluntaria. Más tarde fue su esposa quien se acercó para decirle: Antonio, no te puedes imaginar la vergüenza que pasé mientras me hacían la ficha, porque ya estaba embarazada iy se me notaba!”.

POSTGUERRA.

Acabada la guerra civil comienza una nueva andadura que no sería un camino de rosas. En Murcia después de la guerra disminuyó la colegiación debido a las víctimas de la contienda, los represaliados o marginados y los exiliados por motivos políticos, lo cual propició que llegaran médicos provenientes de otras regiones y se instalaran en ésta. A partir de la década de los cuarenta se inicia un proceso que cambiará la estructura médica y social: la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, pero el acceso a éste obligaba a tener buenas relaciones con el llamado “bando nacional” o “vencedor”, porque se exigían los certificados de depuración que emitía el colegio de médicos provincial del lugar.

Como durante la guerra había sido cirujano de la sanidad republicana, es decir en el llamado “bando rojo” por los franquistas aunque Clavel Nolla jamás tuvo nada de comunista, al regresar a Murcia el Colegio de Médicos lo depuró, como a todos los profesionales, y le impuso una sanción presionado por la autoridad civil, o sea la Jefatura local del Movimiento, o dicho de otra forma la FET y de las JONS (Falange Española Tradicionalista y de las Juntas Obreras Nacional Sindicalistas). El castigo consistió en un año de inhabilitación de cargo público y de confianza, pero con fecha de 30 de abril de 1939 su Colegio de Médicos le dio el nuevo carnet de colegiado con el nº 217 que le facultaba para ejercer la especialidad de traumatología. Pertenecer al bando perdedor llevaba consigo la imposibilidad de acceder a cargo público y por lo tanto, falto de todo ingreso monetario procedente de la sanidad pública y con el veto político de los triunfantes, no tuvo otra salida que dedicarse a la medicina privada; había planeado con José Luís Pérez Villanueva y un grupo de especialistas

murcianos, crear la Clínica de la Fuensanta, que no tardaría en ser un importante y prestigioso centro médico de la sociedad murciana. Allí tuvieron cabida los ricos y los pobres, a quienes se cobraban honorarios acordes con sus posibilidades, siempre menos que más y, según él nos cuenta, alguna de aquellas facturas nos haría sonreír si las comparásemos con las actuales. A su lado su hijo vivió anécdotas como la de preguntar a un paciente de escasos medios económicos: "antes de pagar enseñame el dinero que llevas para pagar el billete de vuelta al pueblo". Sin ser boyante alcanzaba a obtener lo necesario para el sustento familiar.

En 1940 empezó a llevar de nuevo una vida hospitalaria en el Sanatorio de Sierra Espuña (perteneciente al Patronato Antituberculoso) gracias a un nombramiento a título personal e interino, para el cual no se le pidieron responsabilidades políticas, y colaboró con los doctores Mínguez Delgado y Tapia Sanz, realizando una intensa actividad quirúrgica. El maestro González-Aguilar se encontraba ausente porque tuvo que exiliarse a Sudamérica, ya que pertenecía a los perdedores y había vivido la guerra como republicano; Clavel Nolla mantuvo su presencia en el Sanatorio hasta 1957. Esta actividad representó para él la obligación de llevar una vida profesional muy exigente, ya que al no haber en Murcia ningún servicio de urgencias tuvo que estar localizado "todos los días del año y 24 horas al día", como nos recuerda su hijo Clavel Sainz. Utilizaba una argucia común en muchos médicos para poder ir al cine y ser fácilmente localizado por el acomodador en caso de necesidad: sentarse siempre en la misma hilera y en la misma silla a ser posible.

La experiencia de estos años le permitió redactar con Tapia Sanz y con la colaboración quirúrgica de Picardo Castellón el artículo "Resultados y consideraciones sobre doscientas treinta toracoplastias" (Revista Española de Tuberculosis, 1955) que comentaremos ahora. Se trata de una intervención ampliamente utilizada en todos los países pero en retroceso por la aparición de la cirugía de exéresis en la tuberculosis pulmonar y de la neumolisis sin resección costal. Tiene actualidad precisar sus indicaciones y confrontar entre técnicas los resultados, que globalmente no sobrepasan el 70% de curaciones clínicas, por cuyo motivo últimamente se practica la apicolisis y las curaciones logran alcanzar un 80-94%; pero las recaídas a los diez años son del 12,8%. Los enfermos se han controlado con rigor mediante bacterioscopia, tomografías, vigilancia clínica mensual durante un año y más espaciadas al año siguiente. Resultados estadísticos: curados 60% y mejorados 18,69%, con una edad media de 28,23 años (entre 15 y 57 años). Al asociar la apicolisis los casos curados pasan de 57,43% con toracoplastia sola a 64,63%.

En 1944 se convocaron plazas de médico para el Hospital Provincial, y para él la interesante era la Jefatura de Ortopedia y Traumatología que quedaba vacante por el traslado de Hernández-Ros a Madrid. Cuando optó al concurso se encontró con una terrible y desagradable sorpresa: la leve sanción de la postguerra que le impuso el Colegio de Médicos durante un año se había transformado en un castigo imborrable y de por vida, ya que la cláusula 3ª de la base de la convocatoria decía: "no haber tenido incoado expediente sancionador". Además los servicios que se tenían que cubrir reservarían plazas en función de los méritos que siguen: a) caballeros mutilados, b) oficiales provisionales, c) excombatientes, d) excautivos y huérfanos y e) turno libre, donde se incluían los candidatos de pasado no franquista y los médicos que habían prestado servicios durante la guerra en el bando republicano. La base 7ª de la convocatoria decía: "garantizar la adhesión al Movimiento Nacional con certificado de FET y de las JONS, o en su defecto expedido por la autoridad gubernativa (gobernador o alcalde). La Comisión Gestora había recordado que en todos los tribunales tenía que haber un miembro de Falange con nombramiento y representación de la misma. Con tales legalidades se acotaban los concursos para que los nombramientos de los tribunales recayeran en profesionales adictos a la victoria franquista y se mantuvieran alejados los disidentes y los no afectados. La plaza de ortopedia y traumatología se convocó en febrero de 1945.

Las normativas de incompatibilidades procedían del decreto-ley de 25 de mayo de 1945 y destacamos dos enunciados:

- a) declaración jurada de no tener plaza del estado, provincia o municipio, o en caso de tenerla, renuncia expresa a la misma o solicitar la excedencia”.
- b) declaración jurada de no pertenecer, ni haber pertenecido, a ningún tipo de Masonería, Socorro Rojo, Partido Comunista u otra secta internacional.

Manuel Clavel Nolla no había pertenecido a ninguno de estos entes pero sus oponentes lo aprovecharían para difamar, levantar sospechas e injuriar tratándolo de “rojo”.

OPOSICIONES.

Valgan las dos acepciones de la palabra. Hubo oposiciones políticas ante la presencia de un determinado candidato en las oposiciones. Injuria que algo queda, podría ser el lema de algún oponente, porque ahí nunca se puede saber cuanto de verdad o mentira hay en el bulo propagado. Quien recibe la noticia no pide prueba y cree más o menos en función de la confianza o la amistad que le une al difamador.

El candidato Clavel acudía con el refrendo de una preparación científica y técnica excelente, con un currículo académico prestigioso y con una reconocida facilidad de exposición ante un tribunal. Era preciso recurrir a subterfugios para que la objetividad no apareciera en superficie y para que se pudiesen difuminar las diferencias con otros candidatos. En su estudio biográfico Martínez Hernández aporta la documentación de dos denuncias, una ante el Obispado y otra ante FET y de las JONS, y su contenido es tan explosivo para un joven que lo lea en la actualidad, que bien vale la pena copiarlo para conocimiento de actuales y venideras generaciones que seguramente ignoran los métodos en boga en época de dictadura fascista de postguerra:

- a) La denuncia ante el Obispado.-

A principios de abril de 1945 el obispo de Cartagena-Murcia don Miguel de los Santos y Gómara recibió de su secretario de cámara una carta que acababa de llegar y al abrirla vio que llevaba firma pero que ésta era ilegible. Decía:

“Ilustrísima:

Como buen cristiano no tenía más remedio que escribirle esta carta para que Vuecencia intervenga en el gran error que se quiere cometer en el Hospital Provincial donde muchos católicos murcianos entregan su alma a Dios. Es en esos días que preceden a la muerte donde hay que buscar la paz y la tranquilidad necesarias para poner el alma en condiciones de que se enfrente a su Creador.

Nada menos que en este centro de paz y recato que los Hermanos de san Juan de Dios fundaran se pretende meter a un médico, rojo y masón, en uno de sus más importantes Servicios, el de Cirugía Ortopédica.

En ese Hospital donde los buenos cristianos han encontrado siempre consuelo y ayuda a sus cuerpos y a sus almas, para que ello redundase en beneficio y gloria de Nuestro Señor Jesucristo, ¿qué se podrá esperar en el futuro?, ¿Qué rezos y jaculatorias se efectuarán en esas salas de angustia y de dolor? ¿A quién van a encomendar esos pobres enfermos sus sufrimientos?

Todos los buenos cristianos murcianos le agradecerán que no deje de su prolífica y bondadosa mano este delicado y trascendente asunto. Humildemente besa su anillo su más fiel servidor”.

Quien nos ha transmitido este contenido epistolar describe al señor obispo muy sorprendido y muy pensativo por el alcance de lo que acababa de leer. ¿Sería verdad cuanto le habían puesto ante los ojos? ¿Recaería en su alma la alta responsabilidad de dejar desamparadas las almas de estos enfermos en tan peligrosas manos?

Al cabo de unos días llegó otra carta al Obispado, esta vez con firma y nombre bien legible, y su autor era el doctor Francisco Giner Hernández, médico del Hospital Provincial y de la Real Academia de Medicina de Murcia. Decía así:

“A su Ilustrísima y Reverendísima Dignidad católica de la Diócesis de Cartagena:

No se si me excedo en causarle alguna molestia al dirigirle esta carta, pero mi conciencia no me permitiría callar por más tiempo, y que se pudiese cometer una indigna tropelía a una buena y magnífica persona como es el doctor don Manuel Clavel Nolla, cristiano de confianza y respetuoso con toda nuestra recia reserva espiritual. Un médico como Clavel que ha demostrado a lo largo de su vida profesional y en multitud de ocasiones que entiende el sufrimiento y comprende las miserias humanas que son las que dan sentido a nuestra vida hacia Dios.

No le quede a Vuecencia ninguna duda, que de entrar don Manuel Clavel en el Hospital, jamás se vería alterada la buena misión que en el centro hacen las monjas y capellanes del mismo, sino que será un puntal a la alta misión que aquellos seres tienen encomendada”.

Esta carta tranquilizó al obispo, sobretodo porque procedía de una persona que para él y para el conjunto de la sociedad murciana y de la corporación médica gozaba de alta estima. Accidentalmente el obispo sufrió un esguince de tobillo y le aconsejaron los servicios de Clavel Nolla y a partir de aquí nació un mutuo conocimiento que acabó en aprecio. Seguramente el obispo supo valorar la calidad asistencial de este cirujano que, al decir de Martínez Hernández, siempre hizo derroche de paciencia, comprensión, generosidad, caridad y amor, haciendo suya la máxima hipocrática. “Donde hay amor al hombre, hay también amor al acto médico”.

b) La denuncia ante FET y de las JONS.-

Clavel Nolla no había tenido vinculación política alguna antes de la guerra y durante ésta se limitó a actuar como cirujano tratando lesionados del ejército republicano, porque fue en esta zona donde le encontró la guerra al levantarse el ejército de África a la llamada de Franco con su Alzamiento. A lo más que había llegado en sus años de facultad fue a delegado de curso pero su actividad quirúrgica durante la guerra tenía otra lectura hecha con ojos del bando nacional o franquista: “No había puesto su saber y su quehacer durante la guerra civil española al servicio de la revolución nacional-sindicalista, sino del *rojerío* marxista”, y esto era difícil de pasar por alto en la inmediata postguerra, a pesar de que en la guerra europea las fuerzas nazis y fascistas y habían perdido. La sanción de un año de inhabilitación impuesta a instancias de Falange por el Colegio de Médicos se convertiría en sanción crónica e imperecedera, ya que sus opositores pretendían que no se pudiera inscribir en concursos ni oposiciones por el simple hecho de “haber estado incurso en sanción”, con lo que tal sanción se convertía en “de por vida”.

Clavel Nolla recurrió a los buenos oficios de sus amigos don Juan López-Ferrer, que llegó a Presidente de la Diputación Provincial, y el profesor Ferrer-Sama, catedrático de la Facultad de Derecho de Murcia.

En septiembre de 1945, cuando ya habían transcurrido siete meses desde la convocatoria de la plaza, el médico Antonio León, que no pudo inscribirse en el concurso por llegar fuera de plazo, envió a la Delegación del partido esta carta dirigida al Jefe Provincial de FET y de las JONS:

“Querido camarada:

Los que hemos puesto nuestro cuerpo y nuestra alma en la Revolución Nacional-Sindicalista, y tras conseguir nuestros objetivos con una cruenta Cruzada donde cayeron nuestros mejores camaradas, no podemos ni debemos hacer concesiones graciosas a nuestros enemigos e introducirlos, como un vil caballo de Troya, en nuestras propias instituciones, como es el caso del Hospital Provincial tan destrozado por la chusma roja durante el tiempo que estuvo en su poder en el transcurso de nuestra Cruzada y que ahora nosotros hemos de reconstruir colocando a nuestros camaradas en sus

servicios, tal como el de Ortopedia, al que yo presento mi candidatura. Espero que no haya ninguna debilidad en tu incondicional ayuda, que pudiese ser aprovechada por nuestros enemigos.

¡Por Dios, España y su Revolución Nacional-Sindicalista! ¡Arriba España! Un abrazo de tu camarada”

El Jefe Provincial era el camarada García Gallud, que andaba metido en problemas con el personal del manicomio y con estas plazas del Hospital Provincial, y pidió a la Comisión Gestora de la Diputación que se nombrara al representante del Partido en el Tribunal, al que se exigirían ciertas condiciones: idóneo para representar dignamente al partido, inteligente y capaz de imponer al Tribunal su criterio político antes que el científico, ser incondicional del Partido y por qué no, también del Jefe Provincial, que así aseguraba su propia representación en este miembro. El elegido fue un ginecólogo, Pepe Gallego Egea, que aparte de sus méritos políticos para ocupar el cargo, era amigo y vecino de Clavel Nolla desde la infancia. A últimos de año se celebró el concurso y Clavel Nolla obtuvo la plaza de Jefe del Servicio de Huesos y Articulaciones. Años después Clavel Nolla tuvo que atender al doctor Gallego Egea con ocasión de haber sufrido una fractura bifemoral muy grave y aunque fuese entre amigos podemos considerar que le devolvió el favor.

HOSPITAL PROVINCIAL DE MURCIA.

Bueno será que hagamos una breve recensión histórica de esta institución que tan importante llegó ser en la vida de Manuel Clavel Nolla a partir del momento en que pasó a imperar en el servicio de Ortopedia y Traumatología. El núcleo originario estuvo en una donación que Alfonso X el Sabio hizo a los frailes de la Orden del Templo, conocidos como templarios, y el alcázar recibido fue utilizado para instalar una iglesia y un hospital que llevó el nombre de Nuestra Señora de Gracia. Recordemos que la conquista del reino taifa de Murcia la hicieron tropas catalanas de Jaime 1º el Conquistador, sin aragoneses porque no quisieron participar en esta empresa. La conquista fue progresando desde tierras de Alicante y Murcia cayó en 1266 y las tropas conquistadoras, como siempre, se fueron asentando en los territorios ganados a los árabes y se repartieron sus tierras y sus casas, afirmando los historiadores que fue repoblado con unos diez mil catalanes. En estas conquistas participaron como era habitual en la época los caballeros del Templo, que recibían del rey castillos donde asentar sus comunidades y se transformaban en guardias fronterizos de las nuevas posesiones. Se trataba de una zona de reconquista en disputa entre el Reino de Castilla y la Corona Catalano-Aragonesa y era necesario delimitar hasta donde alcanzaban los derechos de cada uno. Por el tratado de Almirra de 1244 Jaime 1º, padre de Violante esposa de Alfonso X, cedería a éste la mayor parte de la conquista y se quedaría con el norte del reino taifa que incorporaría a las tierras alicantinas; Jaime 1º cumplió con lo pactado al ceder a su yerno el reino de Murcia después de la conquista de 1266. De aquella presencia catalana persiste un lenguaje que proviene del antiguo catalán castellanizado y que se conoce con el nombre de “panocho”, y los apellidos persisten con ortografía también castellanizada como los de nuestro cirujano cuyo Clavel es la castellanización de un apellido catalán muy común como es Clavell, que tiene para un castellano la misma dificultad fonética que Ripoll o Sabadell. El segundo apellido Nolla, también catalán, persiste tal cual, como los que se podrían consultar en cualquier guía telefónica de poblaciones catalanas.

Después de ser ajusticiado en la hoguera el gran maestre Jacques de Molay por el rey francés Felipe IV en 1314 se disuelve la orden de los Templarios y en el caso que nos ocupa, en Murcia, sus bienes pasaron a ser propiedad del obispado durante un par de siglos con el mismo nombre. El obispado decidió subastar los pequeños hospitales y concentrar los recursos en uno mayor, se celebró la subasta el 8 de enero de 1527, y fueron absorbidos el de San Salvador, el de la Puerta de Castilla y el de San Julián conservando después de refundirse el nombre Nª Srª de Gracia. En 1617 los hermanos de San Juan de Dios se hacen cargo del hospital y lo regentaron hasta 1837 y se le conocía

como Hospital de San Juan de Dios de Murcia. En 1837 pasó a depender del Municipio y en 1852 de la Diputación Provincial, basándose en legislaciones derivadas de las leyes de beneficencia de las Cortes de Cádiz de 1812, haciéndose cargo de la asistencia no médica las hermanas de la caridad de San Vicente de Paul. Al crearse la comunidad autónoma de Murcia en 1981 el hospital pasó a depender de su gobierno. En la edad moderna se conoce el nombre de diversos cirujanos que trabajaron en él y fue en 1881 cuando ingresó don Claudio Hernández-Ros Navarro, que inauguró la saga de los Hernández-Ros. En 1900 se creó el Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial que en este hospital consistió en cuatro profesores de número, tres médicos agregados, un farmacéutico y tres médicos de entrada. La Diputación estudia entre 1925 y 1930 un nuevo Reglamento y la administración médica aboga por servicios quirúrgicos generales defendiendo el ejemplo de Madrid, Barcelona San Pablo, Málaga, Bilbao, y criticando la estructura especializada de Valdecilla en Santander donde la "profusa división casi llega a la ridícula especialización". En contra de esta consideración se arguyó que el Hospital General de Madrid tenía una organización caduca que hoy se quiere corregir especializando sus servicios quirúrgicos y ante la disparidad de criterios se decidió que la verdadera solución democrática debía consistir en aunar todas las opiniones, no en imponer la de la mayoría y que deberían ser los propios cirujanos quienes dieran la solución. Esta fue de tipo salomónico y se crearon tres servicios de cirugía general y a cada uno se le agregó una especialidad como urología, traumatología y tumores, concediéndose a cada uno 25 camas; Hernández-Ros ocupó el de Cirugía General y Traumatología. En 1945 la Comisión Gestora refrendó esta organización pero su efectividad sería mínima ya que después de tres años de guerra el aspecto del hospital Provincial era de tremendo abandono y desidia, como afirma sin ambages Martínez Hernández, carente de dotación económica y de limpieza. No existió autoridad durante la guerra porque las decisiones se tomaban de modo asambleario como correspondía a las organizaciones ácratas y libertarias. La comisión directiva la habían formado el director, dos practicantes y dos sirvientes. El vetusto edificio procedente de una remodelación del siglo XIX no hacía aconsejable invertir en parches provisionales y que se imponía la prospectiva de un nuevo hospital. En la segunda mitad del siglo XIX ya sonaron quejas contra la sangría económica de las adaptaciones, las reparaciones, las remodelaciones y los remozamientos que resultaban insostenibles para las arcas provinciales. El servicio de arquitectura de la Diputación hizo un informe que resultó ser tético y detallado y que concluía en un único consejo: el estado del Hospital demanda con toda urgencia uno nuevo; se trata de una acuciante necesidad. La adquisición de terrenos en el partido de la Condomina y la nueva edificación fue posible con ayuda bancaria, estatal y privada y la construcción duró desde 1945 hasta 1951.

SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA.

Cuando Clavel Nolla ocupó la plaza de jefe de servicio de cirugía general y ortopedia éste llevaba tres años regentado por un buen cirujano, Manuel Clavero Margati, porque Hernández-Ros usufructuaba la plaza con sucesivas excedencias en espera de tener plaza oficial en Madrid, hasta que finalmente la Diputación no accedió a concederle otra prórroga y sacó la plaza a concurso. El nombramiento oficial de Clavel Nolla se produjo el 28 de diciembre de 1945 y él lo consideraba uno de los más felices que no olvidaría en su vida porque a partir de este momento obtenía estabilidad asistencial y científica. En el hospital se produjeron más nombramientos que él mismo recuerda con nombres y apellidos y refiere los méritos que aportaban estos candidatos, que pudieron influir en tales nombramientos en varios casos: oficial provisional, excombatiente, excautivo, Vieja Guardia, presentarse a examen vestido de militar, no ser afecto al Frente Popular, exmiembro de la División Azul (combatientes en el frente ruso ayudando al ejército alemán). La Diputación tuvo que hilar muy fino y con toda la legalidad vigente porque presagiaba tormentosos exámenes, como así ocurrió.

La ley de 25 noviembre 1944 obligaba a jerarquizar los servicios, con lo que se introducían nuevos escalafones profesionales de tipo hospitalario que no cuadraban con los escalafones de la administración de las Diputaciones, dependientes del Ministerio de la Gobernación. La discordancia atañía a los cargos y a sus correspondientes retribuciones económicas, en las que juega un papel importante la antigüedad, y podría darse el caso de un jefe de servicio que cobrara menos que su jefe clínico. Desde 1944 hasta 1947 se produjeron vivas discusiones y se presentaron soluciones varias que no fueron aceptadas por los médicos. Sirvan de ejemplo estas equivalencias entre jerarquías administrativas y hospitalarias:

- médicos de 1ª equivalentes a jefes de negociado de 1ª. (9.600 ptas/año).
- médicos de 2ª equivalentes a jefes de negociado de 2ª. (8.400 ptas/año).
- médicos de 3ª equivalentes a jefes de negociado de 3ª. (7.200 ptas/año).
- fuera del escalafón quedaban los médicos de guardia y los cirujanos de urgencia por falta de equivalencia.

En estos cargos no se habla de las categorías médicas de un hospital jerarquizado, es decir, jefe de servicio, jefe clínico y médico adjunto, y esto es lo que se debía precisar. A estos honorarios tenían que sumarse los pluses de antigüedad y podía darse la situación de que la resultante no fuese conforme con la responsabilidad asumida por el médico a tenor de su cargo. Lo que ocurría en el hospital provincial de Murcia es tan solo un ejemplo de un problema que se le presentó al Ministerio de Gobernación en cada uno de los hospitales que se reorganizaba acorde con un patrón jerarquizado y sometido a los escalafones de funcionarios de las diputaciones provinciales. Además en el caso que comentamos el servicio de cirugía ortopédica sería de 3ª categoría, simplemente porque había sido el último en la convocatoria y en consecuencia sus componentes resultaban penalizados con retribuciones más bajas.

A pesar de estos inconvenientes de tipo administrativo se consiguió dotar al Hospital Provincial de un Servicio de Urgencia del que fue Jefe un íntimo colaborador de Clavel Nolla, el cirujano José Ruiz Jiménez, el cual dejó un puesto libre en el servicio de cirugía ortopédica, y así pudo entrar en el hospital un nuevo miembro del equipo, Ricardo Escribano Arrando, que en el futuro ocuparía la jefatura del servicio al pasar Clavel Nolla a la residencia Sanitaria de la Seguridad Social Virgen de la Arrixaca en 1967. Dos practicantes, cercanos colaboradores de don Manuel, se encargaron de organizar y dirigir la unidad de recuperación funcional, dependiente del Servicio de Cirugía Ortopedia: Julio García Pérez y Lázaro Sánchez Bueno; el primero fue un muy buen técnico ortopédico que supo captar siempre las necesidades de Clavel Nolla, quien le indicaba qué diseños debía seguir para confeccionar aparatos correctores de las deformidades ortopédicas. A ellos se unió el doctor Francisco Cuenca Bosque que quiso montar un gran Servicio de Rehabilitación, pero tuvo dificultades por falta de apoyo administrativo y si se mantuvo a la espera fue por amistad con Clavel Nolla. No llegaron las ayudas de la administración y pudo marchar a la Residencia de la Seguridad Social con mejores expectativas. En 1947 se resuelven los últimos trámites de nomenclatura médica y los jefes de servicio reciben el nombre pomposo de Profesores de Sala, debajo de ellos quedan los Jefes Clínicos, y los médicos y cirujanos del cuerpo de urgencia quedan fuera del escalafón del funcionariado. En 1957 fue admitido como miembro por la Sociedad Internacional de Cirugía ortopédica y Traumatología, la SICOT.

A esta etapa del Hospital Provincial corresponden las conferencias y comunicaciones que constan en su currículum, cuyo texto desconocemos porque no sabemos si fueron publicadas:

- Fracturas del codo y Luxación congénita de la cadera (curso de la jefatura de sanidad, Murcia) 1945.
- Osteosíntesis en las fracturas del codo (congreso nacional de cirujanos, Barcelona) 1949.

- Luxación recidivante de hombro (curso dr. Sanchis Olmos, Madrid) 1952.
- Tratamiento de la tuberculosis osteoarticular (congreso Secot, Barcelona) 1952.
- Fracturas de tibia (curso dr. Sanchis Olmos, Madrid) 1953.
- Fracturas de la pierna (reunión médica de levante, Valencia) 1953.
- Aportación al estudio de la enfermedad de Köhler (reunión médica de levante, Murcia) 1954.
- Quistes óseos solitarios (congreso Secot, Valencia) 1954.
- Fractura por estallido de ambos cóndilos tibiales (jornadas secot, Oviedo) 1955.
- Tuberculosis ósea y antibióticos (reunión médica de levante, Castellón) 1956.
- Trasplante homólogo en la pérdida de substancia de la tibia (reunión médica de levante, Albacete) 1958.
- Diafisectomias secundarias en la osteomielitis (congreso hispano portugués cot, Madrid) 1958.
- Quiste óseo esencial (reunión médica de levante, Cuenca) 1960.
- Tumor de mieloplaxias (reunión médica de levante, Teruel) 1962.
- Injertos óseos (sociedad médico-quirúrgica, Alicante) 1962.
- Patología de la cadera (hospital La Fe, Valencia) 1962.
- Electrolitos en cirugía (colegio de médicos, Murcia) 1963.
- Periostitis (congreso Secot Sevilla) 1964.
- Fracturas diafisarias de tibia, complicaciones (hospital provincial, Valencia) 1965.
- Lesiones de la pelvis en accidentes de tráfico (real acad. med. cir. Murcia) 1965.
- Cirugía de los reumatismos (colegio de médicos, Murcia) 1966.

Esta prolífica actividad, demostrada con las veinte comunicaciones referidas, se acaba cuando deja el Hospital Provincial por traslado al hospital de la seguridad social Virgen de la Arrixaca, donde empezará una nueva etapa de su vida.

FUNCIÓN PÚBLICA.

El doctor Manuel Clavel Nolla asumió siempre las responsabilidades profesionales, corporativas y cívicas que se le fueron presentando a lo largo de su vida. Durante sus estudios de medicina en Madrid fue delegado de curso, si bien la situación de confrontación universitaria en la calle fue decisiva para que con otros compañeros se trasladara a Cádiz donde el ambiente estaba mucho menos revuelto. De aquellos tiempos Martínez Hernández le recuerda como un hombre que entendía la vida a la manera de un perfecto liberal en el más amplio sentido de la palabra. El problema de las derechas y de las izquierdas era querer meter las ovejas en el propio redil de quien se manifestaba, pero ésta nunca fue la filosofía de Clavel Nolla que sentía siempre el más escrupuloso respeto por la libertad tanto de los demás como de la suya propia. Durante la guerra siempre asistió como cirujano a los heridos del ejército republicano y no desertó de esta responsabilidad humanitaria, que le costó la condena de inhabilitación anteriormente comentada, con las consecuencias de interponer obstáculos políticos en el examen para la plaza del hospital provincial.

La SECOT.

Desde su estancia en Estados Unidos y en la Casa de Salud de Valdecilla junto a González Aguilar, fue un entusiasta defensor de la jerarquización hospitalaria como forma moderna de trabajo y él mismo después marcó un hito al ser uno de los pioneros que se dedicó de lleno y en exclusiva a la traumatología. Esto le supuso el ser tenido en cuenta cuando después de las guerras española y mundial en 1947 surgió el impulso de Salaverri Aranguren, de San Ricart y de Sanchís Olmos, entre otros, para nuevamente poner en marcha la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología que en 1935 había sido fundada por Trías Pujol y por Bastos Ansart sobre todo. En

una nota autobiográfica leemos que en 1935, siendo joven cirujano de 26 años, se adhirió a los fundadores de la SECOT, pero el estallido de la guerra al año siguiente obligó a todos los jóvenes traumatólogos a servir en hospitales de sangre de uno y otro bando de la contienda según donde se encontraran el 18 de julio de 1936. La refundación tuvo lugar el día 19 de abril de 1947 apoyada por 23 especialistas representantes de la cirugía ortopédica española y con la adhesión por correo de otros diez; aprobaron un proyecto de estatuto y eligieron una nueva Junta Directiva: Presidente, Manuel Salaverri Aranguren; Vicepresidente, Ramón San Ricart; Secretario, Manuel Clavel Nolla; Tesorero, Ángel Garaizabal Bastos; Vicesecretario, Cecilio González Sánchez; Director de la Revista, Vicente Sanchís Olmos. Los dos primeros habían estado entre los fundadores de 1935 y así se garantizaba la identidad con la sociedad inicial y sus fines. A Clavel Nolla le unía una gran amistad con Sanchís Olmos, quien le invitó repetidamente a profesar lecciones en el curso organizado en el Hospital Provincial de Madrid, en el cual conoció al profesor Gomar Guarner con el que acabó entablando una también buena amistad. A Clavel Nolla su fidelidad y sus servicios a la SECOT le valieron al cabo de medio siglo de la fundación inicial que la Sociedad le nombrara Miembro de Honor.

Sociedad de Medicina y Cirugía de Levante.

Con el Profesor Beltrán Báguena, de la Facultad de Medicina de Valencia fundó esta Sociedad cuyas actividades con ritmo bianual comenzaron en Alicante en 1952. Agrupó a todos los médicos del Levante español, permitiendo el intercambio científico en unos años sin tantos simposios y reuniones como en el momento de esta fundación. En los inicios de estas reuniones científicas el Dr. Clavel Nolla no sólo era conocido, sino respetado como científico y como persona, y más de una vez fue requerido como hombre bueno para limar asperezas. Evidentemente, por el nivel de sus conocimientos introdujo en Murcia por primera vez numerosas técnicas ortopédicas y traumatológicas.

El Colegio de Médicos.

En 1952 el prestigio que tenía merecido como profesional en el ámbito quirúrgico y médico en general le valió el nombramiento "a dedo" (como en el resto del estado español sin elecciones) de Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Murcia y permaneció en este cargo durante 18 años porque ganó las elecciones en dos periodos más. La labor desarrollada, en la que entregó toda su capacidad de ciudadano responsable, le fue reconocida por la corporación cuando le nombraron Presidente de Honor. En 1953 había recibido la condecoración de Comendador de la Orden Civil de Sanidad con placa. Se decía de él que a menudo sacaba a relucir una característica flema, que tenía un fuerte pronto pero que se lo sabía controlar en la mayoría de ocasiones, que recurría a su fácil dialéctica y que la aprovechaba para agradecer a la mayoría y contentar a la minoría. Quienes conocían su formación aseguraban que este carácter se lo debía a su maestro y amigo González-Aguilar, que unía flema, control de sí mismo y apostura. Estas cualidades de Clavel Nolla, de las que siempre hizo gala a lo largo de su vida, le proporcionaron innumerables amigos, y una sólida y merecida fama de hombre de tremenda "mano izquierda" – al decir de Martínez Hernández- de la que se echaba mano en situaciones conflictivas. Se asegura que muchos médicos lo atestiguarían por las situaciones de conflicto que arregló entre ellos a lo largo de su 18 años al frente del Colegio Oficial de Médicos de Murcia.

Fue nombrado la vez primera por el entonces Presidente del Consejo General de Colegios de Médicos D. Antonio Crespo Álvarez y a fe que acertó porque el Colegio tomó un aire renovado: lo trasladó a un edificio más digno y adecentado y multiplicó las actividades administrativas y culturales. Se organizaron cursillos, conferencias, colaboraciones, a menudo con la Academia de Medicina, y aglutinó a jóvenes médicos deseosos de desarrollar actividades científicas. Clavel Nolla fue reelegido

Presidente durante dos períodos más de seis años, con la particularidad de que la última elección en 1964 fue por sufragio, con voto, en las tímidas intenciones de democratizar los procesos de nombramiento de cargos de responsabilidad política o corporativa.

Procurador en Cortes.

Cuando Clavel Nolla quiso probar y ver la política por dentro se puso de manifiesto el gran prestigio de que gozaba en toda la sociedad murciana, dentro y fuera de la medicina, de tal forma que un conocido periodista dijo: "le caían los votos con la facilidad que las hojas a los árboles en otoño". Así de fácil fue su elección a Procurador en Cortes para el período 1967-1971. Reafirma Martínez Hernández que Clavel Nolla nunca sintió predilección alguna por la política, y no cabe duda que hubiese sido un gran político si la hubiese sentido, y así lo creía su gran impulsor en este campo, su cuñado Luís Valenciano. La política representó para él un fraude, un engaño y una tremenda desilusión; aquella llamada "democracia orgánica" tenía una representación de la ciudadanía distinta de la "democracia parlamentaria" con partidos políticos. En aquella los representantes procedían de los sindicatos, las corporaciones, la familia, la universidad, los colegios profesionales, etc.

Pero los miembros eran elegidos a dedo y raras veces democráticamente, por lo que esta nueva fórmula se agrietaba desde sus cimientos. Lo que más frustró a nuestro cirujano fue el tremendo "rodillo" que ejercía la organización sindical en aquellas Cortes franquistas que llevaban ya amañadas sus votaciones antes de discutir los asuntos.

La Voz de la Medicina.

Es el nombre del periódico donde se publicó el 26 de noviembre de 1986 una entrevista que le hizo Antonio Gutiérrez Macías y en ella vierte respuestas importantes a preguntas concretas que no hemos encontrado en otras biografías, por cuyo motivo las transcribo:

- Medicina. Lo más importante que existe en esta vida.
- Médico: Un hombre que está para ayudar a sus semejantes.
- Ley de sanidad: Como todas las leyes debe tener cosas buenas y malas. Pero las leyes hay que aplicarlas bien y ahí es donde reside el problema.
- Colegio de Médicos: Fundamental para la interrelación de los médicos.
- Sindicatos Médicos: Totalmente compatible con el anterior. Tienen caminos diferentes y a la vez entrecruzados.
- Medicina Pública o Privada. La primera te ofrece unas posibilidades diagnósticas y de aparataje que no te ofrece la segunda. En la segunda la relación médico-enfermo es más afectuosa. Deben existir las dos.
- Incompatibilidades Médicas: La única indecente es la horaria. Se debe individualizar cada caso y es utópico que con un solo sueldo el médico mantenga el nivel social que le corresponde.
- Numerus Clausus: Totalmente a favor. Debe, aplicado correctamente, disminuir el paro médico.
- Aborto: de ninguna de las maneras.
- Eutanasia: Aún menos.
- Traumatología: Una especialidad milagrosa. Y con un porvenir espléndido y floreciente. De las pocas en las que no va a haber disminución de enfermos.
- Jubilación: Una etapa donde terminan muchas cosas, pero donde se abren otras muchas.

La entrevista acaba con esta pregunta: ¿Qué opina un médico con muchas horas de vuelo del actual desencanto de los profesionales del sector médico? "A mí me parece que es un reflejo de las dificultades por las que está pasando la economía. Y cuando esta va mal repercute en la Medicina. El médico de hoy, más preparado, exige un mínimo status social que tienen otras profesiones menos

cualificadas y que el médico ve difícil alcanzar. Creo que es uno de los principales motivos de esta protesta aparente: existen más dificultades para conseguir unas aspiraciones, lógicas por otra parte”.

A lo largo de la entrevista aparecen episodios importantes de su vida y en un momento el periodista le pregunta a qué se deben los avances de la traumatología y él con humor le responde que gracias a las “tres A”, que son mejor Anestesia, mejor Asepsia, mejores Antibióticos.

El curso de Robert Judet.

Su espíritu abierto, su interés por lo que hace su contertulio y su llaneza, que le hacía abordable, pude descubrirlos en París en la primavera del año 1966 cuando coincidimos en las ya clásicas Jornadas de Garches que organizaba el profesor Robert Judet con su escuela; yo era asistente extranjero del profesor Merle d’Aubigné y me dio permiso para inscribirme en estas acreditadas Journées de Printemps (Jornadas de Primavera) organizadas, podríamos decir, por la competencia. Así conocí de cerca al doctor Clavel Nolla y me identifiqué, explicándole mis orígenes en el servicio del profesor Piulachs, mis peripecias para lograr preparar la tesis doctoral en el Hospital Cochin y por último le conté cual era mi lado murciano ya que mi abuela paterna, Carmen Barba, había nacido en Cartagena. Este pequeño detalle lo introduje como un puente de unión que facilitara más el diálogo y las preguntas que me hacía sobre mi estancia y mis proyectos. Juntos compartimos la mesa durante el curso en el comedor de los médicos internos (salle de garde) del Hospital de Garches, donde la decoración mural, que se renovaba periódicamente, tenía siempre un tema pictórico central: el pene. Robert Judet había ideado un fijador externo y sus médicos internos lo habían pintado en el dintel de la entrada de la “salle de garde de l’internat” con su aplicación en el tratamiento de una fractura, pero fieles al tema central de estos decorados no había un hueso fracturado sino un largo pene de voluminoso glande roto en su tercio medio y los dos fragmentos reducidos se mantenían con el fijador externo, a compresión mediante unas lazadas de tubo elástico de caucho. Sobre esta elocuente figura traumatológica estaba escrita la frase de bienvenida: “Robert Judet vous la désire longue et vigoureuse”, es decir, Robert Judet se la desea larga y vigorosa. Muchas de estas pinturas fueron recogidas por Patrick Balloul en libro ilustrado a todo color y con el permiso del profesor François Lhermite (1994). Aceptó que yo le acompañara hasta su hotel con mi automóvil, un Citroen “dos caballos” con su suspensión balanceante, y tuvimos tiempo para comentar esta ilustración procaz y picaresca del internado de los hospitales, cuya tradición proviene de su organización en tiempos de Napoleón. Don Manuel se me hizo más cercano a lo largo de este inesperado viaje por las calles parisinas.

JERARQUIZACIÓN.

Cuando la Seguridad Social construyó su red de Residencias Sanitarias tuvo que contratar a cirujanos que aceptaran esta nueva forma de trabajo con cupos de enfermos y derecho a quirófano semanal; se trataba de un trabajo a tiempo parcial compatible con otros cargos y con la medicina privada. La idea de Clavel Nolla, asimilada de su estancia norteamericana y en Valdecilla, era que lo preferible sería un trabajo hospitalario a plena dedicación, con una retribución económica suficiente para que el profesional no tuviese que compartirlo con ningún otro puesto o cargo. Frente a los defensores del llamado en inglés “part time”, nuestro cirujano se erigió en defensor del “full time” y esta actitud le llevó a enfrentarse con el poderoso profesor de patología quirúrgica de la facultad de medicina de Madrid, Lafuente Chaos (1908-1988), que a la vez era un alto cargo del Movimiento como antiguo falangista o “camisa vieja”, Consejero Nacional, Procurador en Cortes en representación de los Colegios Oficiales de Médicos, Presidente de la federación Española de Fútbol, Miembro de la Comisión de Defensa Nacional, Vocal del Consejo Nacional de Sanidad, Vocal del Consejo Superior de

Investigaciones Científicas (CSIC), asesor nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE). En función de este último cargo participaba en las deliberaciones sobre la Residencia Sanitaria de Murcia. De este profesor decía Martínez Hernández que prefería los contratos de médicos "part time" porque permitía manejar varios trabajos a la vez y al mismo tiempo controlar los hilos de los mismos, y de ahí los numerosos médicos que logró colocar durante su mandato político. En cambio Clavel Nolla apoyó la inauguración de la Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca de Murcia para la cual se había previsto la contratación de médicos a plena dedicación y su organización de modo jerarquizado. Su influencia en los nombramientos facilitó que se llevara a ella la flor y nata de la medicina murciana para prestigiar la desvalorizada medicina de la Seguridad Social. Volviendo a Lafuente en el mundo futbolístico recuerdo que a finales de los años cincuenta se jugó un partido en el antiguo campo de Les Corts del Fútbol Club Barcelona y que él hizo el saque de honor. Por razones del momento, que ahora he olvidado, tuvo que aguantar una gran pitada a cargo de las decenas de miles de espectadores. En aquel momento, yo que era alumno interno del profesor Piulachs, pensé para mis adentros algo avergonzado ¿qué necesidad tiene este catedrático de la universidad complutense de someterse a tamaño escándalo por detentar, entre muchos otros cargos, éste que nada tiene que ver con su noble responsabilidad docente entre los cirujanos españoles? Tuve una sensación de ridículo que jamás he olvidado y reflexioné sobre lo importante que es para la dignidad personal saber estar solamente donde uno debe estar.

Quien trabajaba con convicción y presionaba con insistencia para introducir en la medicina española esta nueva forma de vida hospitalaria era José Martínez Estrada, jefe nacional del Insalud. Conozcamos los inicios históricos de este organismo y su evolución posterior hasta la época que nos ocupa en la vida de Clavel Nolla. Esta institución derivaba de la ley del ministro Dato, que desarrollaba las primeras medidas de seguridad en el trabajo en 1900 y que dio lugar a la creación del antiguo Instituto Nacional de Previsión (INP) en 1908 como organismo gestor de la Seguridad Social. Conocemos su evolución por el estudio de Manolo Clavel-Sainz en su libro de historia "Medicina Murciana", que contiene una riquísima información sobre los cambios habidos en la medicina estatal española en sus inicios y después a partir de 1940, y de ella procede lo que narramos a continuación. La cobertura social que se inició con el INP se amplió a la agricultura (1913), a la industria (1914), a la maternidad (1919) y a los trabajadores del mar (1924), englobados en el Instituto Social de la Marina. En 1926 se promulga el Código del Trabajo, con reglamentación para asistir a los traumatizados laborales y para promover "la restauración total o parcial de los inválidos, para que puedan atender por sí mismos a su subsistencia"; se concreta más en 1932 con la ley de Accidentes de Trabajo, creándose la Caja Nacional de Seguro de Accidentes de Trabajo de Madrid y años después la de Barcelona. Después de la guerra se promulga en 1942 la Ley Girón y de ella surgió el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE). Los accidentes de trabajo y sus enfermedades profesionales quedan bajo la cobertura de la Caja Nacional de Accidentes de Trabajo y con ella comparten la responsabilidad las llamadas "entidades colaboradoras" entre las que destacaban las Mutuas Laborales, cuyo nacimiento podemos situar a principios de siglo en Cataluña y son fruto del asociacionismo y cooperativismo entre obreros y patronos; la participación de las entidades colaboradoras fue reglamentada en 1954. Aparte quedaron los pensionistas, a quienes correspondía la cobertura sanitaria a cargo de la Obra Sindical 18 de Julio. En 1963 con la Ley de Bases de la Seguridad Social se organizan el Régimen Especial de la Seguridad Social Agraria, el Régimen General para enfermedad común y accidente no laboral. Quedan fuera de la cobertura por la Seguridad Social los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales de los que se responsabilizan las entidades mutualistas, que reciben el nombre de Mutuas Patronales, estando obligadas además a prestar servicios de prevención y de rehabilitación, de acuerdo con el Reglamento de Colaboración de 1967. En la Seguridad Social los médicos se habían

inscrito voluntariamente a partir de 1946 en las llamadas "escalas", controladas de consuno con el colegio de médicos de cada provincia, y esta posibilidad no tuvo mucho éxito porque significaba renunciar a la clientela privada a cambio de una situación de asalariado estatal, pero este "estatismo" progresaba de modo imparable – otros prefieren llamarle "socialización"- y al reabrirse las Escalas en 1950 prácticamente todos los especialistas se apuntaron porque garantizaba la rápida consecución de un puesto de trabajo, pero ahora era necesario pasar una prueba de aptitud y del resultado de las mismas se publicaba la relación de admitidos por orden de méritos, con la consecuencia de situar a cada uno según su valía. Con la ley de Bases de 1963 las plazas vacantes comenzaron a adjudicarse a partes iguales a la Escala Nacional y por oposición con la exigencia de tener el título de especialista. Llegados a este momento reconocemos en la cirugía ortopédica y traumatología una doble línea asistencial: la hospitalaria para enfermedades comunes y accidentes no laborales y la mutualista patronal y las cajas nacionales para accidentes y enfermedades laborales.

El equipo dirigido por Martínez Estrada desde la Inspección de la Seguridad Social atisbó la transformación de las Residencias que gestionaba en hospitales donde pudiera realizarse el aprendizaje de los médicos y aunarlo con la docencia y la investigación, que hasta entonces solamente se podía realizar en los hospitales universitarios llamados "hospitales clínicos" y en los de la beneficencia. Quienes asistíamos a las sesiones quirúrgicas de una Residencia recordamos que en aquella época se concebían como la clínica privada del "productor" (obrero, en terminología fascista) y que con él, por dignidad estaba prohibido llevar a cabo actitudes que pudieran emparejarse con las antes mencionadas, aprender, enseñar, investigar. Todo esto le correspondía a los hospitales que podríamos llamar de pobres y menesterosos, que no eran otra cosa que personas de procedencia también obrera. A Martínez Estrada le arroparon médicos de talla que vieron en su programa una vía de modernización de la medicina española y entre ellos debemos destacar a Segovia de Arana en la Clínica Puerta de Hierro, con Figuera Aymerich en el Departamento de Cirugía, y a Palacios Carvajal en la Ciudad Sanitaria La Paz y en el ministerio como Subdirector de Sanidad, con los cuales consiguió implantar en los dos centros citados la primera organización hospitalaria jerarquizada de la Seguridad Social en 1964. En Barcelona existía la Residencia Sanitaria Francisco Franco desde 1947 y en 1965 se le añadió el Hospital Materno-Infantil y el Centro de Rehabilitación y Traumatología, inaugurado personalmente por Franco en agosto, y entonces yo me incorporé recién estrenado y bajo la jefatura del doctor Fernando Collado Herrero; el conjunto pasó a llamarse Ciudad Sanitaria. En Sevilla se amplió el antiguo Hospital General García Morato con Centro de Rehabilitación y Traumatología y Hospital Maternal e Infantil, recibiendo el conjunto el nombre Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío y el jefe de nuestra especialidad fue el doctor Lazo Zbikowski. En Valencia la Residencia de la Seguridad Social General Sanjurjo era insuficiente y se construyó la Ciudad Sanitaria La Fe en 1969 y nuestra especialidad estuvo bajo la jefatura del doctor Maestre. Me refirió mi amigo el doctor Palacios Carvajal, en entrevista personal, que en los inicios de la jerarquización Martínez Estrada le pedía consejo sobre los profesionales que podrían asumir jefaturas de servicio en aquella época en que muchos aún eran reticentes ante esta nueva forma de contrato hospitalario, como sucedía en Murcia, y él calcula en una veintena los nombres que le sugirió.

Al tocarle el turno a Murcia en esta planificada y progresiva jerarquización uno de los sólidos puntales de Martínez Estrada en este empeño fue Clavel Nolla. Durante la preparación de esta reorganización sanitaria murciana aquél llamó a Oscar Zurriaga Furrió, jefe provincial del Insalud en Murcia, para preguntarle si habría algún problema a la hora de firmar aquellos novedosos contratos médicos, que Martínez Hernández tilda de casi ilegales, y la respuesta fue que podía estar tranquilo porque contaba con el total apoyo del presidente del Colegio Oficial de Médicos, es decir, Clavel Nolla, que ocupó este cargo durante 18 años o sea "itoda una institución!". Para don Manuel fue una

gran satisfacción ver como durante su mandato llegaba a Murcia el pleno empleo médico. Cuando ocupó la presidencia del Colegio en 1952 había 317 colegiados y solamente algunos certificaban que tenían una especialidad y en cambio en 1970, el último año de su mandato, son ya 807 colegiados en pleno empleo médico y con una nutrida representación de 30 especialistas de COT que se habían formado en los más reputados centros tanto nacionales como de allende nuestras fronteras. En su propio Servicio trabajó con colaboradores de excelente preparación como fueron José Luís Villarreal, Manolo Valenciano (neurocirujano), sus hijos Carlos y Manolo, Ripoll Marín, José Antonio Cánovas Valera y Angel García Penalva. La fama de Clavel Nolla alcanzaba a variadas capas de la sociedad murciana y su presencia se hizo casi normal en las aperturas de curso de la Real Academia de Medicina. La Residencia estrenó su jerarquización en 1967 y disponía entonces de 500 camas que pronto fueron insuficientes. Fue necesario construir en otro emplazamiento la nueva Residencia, que abrió sus puertas en 1975 con el nombre de Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca; tuvo una dotación de 900 camas. Dos años después el jefe de servicio de traumatología y cirugía ortopédica (como consta en su currículum) doctor Clavel Nolla agotó su plazo de excedencia del Hospital Provincial por lo que en 1977 cesó en esta Ciudad Sanitaria y volvió al anterior, entonces llamado Hospital General, y allí agotó su vida laboral oficial en 1979 al cumplir los 70 años y pasar a la jubilación preceptiva.

Durante su vida en la Arrixaca la producción científica en forma de reuniones da una idea del interés y estímulo que se vivía en el servicio. En forma de equipo Clavel Nolla, Clavel Sáinz, Villarreal y Calatayud organizaron las Actualizaciones en patología Osteoarticular a partir de 1970 y alcanzaron hasta 1983, siendo el tema preferente la Patología Tumoral, que ocupó las de los años 70, 72, 79, 81 y 83. Para Clavel Sáinz fueron las de mayor relevancia científica celebradas en Murcia, por la cantidad y calidad de los participantes, algunos procedentes del extranjero y de reconocida autoridad mundial en tumores como Schajowicz (Buenos Aires), director del Registro de Tumores y Enfermedades Paratumorales de la OMS, Pritchard (Clínica Mayo), Campanacci (Istituto Rizzoli, Bolonia), Murder (Registro de Tumores alemán) y Boni (universidad de Pavía). Se logró que las reuniones fueran multidisciplinarias con la asistencia de cirujanos ortopédicos, radiólogos, patólogos y oncólogos. La calidad del primero de estos encuentros determinó que se creara el Registro Español de Tumores Óseos por decisión conjunta de la SECOT y de la Sociedad Española de Anatomía patológica, actuando Clavel Sáinz como secretario hasta 1976.

En 1999, años después de esta experiencia de la jerarquización, su hijo Manolo Clavel Sáinz hace una valoración de la misma: "El sistema de provisión de plazas ha sido totalmente anárquico. Se iniciaron con designación directa, continuaron con concurso-oposiciones realizados en Madrid en el ámbito nacional con baremo previamente conocido, luego promoción interna, a continuación concursos-oposiciones resueltos en Murcia, para volver a la designación directa. La duración de los contratos ha pasado de ser definitivos a temporales. En consecuencia no ha existido la carrera profesional del especialista, no ha existido un programa de formación continuada, no ha existido la posibilidad de mejorar de puesto laboral en relación directa con los méritos personales.

SOCIEDAD MURCIANA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.

La fundación de esta sociedad nos la explica Clavel Sáinz que propuso a sus colegas murcianos su creación por tres circunstancias:

- En la década de los ochenta las plazas jerarquizadas de la Seguridad Social se adjudicaban mediante concurso-oposición, estando representada en el tribunal examinador la sociedad española de la especialidad, que delegaba en un miembro de la sociedad regional correspondiente en caso de existir.

- Al ser Murcia una región uniprovincial todos los pacientes de la seguridad social eran vistos solo por los especialistas murcianos, por lo que administrativamente tenían que enviarse pacientes unos a otros en caso de dificultades técnicas o por motivos sociales, especialistas que muchos de ellos no se conocían entre sí.
- El presidente de la sociedad pertenecería a la directiva de la sociedad española, lo que permitiría estar bien informados de las novedades de nuestra especialidad.

La propuesta fue bien acogida y tras la primera toma de contacto en el Colegio de Médicos, con la ayuda del presidente y traumatólogo Dr. Ripoll Marín, una comisión gestora redactó los estatutos que fueron aprobados en la asamblea constituyente de enero de 1985 y al cabo de tres meses estaba inscrita en el Registro de Asociaciones del gobierno civil.

Al Dr. Manuel Clavel Sáinz, promotor de esta sociedad se le adjudicó el nº 1 de los socios fundadores, fue nombrado Presidente y elaboró la primera junta, que ha tenido renovación cada dos años. Los miembros fundadores fueron 33, el Dr. Clavel Nolla consta con el nº 9 por orden alfabético y el último es mi buen amigo y colega bolonio el Dr. José Luis Villarreal Sanz. Los hechos han demostrado que con la puesta en marcha de la Sociedad se ha iniciado un nuevo estímulo científico para los especialistas murcianos. Al aumentar el volumen de pacientes se despertó en los especialistas el interés por problemas concretos, paralelamente a lo que ocurría a nivel español global, y el material clínico empezó a ser estudiado y dio lugar a publicaciones iniciales de especialistas murcianos. Otros, estimulados por la competitividad científica dentro de la Sociedad, empezaron a viajar con mayor frecuencia a congresos y reuniones científicas nacionales y a certámenes internacionales.

En febrero de 1986, al poco de constituirse la Sociedad, fue nombrado Miembro de Honor el Dr. Manuel Clavel Nolla, que recientemente lo había sido de la SECOT. El homenaje consistió en una reunión científica celebrada en el colegio oficial de médicos en la que estuvieron representados todos los estamentos de la sociedad y el Prof. Pietrogrande, catedrático de Milan que une a su prestigio una buena amistad con algunos cirujanos murcianos, pronunció la conferencia magistral. Se celebró la cena con la adhesión de la SECOT, la Consejería de Sanidad, el Colegio de Médicos, la Real Academia de Medicina y Cirugía, el Hospital General y el Hospital Virgen de la Arrixaca. Todo un éxito y un gran reconocimiento a la persona de este eximio Miembro de Honor.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA.

Fue fundada en 1811 por siete profesores de medicina, tres de cirugía y tres farmacéuticos y fue presidida por Bartolomé Colomer. Su bibliotecario Enrique Gelabert escribió en 1951 en los recién fundados Anales de la Real Academia estas palabras, seleccionadas por Clavel Sáinz: "Se reunieron con el fin de conversar y examinar fundamentalmente las cuestiones y casos más útiles y graves de la medicina práctica" y así se constituyeron en Corporación Académica "porque ella facilita la unión de los literatos, su noble emulación que les empeña en las tareas y el respeto de obrar a la vista de los más inteligentes", contando afortunadamente con el patronazgo del Ayuntamiento "en atención a aspirar únicamente a los mayores facultativos adelantos y conocidos beneficios de la salud pública".

Nos dice Clavel Sáinz que esta Real Academia ha prestado a la ciudad de Murcia un gran servicio de asesoramiento en cuantas cuestiones ha sido requerida relativas al área de la salud en cualquiera de sus aspectos. La Real Academia de Medicina unió a su nombre el de Cirugía en 1830, en tiempos de Fernando VII y de su médico el académico Pedro Castelló. A partir de 1855 tuvo que ocuparse por ley del cuidado de las epidemias, posteriormente sus estatutos fueron modificados en 1886, en 1946 y a partir 1974 orienta su función hacia otros derroteros, conectando a la Sociedad con todos los problemas relacionados con el amplio concepto de las Ciencias de la Salud, lo cual obliga a una

actividad de divulgación del conocimiento científico mediante importantes conferencias pronunciadas por especialistas de prestigio y renombre.

La Real Academia ha ido reconociendo entre sus miembros a quienes más se hayan distinguido en la profesión y los ha nombrado Académicos de Número y entre los cirujanos ortopedas y traumatólogos honró en 1943 a Antonio Hernández.Ros y de la Cierva, que pronunció su discurso sobre "Fisiopatología del callo de fractura" y en 1960 a Manuel Clavel Nolla, cuyo discurso versó sobre "La ortopedia. Resumen histórico. Estado actual. Perspectiva", que más adelante resumiremos. Al iniciarse la programación de conferencias por especialistas en 1944 las dos primeras le correspondieron Manuel Clavel Nolla con los temas "La osteomielitis hematógena aguda y su tratamiento", que sirvió para su ingreso como Académico Correspondiente, y en 1945 "La luxación congénita de la rótula". En febrero de 1968 le cupo el honor de ser designado para profesar el Discurso de la sesión inaugural del Curso Académico sobre el tema "Trasplantes óseos", que también será resumido. En 1988 fue honrado con la máxima distinción de Académico de Honor en una sesión extraordinaria o Acto de Homenaje cuando ya tenía 79 años.

- La Ortopedia: resumen histórico, estado actual, perspectiva.

Discurso leído por el Ilmo. Sr. Dr. D. Manuel Clavel Nolla en la solemne sesión pública del día 6 de marzo de 1960, con motivo de su ingreso como académico numerario. Comentaremos los elementos más destacados de este largo discurso de 43 páginas que es una obra de gran erudición sobre la historia de nuestra especialidad. Al empezar recuerda que al ser nombrado Académico Correspondiente hacía ya tres lustros aceptó "el honor de ocupar un puesto de Académico con plena conciencia de que un día, que entonces parecía lejano pero que inexorablemente habría de llegar, tendría que afrontar el riesgo de no saber estar a la altura de las circunstancias de hoy, de no poder corresponder dignamente a la confianza que un grupo de amigos entrañables depositó en mí, única razón esta de la amistad de estar yo hoy entre vosotros". En el recuerdo a sus maestros cita a González Aguilar, cirujano del Sanatorio de Pedrosa en Santander y creador de escuela, que fue uno de los fundadores de la SECOT y cuya fidelidad republicana le llevó al exilio y como la suerte le fue adversa murió fuera de su patria, siendo conocido en la bibliografía mundial por sus aportaciones al conocimiento de la tuberculosis de los huesos y las articulaciones. Recuerda también a los maestros norteamericanos que tan bien le recibieron y sobre todo a Leo Mayer, con quien perfeccionó técnicas y aprendió ortopedia clásica. Dice, cumplidos ya los 50 años, que "a estas alturas del camino de la vida, cuando los hijos y las cosas todas que nos rodean nos dicen bien a las claras que empezamos a no ser jóvenes, muchos de los episodios que en nuestra mocedad nos parecieron trascendentes aparecen hoy a nuestra mente nebulosos y desvaídos, con este sabor agridulce y nostálgico que nos dejan los sueños al despertar". Rememorando sus años de ejercicio profesional afirma que "la vida del cirujano es dura, áspera y difícil, en lucha frecuente con la injusticia y la incomprensión, en la que nunca un halago llega a compensar una censura porque el hombre, consciente de sus posibilidades, jamás se envanecerá con un éxito y sí en cambio sentirá la abrumadora responsabilidad de un fracaso, aún con la evidencia de que solo a imponderables fue debido... Solo la vocación nos sostiene, esa vocación que es la entrega total y desinteresada al enfermo, con un sentimiento de tipo religioso, al que se va por pura satisfacción espiritual y para el que ha de existir una aptitud específica de orden superior... junto con el interés por los humildes, la mejor herencia que me dejó mi padre".

En el resumen histórico de la ortopedia hace una densa, prolija y muy documentada exposición de la aparición y desarrollo de nuestra especialidad, por la que van desfilando un centenar de eminentes cirujanos que la fueron llenando de contenido y actualizándola progresivamente. Acaba recordando entramos en el siglo XX de nuestros pecados con el nacimiento de la era intervencionista,

que llevó a Steinman a decir que “una ola de sangre ha invadido el tratamiento de las fracturas”. Describe los grandes avances de inicios de este nuevo siglo centrado en figuras como Albee iniciador de los injertos óseos, Codivilla en el Istituto Rizzoli, Robert Jones padre de la ortopedia británica, Böhler sistematizador de la moderna traumatología, Lorenz jefe de escuela vienés, Kirmisson y Ombredanne iniciadores de la sociedad francesa, y tantos otros de quienes explica sus aportaciones. La especialidad se concreta y se estructura en importantes Sociedades en el período entre las dos guerras mundiales. Después de la segunda guerra entramos en la etapa o “estado actual”, según el título, que culmina en la quinta década del siglo durante la cual emergen importantes escuelas alrededor de figuras maestras que van apareciendo en el relato; repite el análisis de esta época a partir de las patologías más importantes y finalmente la expone desmenuzada por países, y así cumple con amplia panorámica la narración de la situación de la Ortopedia en el mundo hasta este año de 1960.

Finalmente pasa a exponer la última parte dedicada a la “perspectiva” que radica en la transformación en ciencia ortopédica gracias a las aportaciones de la citología, la radiología, la bioquímica, el microscopio electrónico, el estudio de la circulación en los huesos, la roentgenespectrografía, el estudio de la hidroxapatita ósea, los estudios sociológicos y epidemiológicos de las enfermedades, los progresos de la microbiología y de la virología, los progresos de las intervenciones quirúrgicas con la moderna anestesia y el control en unidades de cuidados intensivos; así puede decir que caemos en un mundo de continuo y rápido cambio en el que los acontecimientos nos han desbordado. Un nuevo sistema de trabajo ha ido ganando terreno y es la llamada “medicina de equipo” a la que le reconoce “el riesgo de convertir la cirugía en quehacer mecánico e intrascendente sin sentido humano, ni sello personal de quien la realiza... hay crisis de almas y a veces nos parece que nos quieren hacer actuar como máquinas, olvidándose que somos hombres”. Refiere lo que un distinguido profesor había escrito no hacía mucho: “La medicina socializada admite la igualdad entre todos, siempre que se realice el mismo trabajo en cantidad y esto, que tiene un indudable valor administrativo, supone un absoluto desprecio a la persona humana”. Clavel afirma que el cirujano ortopédico tiene ante sí la tarea de llevar gozo y esperanza al niño tullido y reintegrar a la vida activa a los hombres incapacitados por el trabajo o los accidentes. Tiene que enfrentarse con pacientes difíciles y resentidos, amargados por su inferioridad física, con niños débiles mentales, con padres no siempre comprensivos, y todo ello colaborando estrechamente con otros médicos, practicantes, masajistas, reeducadores, maestros y fisioterapeutas, llegando entre todos a crear una estructura bien entrelazada de rehabilitación global del paciente. Dice que si del pasado recogemos experiencia y costumbres, en el futuro está la aventura, y este futuro nos ofrece promesas sin límite. Insiste, y no quiere caer en pecado de reiteración, en la necesidad de calar hondo en la esencia del ser y establecer un diálogo cordial de hombre a hombre, tan necesario en nuestra especialidad en la que tan a menudo hay que hacer derroche de paciencia, generosidad, caridad, comprensión y persuasión.

- Trasplantes Óseos.

Discurso leído en la sesión inaugural del Curso Académico el día 19 de febrero de 1968 por el Ilmo. Sr. Dr. D Manuel Clavel Nolla, Académico Numerario. En el resumen histórico inicial nos recuerda los logros de quienes iniciaron esta técnica terapéutica a partir del momento en que el maestro lyonés Ollier publicara en 1867 su “Tratado experimental y clínico de la regeneración de los huesos y producción artificial de tejidos”, con el que se abre el camino de los posteriores adelantos a principios del siglo XX a cargo de Axhausen, Carrel, Mac Ewen, Albee y Lexer. Con Wilson aparece en Norteamérica el Banco de Huesos en 1945 y los hermanos Judet lo recrean en Francia bajo las órdenes de Guilleminet y lo sitúan en Lyon, ciudad del pionero Ollier. En el estudio histológico describe las

características de los injertos de esponjosa, de cortical, de periostio y mixto y analiza su adaptación definitiva una vez trasplantado, que los estudios histológicos nos refieren en cuatro etapas:

- 1ª) Revascularización del injerto, más rápida en el esponjoso que en el cortical.
- 2ª) Incorporación. Unión del injerto con el lecho receptor y en función de la vascularización de éste; es más rápida con el injerto esponjoso.
- 3ª) Sustitución o reemplazamiento. El receptor reemplaza al injerto mediante un proceso de reabsorción-sustitución.
- 4ª) Remodelamiento. La sustitución se prolonga hasta que el injerto es como el lecho receptor. A pesar de la claridad cronológica de estas etapas persisten puntos problemáticos que son:
 1. El tiempo de supervivencia celular de un injerto; se comprueba que el remodelamiento es mejor al trasplantar células vivas.
 2. Posibilidad de una reacción tisular homogénea de la parte del injerto que se une al lecho.
 3. Respuesta autoinmune del hueso con aparición de anticuerpos en los nódulos linfoides a los que drena el injerto.
 4. La vascularización por anastomosis directa de los vasos del receptor y del injerto sigue sin comprobarse sino que proviene de los canales de Havers en el hueso cortical y de los espacios intertrabeculares en el hueso esponjoso.
 5. La inducción osteogénica del injerto se observa en mayor grado si se trasplantan células vivas, si está en contacto con osteoblastos del tejido esponjoso o con células osteoregeneradoras de la médula ósea.

La preparación y conservación de los injertos por distintos medios la resume según sigue: liofilización, conservación en sustancias asépticas, resinas acrílicas, procedimiento de maceración, desproteinización o injerto de Kiel; explica cada uno de estos métodos. Continúa con la descripción de los tipos de injerto posibles, autólogo, homólogo y heterólogo y sus aplicaciones. En cada uno de estos tipos la reincorporación dependerá de la naturaleza del lecho receptor, que puede ser normal (deformidades y fracturas) o patológico (tumores, infecciones, distrofias).

En los retardos de consolidación y en las pseudartrosis el papel del injerto fue estudiado por Jean y Robert Judet y presentaron su trabajo en el congreso de la SICOT de Nueva York en 1960. Ellos insistieron en que se debe distinguir entre pseudartrosis hipervasculares y avasculares, porque en las primeras el injerto se revasculariza a partir del hueso y de los tejidos blandos de su entorno en tanto que en las avasculares lo hará a partir del hueso sano sangrante a distancia del foco no consolidado, cuyos extremos están "como muertos, necrosados y faltos de vida", como si hubiera una pérdida de substancia que es necesario resecar hasta que sangre el lecho. Al terminar esta exposición aparece el infausto final de la infección en sus formas de destrucción articular, de pérdidas de substancia ósea en diafisis y de quistes, cuyo difícil tratamiento nos lleva a recurrir a la artrodesis en el primer caso, a la amputación o a los trasplantes segmentarios en el segundo y al vaciado y relleno con esponjosa en el tercero.

Una vez más demostró Clavel Nolla en esta conferencia, como en otras ponencias, su gran cultura médica, sus conocimientos de fisiopatología quirúrgica, su temple de investigador hasta documentarse al máximo y su sentido de responsabilidad para no decepcionar a quienes en él han depositado la confianza al hacerle un encargo académico como el que acabamos de relatar.

FINES DE SEMANA TRAUMATOLÓGICOS.

Estas reuniones, organizadas por el profesor Palacios Carvajal en la Ciudad Sanitaria La Paz de Madrid a partir de 1968 con frecuencia trimestral, tuvieron una gran importancia para la formación continuada –ese era el objetivo– de los cirujanos ortopeda y traumatólogos españoles. Aquellos que

trabajaban en servicios jerarquizados de la Seguridad Social encontraron en estos Fines de Semana el foro propio donde aprender, discutir y presentar sus experiencias ya que su organización permitía los debates en las Mesas Redondas y en las Comunicaciones Libres. La Paz daba lo que muchas Residencias Sanitarias no habían podido ofrecer por sí solas y así actuaba como la escuela de especialistas abierta a todos los jóvenes, ofreciéndoles además la permanente primicia de conocer y escuchar en directo a las grandes figuras mundiales de nuestra especialidad, que el prestigio, el carisma y el ánimo de maestro de Palacios Carvajal conseguía traer a su palestra. Para los jefes de servicios jerarquizados de la Seguridad Social era también el ágora donde intercambiar vivencias de este nuevo mundo hospitalario que Martínez Estrada y Palacios Carvajal habían promovido e inaugurado y que modificaba totalmente la forma de trabajar anteriormente vigente. Pero estos jefes de servicio, muchos de los cuales lo eran por acuerdo entre los citados promotores cuando muchos profesionales de prestigio aún eran reacios a jerarquizarse, también se sentían honrados al ser incluidos entre el elenco de profesores invitados y de oradores que podían enseñar sus experiencias. El doctor Manuel Clavel Nolla se encontraba entre estos jefes de confianza que habían asimilado y propulsado el trabajo en equipo, él en el nuevo hospital Virgen de la Arrixaca, y su asistencia a los Fines de Semana le enaltecía a él mismo y dignificaba a su organizador. En su currículum refiere tres conferencias presentadas en Fines de Semana, firmadas conjuntamente con su hijo Clavel Sáinz y las comentamos:

– Luxación recidivante de hombro (1970).

La luxación de la articulación gleno-humeral es la más frecuente de las luxaciones articulares. Entre las causas que explican este fenómeno tenemos:

- 1) Tratamiento inicial incorrecto de una luxación traumática, con tiempo de inmovilización corto, menor de 21 días.
- 2) Factores predisponentes generales, como debilidad constitucional, y factores hereditarios.
- 3) Factores predisponentes locales, como la existencia de displasia articular.

Dada la importancia de la patogenia para la orientación terapéutica, aparecen trabajos que demuestran que, sea cual fuera la lesión anatómica, lo que ocurre es una insuficiencia del sistema de sujeción anterior de la articulación glenohumeral. Se calculan en unas 200 intervenciones, entre originales y variantes, las descritas para el tratamiento de estas luxaciones recidivantes del hombro. Podemos dividir las en dos grupos con subclasificaciones: actuación sobre el hueso o sobre las partes blandas, y estas últimas pueden ser a su vez intracapsulares y extracapsulares.

La técnica más empleada es la de Putti-Platt, que consigue la curación a cambio de una limitación de últimos grados de rotación externa, lo que es un precio muy barato para una afección tan invalidante. Presenta su experiencia con este tratamiento.

– Valoración de la gammagrafía en ortopedia (1973).

Corroborando los conocimientos de bioquímica por medio de investigaciones con isótopos marcados, se comprueba como el calcio recorre una serie de compartimentos en el organismo empleando distinto tiempo en cada uno de ellos. Administrando calcio ⁴⁷ oral se ha encontrado la máxima actividad en plasma en 15 minutos a 2 horas; en heces a las 6 horas y en orina a los 3 días. Se ha observado que el isótopo administrado se distribuye uniformemente en plasma, líquidos intersticiales, medios celulares y cubierta ósea de recambio rápido; a las 48 horas comenzaba la eliminación urinaria y por heces, así como la fijación estable del hueso; a los 6-8 días el calcio óseo de la fracción estable comenzaba a reincorporarse a la masa cambiante. Las distintas fases de la relación entre calcio plasmático y calcio óseo son fáciles de controlar siguiendo los niveles del isótopo en sangre y en orina. El método ha sido aplicado en los siguientes casos:

- Injertos óseos. Se ha utilizado el Ca 45 para valorar la incorporación de injertos óseos homólogos del tipo Kiel, utilizados como trasplantes hemiarticulares en tumores óseos de malignidad local, como es el tumor de células gigantes. La esperanza de poder relacionar los niveles radioactivos con las fases de la evolución biológica del injerto no se han confirmado.
- Fracturas. Por afinidad con el calcio hay pruebas concluyentes que el estroncio puede emplearse en sustitución del primero, si bien tiene distinta eliminación urinaria, pero señala bien la extensión de los procesos estudiados. La gammagrafía va a tener valor como diagnóstico definitivo de consolidación, ya que el isótopo sólo se fija allí donde exista una actividad metabólica.
- Artrosis. Estudian la reacción de este proceso con Sr 87 y lo estudian en rodillas. En todas las artrósicas el isótopo se fija más que en la rodilla sana y les sirve para controlar la evolución clínica de casos no quirúrgicos. En el postoperatorio de osteotomías de rodilla los registros gammagráficos guardan relación con la correcta realización de la osteotomía.
- Procesos reactivos. Se trata de casos de exéresis, curetajes, rellenos de formas tumorales o pseudotumorales benignas dados de alta definitiva, pero que al cabo del tiempo en la radiografía aún persiste la zona de esclerosis en el trazo del corte óseo. La gammagrafía sirve para confirmar la curación completa.
- Infecciones. Interesa saber si un foco es séptico o ha reactivado después de haberlo considerado clínicamente curado. La gammagrafía no tiene relación con la naturaleza ni la intensidad de la infección; grandes osteomielitis cursan a veces con gammagrafía negativa. Las exploraciones en zonas muy vascularizadas hacen muy difícil su valoración y solamente para controlar la fase regenerativa de la infección puede tener valor el estudio isotópico.
- Quistes óseos. Estudian los factores vasculares y los osteogénicos por separado con dos isótopos que emiten distinta radiación y se administran simultáneamente: el estroncio y el tecnecio; el Sr detecta la reacción ósea alrededor del defecto y el Tc rellena el defecto óseo.
- Zonas de crecimiento. En las fisis abiertas aumenta la fijación del isótopo lo que demuestra la importancia de la existencia de focos de actividad metabólica, si bien no todos los huesos fijan en la misma proporción.

El trabajo global se ha realizado en 79 casos con 104 exploraciones y el número de concordancias ha sido de 64.

Este mismo año desarrolló de modo más especial la "Valoración de la exploración gammagráfica en la artrosis" en el III Congreso Hispano-Argentino de Traumatología y Ortopedia de 1973 celebrado en la ciudad argentina de Córdoba y su texto fue publicado en las Actas. Allí se trasladó con la representación oficial de ponentes de la SECOT que formaron los doctores Cabot Boix, Cañadell Carafí, Maestre Herrero, y Lazo Zbikowski.

Completó estos estudios con el "Diagnóstico positivo de los tumores óseos" que publicó en 1975 en Radiología con la colaboración de su servicio y del de medicina nuclear:

- Refiriéndose a la revisión bibliográfica destaca el trabajo de De Naro con 879 enfermos cancerosos estudiados con radiografía y gammagrafía y cuyas conclusiones son de gran interés:
 - 1) La radiografía y la gammagrafía son demostrativas de la existencia de metástasis en el 33% de casos.
 - 2) En el 15% de casos solo es demostrativa la gammagrafía.
 - 3) Solamente en un 2% es demostrativa la radiografía cuando la gammagrafía es negativa.
 - 4) No se demostró la existencia de metástasis con ninguno de ambos métodos en el 48%.

Comentan varios radionúclidos utilizados y dan como útiles el Sr-87m y el Tc-99m, y presentan la serie de 54 tumores estudiados, de cuyo análisis concluyen:

- 1) Las variaciones metabólicas del hueso son más sensibles a la exploración con pirofosfato ^{99m}Tc que con ^{87m}Sr .
- 2) Los procesos metabólicos activos dan gammagrafías positivas independientemente de la imagen osteolítica u osteoesclerótica.
- 3) En los tumores de importante componente vascular el uso del pertecnetato- ^{99m}Tc mejora la información sobre el tamaño del hueso.
- 4) Siempre es útil el uso de la gammagrafía para descubrir precozmente las metástasis óseas, aunque pueden encontrarse imágenes radiográficamente positivas con gammagrafía negativa.
- 5) La arteriografía delimita mejor el contorno del tumor pero asociando la gammagrafía mejora la información sobre el tamaño del tumor.
- 6) La gammagrafía de los tumores óseos no guarda relación con su benignidad o malignidad histológica.

– Consideraciones sobre la prótesis de GUEPAR.

En Francia se creó en 1969 el Grupo para la Utilización y Estudio de Prótesis Articulares y fue diseñada una prótesis de Charnela que aportaba nuevas ventajas: Resección articular de 18 milímetros, conservación de la rótula, charnela con eje horizontal posterosuperior, valgo de 7° , no limitar la flexión y permitir una hiperextensión de 5° . La escasa resección facilita una eventual artrodesis más adelante y la conservación de la rótula es útil porque de ese modo el brazo de palanca del aparato extensor de la rodilla es más largo y se puede hacer el movimiento extensor con menor esfuerzo. La charnela permite una flexión de 140° y en su giro existe rotación pero no resbala, por lo que se parece poco a la biomecánica normal de la rodilla; esto es un inconveniente que repercute sobre la unión cemento-hueso y sobre la misma prótesis. Los autores analizan una serie de 210 casos.

Las complicaciones pueden deberse a la cirugía y a la prótesis. Entre las primeras destaca la infección, alrededor de un 12%, y entre las segundas la subluxación de la prótesis en el 7% de casos, que podría soslayarse haciendo una transposición del tendón rotuliano o bien una plastia capsular en el momento de la reconstrucción. La rigidez depende de la movilidad preoperatoria, se presenta en 2,4% y se puede luchar contra ella mediante manipulaciones bajo anestesia.

Con el paso de los años se descubren movilizaciones de la prótesis en el 1,9% explicables por las fuerzas tangenciales que durante la marcha actúan cizallando la unión cemento-hueso. Consideran finalmente que un buen resultado no debe cegarnos a la realidad de las complicaciones, que esta prótesis total de rodilla con charnela no es una solución excelente como lo es la consolidación de una fractura de tibia y que si se emplea en enfermos muy deteriorados clínicamente es una solución satisfactoria.

OSTEOMIELITIS.

En los años cuarenta, después de una cruenta y mortífera guerra española, seguida de años de penuria, de miseria y de hambre porque la guerra europea empeoraba la situación y diezmaba los recursos, las infecciones de los huesos fueron un tema recurrente de nuestra patología. Clavel Nolla ya había tenido sus primeras experiencias con esta enfermedad durante su estancia en la Casa de Salud Valdecilla, donde en un año se llegaron a registrar 70 ingresos por osteomielitis en un servicio de un centenar de camas y vivió el problema de tener hasta 30 camas ocupadas simultáneamente por enfermos con este proceso. Ya en Murcia trató muchos de estos pacientes y su experiencia de 54 casos vividos y analizados hizo posible este artículo fundamentado en experiencia propia, que publicó en 1944 en Cirugía del Aparato Locomotor, primer nombre de la revista de la Secot que fundó el profesor Olivares. Según sus cálculos sobre un total de 2.000 historias clínicas su incidencia es de

un 2,5%, con una localización más frecuente en los huesos largos, y de ellos en tres cuartos de los casos en la porción inferior del fémur y superior de la tibia. La zona de inicio recae en las de máxima vascularización, como son el cartílago de crecimiento y el bulbo o metáfisis.

Explica que la inflamación del hueso tiene su primera localización en la trama vásculo-conjuntiva de los capilares dentro de los conductos de Havers y entre el retículo de la médula ósea. En la localización haversiana se habla de osteítis y en la medular de medulitis, pero se trata de una división artificiosa porque en la casi totalidad de casos la lesión es simultánea y se tiene que hablar de osteomielitis. Centra su atención solamente en la osteomielitis aguda de tipo hematógeno, producida por gérmenes comunes de la supuración, el estafilococo (80-90%) y el estreptococo. Recuerda que algunos casos pasan desapercibidos, en tanto que en el polo opuesto otros se presentan como formas agudas hipertóxicas, mortales al cabo de dos o tres días. Para explicar la localización preferente en fisis y metáfisis comenta y analiza las teorías de Bastos, de Lexer, de Termo Hobo (sin citarlo). Se decanta por la teoría embólica de los gérmenes en los sinusoides venosos de la fisis y se refiere a sus defensores, que en cambio son de opinión diversa cuando se trata de decidir sobre si la infección y la necrosis son simultáneas o bien si una precede a la otra. Describe la secuencia posterior de los fenómenos del foco séptico alrededor de los canales de Havers: decalcificación, acidosis inflamatoria local, reabsorción ósea, hiperemia y edema perióstico, osificación perióstica y formación del secuestro. Así se comprenden las diversas formas anatomo-patológicas de la osteomielitis que se han descrito, en general a tenor de su aspecto radiográfico. Hace un repaso a la ya clásica semiología, tanto local como general.

El diagnóstico lo encuentra fácil en la mayoría de los casos y en alguno muy fácil, para lo cual solo se necesita pensar en él y pensar precozmente. Nos recuerda una frase a modo de aforismo: "si el tiempo que pasa entre el comienzo de la enfermedad y la operación se mide por horas, la convalecencia se medirá por semanas; si aquél por días, ésta por meses o aún años". Es taxativo al afirmar que la osteomielitis es una enfermedad grave tanto *quod vitam* como *quod funtionem*; su pronóstico no será nunca leve; muy a menudo, grave; con frecuencia, mortal, y según su experiencia las producidas por estreptococo son incluso de más alta mortalidad. Vale la pena recordar aquí este sombrío panorama de una enfermedad que diezmó las extremidades durante la infancia, dejando tras de sí un reguero de muerte, de largo sufrimiento y de durísimas secuelas.

Al llegar al debatido punto del tratamiento dibuja el panorama de un tiempo en que se preconizan cada día nuevos métodos terapéuticos, cada uno de los cuales pretende ser superior a sus antecesores, no se está plenamente satisfecho de ninguno y el problema continúa planteado y sin resolver. Hace un repaso de la quimioterapia, la sulfamidoterapia, la antitoxina por vía endovenosa, la anatoxina estafilocócica, el jugo de larvas de mosca desalbuminizado, la autopioterapia y las duchas de oxígeno-ozono (¡O.3 hace 70 años!) concentrado. En resumen, los métodos conservadores a nadie satisfacen, y casi todos los autores están de acuerdo en que hay que operar pronto pero son dispares los criterios de técnica quirúrgica: simple incisión del absceso, trepanación mínima, amplia abertura del foco, aplanamiento del mismo, diafisectomía, vaciamiento del foco y relleno de la cavidad con plastia muscular, vaciamiento y relleno con gasa vaselinada (Orr), cura de larvas de mosca (Baer). La diafisectomía, propuesta y practicada con éxito por Piliers en 1867, ha sido ardientemente defendida por unos y condenada sin piedad por otros; también se han propuesto resecciones parciales y resecciones tardías. De la lectura de sus casos destaca que la diafisectomía ha sido de indicación forzada y secundaria y a veces operación de vida o muerte. La de fémur ha sido reputada de excepcional gravedad y de difícil y laboriosa técnica y conlleva un postoperatorio complejo por la adaptación del escayolado pelvipédico, por los acortamientos, por las pseudartrosis, por la falta de regeneración ósea, por la difícil decisión sobre el momento de permitir la carga, por

alguna supuración interminable; en los casos crónicos la amiloidosis y la sepsis son la antesala de la muerte. La falta de osteogénesis reparadora le lleva a analizar el porqué del fracaso de lo que llama "esqueletogénesis" y también a argumentar sus ventajas, concluyendo que se muestra partidario decidido de esta intervención, siempre y cuando la indicación sea correcta y precoz. Al final precisa las indicaciones y aconseja respetar el periostio, como enseñó en su tratado el gran maestro de las resecciones Leopold Ollier. Las palabras de Clavel Nolla al final de su texto resumen su criterio: "Entendemos que el tratamiento de la forma hematógena aguda de la osteomielitis del niño y el adolescente, ha de ser eminente y esencialmente quirúrgico; debe operarse precozmente y entre las técnicas operatorias debe ocupar un lugar de honor la diafisectomía". La lectura de este artículo es un gran retablo sobre un importante pasado que tantos desvelos ocasionó en nuestros primeros cirujanos ortopédicos, compartido con la tuberculosis y con la poliomielitis. En las últimas décadas ha reaparecido bajo otras formas desde que se introdujo la osteosíntesis y siguen las armas en alto en manos de nuestros jóvenes especialistas para seguir luchando contra ella.

ANTONIO HERNÁNDEZ-ROS.

Cuando el doctor Hernández-Ros presentó en 1949 en un congreso de cirugía sus primeros casos de operaciones en huesos, especialmente en fracturas del codo, tuvo que aguantar el chaparrón de las inmediatas críticas de miembros del auditorio, donde concurría la flor y nata de los cirujanos ortopedas europeos y españoles, que todavía no aceptaban los tratamientos cruentos cuando la traumatología estaba imbuida por los métodos incruentos de Böhler. Narra Martínez Hernández que cuanto más arreciaban las críticas a Hernández-Ros, algunas de las cuales llegaron al mal gusto y al insulto personal, se levantó un jovenzuelo, resabido y bien plantado, que con tranquilidad y buena dicción dijo: "Señores, creo que el doctor Hernández-Ros lleva razón y no va descaminado". El silencio que se hizo en la sala era sepulcral, un silencio de los que se pueden tocar –prosigue–, los ojos se salían de las orbitas no dando crédito a lo que los oídos oían y todas las caras de esa gerontocracia médica, que presidía y llevaba por los caminos de su saber aquellos congresos, se volvió hacia el que había hablado. Alguien preguntó que quien era ese jovenzuelo y se le contestó que el doctor Clavel de Murcia, a lo que el primero respondió: "Vaya una flor que nos han mandado". La narración resulta un tanto histriónica y enfática pero describe el punto de amistad entre dos murcianos, de unos 55 años el primero y 40 el segundo, y el mutuo aprecio persistió a lo largo de la vida. No deberá extrañarnos que cuando Hernández-Ros cumplió los setenta años, edad mágica marcada por la jubilación laboral, que es un criterio sindical y político pero no biológico, se escogiera a Clavel Nolla para escribir un artículo en homenaje. Se publicó en 1967 en la Revista Española de Cirugía Osteoarticular, fundada y dirigida por el profesor Gomar Guarner que le dedicó un número especial.

Dice de él que "es un caso especial de auténtica vocación con total entrega y dotado de innatas aptitudes de artífice mecánico-matemático, que a lo largo de su vida ha asombrado por su permanente inquietud, su afán de saber, su honestidad, su estudiar sin descanso hasta alcanzar el alto lugar que ocupa actualmente en la medicina española. Su apellido es de abolengo en la medicina murciana en la que su preeminente vigencia dura ya más de ciento cincuenta años; padre y abuelo fueron médicos ilustres que también brillaron en actividades científicas y culturales al margen de la medicina". Hernández-Ros había comenzado a trabajar en el Hospital Provincial hacia el año 20 y Clavel Nolla le recordaba cuando comenzaba sus estudios universitarios como ya consumado cirujano general. Se refiere con admiración al dispositivo de fijación externa bipolar que ideó para el tratamiento de las fracturas de la tibia y a sus esfuerzos para independizar de la cirugía general nuestra especialidad, que en Madrid, en Barcelona y en Santander ya era incipiente. El contacto con el profesor Bastos Ansart fue definitivo para decidir su dedicación a la traumatología, con él colaboró

en la fundación de la SECOT y en su primer congreso de Barcelona en 1936 como lógica consecuencia se le designó como miembro de la ponencia sobre "Tratamiento operatorio de las fracturas de los miembros".

No es posible continuar pormenorizando y tiene que limitarse a una ojeada panorámica de sus trabajos y su persona y resumidos éstos le define en consecuencia como técnico fuera de serie, hombre de ciencia tenaz, estudioso e infatigable y decidido siempre a buscar la verdad. En el congreso de cirugía de 1949 celebrado en Barcelona el doctor Gubern y Salisachs comentó su "personalidad biomecánica" por la especial disposición y su estrecha convivencia con la ingeniería, sobre todo con su primo Juan de la Cierva inventor del autogiro. De las manos de Hernández-Ros salieron más de cien instrumentos de aplicación en técnicas de cirugía ortopédica y traumatología; destaca la técnica y las pinzas de extracción de proyectiles combinando la visión de rayos X con el empleo de "coordenadas cartesianas en el plano superficial y polares en el profundo", con lo que adquirió fama merecida de matemático.

Le recordaba como uno de los primeros animadores de la revista Cirugía del Aparato Locomotor fundada por Sanchis Olmos en la que publicó numerosos trabajos y no olvidaba el apoyo que le dio en el Congreso de la Sociedad de Cirugía de 1949 en Barcelona cuando se debatía la osteosíntesis en el codo. Este y otros temas de esta articulación se englobaron en la monografía "El codo" que Clavel Nolla consideraba como uno de los pilares más firmes en la cimentación de su fama. A lo largo de su prolífica actividad Hernández-Ros había publicado más de ochenta trabajos y había tocado la mayoría de cuestiones referentes al aparato locomotor, algunos más estudiados o importantes, como son los de columna vertebral, osteotomía de ilíaco, fractura del cuello femoral, injertos hipervascularizados. Pone de realce su tesón infatigable al relatar que este hombre a los sesenta años de edad luchó por un mejor puesto hospitalario y ganó con brillantez indiscutible una plaza por oposición, la de jefe de servicio en el Hospital de la Beneficencia de Madrid. Ya jubilado escribe a Clavel Nolla para decirle que está "más tranquilo y preparándome para escribir mis libros y esperando que Dios me dé tiempo y lucidez para ello". Clavel Nolla vio en él un ejemplo a seguir y le siguió al ocupar la plaza que dejó libre en Murcia al ganar la de Madrid; fue como un faro que le iluminó con su ejemplo y sus enseñanzas.

En el epílogo de este artículo de homenaje que le dedica Clavel Nolla y que estima como síntesis de la ingente labor de un hombre extraordinario, piensa "Las horas pasan, las penas se olvidan, las obras quedan. Ahí está la de Antonio Hernández-Ros, para honra suya, ejemplo y estímulo de todos". Y acaba diciendo "A mí, que tuve el honor de ofrecerle el homenaje que se le tributó en la tierra en que nació, me produce una enorme e íntima satisfacción poder reiterarle mi gratitud por lo que de él aprendí, con mi afecto y mi sincera admiración".

CIRUGÍA DEL APARATO LOCOMOTOR.

Nuestra revista nace como publicación periódica en 1944 con este nombre, bajo la dirección de Laureano Olivares, catedrático de cirugía, miembro de la Real Academia de Medicina y jefe servicio del Hospital Provincial de Madrid. Desde el inicio su redactor jefe fue Vicente Sanchis Olmos (también del Hospital Provincial). Esta es la presentación hecha por mi amigo Carlos Villas Tomé en el capítulo Revistas de la Sociedad del libro Historia de la SECOT (2002). Olivares falleció en julio del mismo año y la revista continuó bajo la tutela de Sanchis Olmos que tenía entonces 33 años y quedó como director, redactor jefe y propietario de la misma. En el número uno ya aparece Clavel Nolla con su artículo anteriormente comentado sobre la osteomielitis. A partir de este momento se van repitiendo sus aportaciones hasta una docena de trabajos, que además corresponden a su etapa del Hospital Provincial y estas colaboraciones ponen de manifiesto la buena sintonía entre él y Sanchis Olmos. Pasamos a comentar estas producciones científicas que sucedieron a la "osteomielitis" de 1944.

– *Sobre la luxación congénita de la rótula (1946).*

Presenta la rótula como un sesamoideo desarrollado en el espesor del cuádriceps, inicialmente cartilaginosa, a partir de los dos años con un núcleo de osificación, proceso que se acaba entre los 15 y 20 años. A partir de este momento el tendón queda dividido en dos partes, el tendón cuadrícipital y el tendón rotuliano, que forman un ángulo centrado en la rótula y abierto hacia afuera. Distingue dos tipos de luxaciones, las congénitas y las adquiridas y centra su trabajo en las primeras.

Las congénitas casi siempre son externas y de dos tipos, intermitente y permanente. Al revisar las casuísticas publicadas encuentra pocas referencias. En la Casa Salud de Valdecilla, donde él pasó cuatro años, Sierra revisó 18.000 historias de la especialidad y solamente encontró dos casos. Él revisa 3.000 historias de postguerra de su hospital y descubre 1 caso. Analiza la etiología y comenta las causas predisponentes: valguismo exagerado, aplasia de cóndilo externo, aplanamiento de fosa intercondílea, rotación externa de la pierna, desgarros capsulares, acortamiento del vasto externo, desviación del eje de rotación. Expone las características de su caso.

Repasa las técnicas publicadas para su tratamiento y encuentra más de 60, ninguna de las cuales es del todo buena y tienen dificultades para un buen resultado. Las resume en: 1) operaciones sobre el esqueleto, como las osteotomías, 2) operaciones capsuloligamentosas, tales como la capsulorrafia de Hoffa, y la trasplatación de la tuberosidad tibial anterior hacia adentro propuesta por Roux, que resulta ser la más efectiva; 3) operaciones sobre los tendones como la tenotomía subcutánea del vasto externo y de la fascia lata, de escaso éxito; 4) mioplastia del vasto interno de Krogius y Lecène, empleada con éxito. En el caso presentad, que no tenía tróclea sino una superficie aplanada sin surco, bastó con la artrotomía y la sutura tensada.

– *La patelectomía en el tratamiento de las fracturas de la rótula (1947).*

Estas fracturas han tenido un tratamiento que ha oscilado entre el más absoluto abstencionismo hasta una verdadera fiebre operatoria. Böhler, defensor del tratamiento conservador aconsejaba restaurar siempre el aparato extensor de la rodilla; en el polo opuesto se encuentra Hey Groves que propuso la patelectomía en 1860, pero cayó en el olvido. Entre los españoles Sanchis Olmos la ha comentado en dos publicaciones "con su habitual buen sentido clínico y seriedad científica" y ahora presenta Clavel dos casos porque merece ser tenida en cuenta en indicaciones precisas. Se argumenta contra la patelectomía que disminuye la fuerza de contracción, que desprotege la rodilla y que originaría un recurvado de la rodilla. Experimentalmente se ha demostrado que se puede prescindir de la rótula sin ningún perjuicio para la articulación de la rodilla. Varios autores admiten como indicación absoluta los estallidos y la conminución y extirpan el hueso pulverizado. A la vista de los datos recogidos evidencia dos hechos: la sencillez de la técnica y la bondad de los resultados en las lesiones conminutas, con la condición de practicar una buena reconstrucción del aparato extensor.

– *Contribución a la casuística de la tuberculosis del isquion (1947).*

Se trata de una de las localizaciones menos frecuentes entre las más raras por lo que cree interesante aportar su caso. Se trata de una localización metastásica de un foco preexistente, generalmente intratorácico, por vía hemática que se produciría en el periodo secundario de Ranke. La apetencia por los huesos de los niños se explicaría por la mayor riqueza vascular, pero también según González Aguilar por la presencia de elementos linfoides en los huesos. Los huesos craneales no tienen médula ósea hematopoyética y así se explica que en ellos la localización ósea sea rara. Su caso es el de un niño de 12 años, pálido, desnutrido y sin más, y pensando en una tuberculosis ordenó reposo y quimioterapia. Se formó un absceso, cuya punción dio salida a 400 c.c. de pus frío y más tarde fistulizó. El diagnóstico diferencial obliga a pensar en: osteomielitis, sarcoma, osteitis fibrosa, osteocondritis, fractura por sobrecarga. El tratamiento es sintomático y la intervención, excepcionalmente indicada, se reducirá a limpieza y excocleación del foco.

– *La melorreostosis (1948).*

Este nombre se debe a Leri que en 1922 describió un caso de osteoesclerosis, en 1928 este mismo autor recopila 7 casos y Hellner en 1944 habla de 50 casos en la literatura mundial en la que aparece el nombre de osteosis eburneizante monomélica. El autor presenta su caso en el radio de una enferma de 36 años con hueso de aspecto marmóreo, cuyo estudio tomográfico da imagen homogénea sin cavidad medular. Al practicar una biopsia con el escoplo “enérgicamente manejado” a duras penas se logra levantar delgadas láminas. Su etiología es muy obscura, la semiología escasa o nula y suele tratarse de un hallazgo casual, pero la imagen radiográfica sí que es típica: sombra de densidad cálcica muy densa, aumento de volumen del hueso afectado, opacidad ósea que fluye a lo largo de la diáfisis como la cera al derretirse a lo largo del cirio. Se cree que se trata de un desequilibrio entre los fenómenos de destrucción y aposición óseas con predominio de este último. El diagnóstico diferencial lo hace con: osteopoiquilia, enfermedad de Paget, osteoesclerosis congénita, osteítis de Garré, osteitis condensante, lues y tumores. El tratamiento de la melorreostosis no existe.

– *Tres casos de tuberculosis del pubis (1951).*

La llegada del bacilo de Koch al sistema osteoarticular se hace por una de estas cuatro vías: continuidad, contigüidad, linfática o hemática; esta última es la que ha de ser tomada en consideración y se sitúa en el período secundario de Ranke. González Aguilar, jefe de escuela del sanatorio de Pedrosa, creen que los elementos linfoides y la médula ósea serían un buen terreno de cultivo, sobre todo en los huesos esponjosos; Bastos y Sanchís Olmos habían apoyado esta idea. En resumen, para la producción de la enfermedad tuberculosa en el hueso han de intervenir factores dependientes del propio bacilo, del tejido que los acoge y de condiciones locales de tipo alérgico e inmunobiológico. La tuberculosis pubiana es excepcional, su sintomatología muy apagada (molestias difusas, limitación funcional), pero hay casos raros y tempestuosos con absceso y fístula; la anatomía patológica es predominantemente caseosa; en el diagnóstico diferencial se hará con: osteomielitis, osteítis de prostatectomizados y con la osteocondritis isquiopúbica. En el tratamiento hay poco que hacer y se recurre a los antibióticos.

La discondroplasia (1951).

En la reunión de la Sociedad de Cirugía de Lyon del 7 de diciembre de 1899 Ollier presentó una afección caracterizada por “irregularidades del desarrollo, evolución y distribución del tejido cartilaginoso de los huesos en vía de desarrollo; el cartílago parece ofrecer una constitución normal y evoluciona más o menos lentamente en el sentido de la no osificación”; al cabo de medio siglo no hay unidad de criterio sobre esta enfermedad. Se ha propuesto guardar el término de discondroplasia para afecciones varias que tienen su origen en alteraciones del desarrollo del cartílago y reservar el nombre de enfermedad de Ollier para la discondroplasia que afecta un solo lado del esqueleto; en la literatura se han presentado casos de esta enfermedad cuando en realidad se trataba de exostosis múltiples. Fairbanks da como sinónimos los términos de discondroplasia, enfermedad de Ollier y endcondromas múltiples; el autor la diferencia además de la enfermedad exostósica y del endcondroma solitario. En los controles radiográficos se aprecian masas cartilaginosas de aspecto alargado que no se osifican y huesos engrosados, ensanchados y distendidos y a veces con incurvaciones; las columnas cartilaginosas tienen escasa tendencia a la osificación. El diagnóstico diferencial tendrá en cuenta la osteopoiquiosis, el raquitismo, la enfermedad de Morquio, el síndrome de Mafucci, los condromas solitarios y los tumores. Se someterán los enfermos a vigilancia y la cirugía solo interviene si hay que corregir deformidades o amputar algún dedo.

– *Problemas en el callo de fractura por interposición muscular (1952).*

Presenta un caso de pseudartrosis fija en un niño de ocho años a nivel del fémur izquierdo; se lo había fracturado a los 5 años a nivel diafisario con un largo bisel y después de la reducción

se inmovilizó con enyesado pelvipédico durante nueve semanas, consolidó y estuvo bien durante tres años. Pasado este tiempo volvió a caer lastimándose el mismo hueso en el que la radiografía revela una fractura de largo bisel y su reducción resultó imposible dada la fijeza de los fragmentos. Fue necesario el abordaje quirúrgico del foco y su osteosíntesis con cintas de Pitti y Parham. El estudio microscópico del callo interpuesto encuentra asociación de sustancia fibrosa, de tejido óseo y de sustancia osteoide; se trata de callo de origen periostal detenido en su consolidación por la interposición de fascículos musculares.

– *Enfermedad de Köhler I y II, con A.Escribano (1955).*

Köhler I. Describe en el escafoides tarsiano la forma unilateral y la bilateral, el aspecto radiográfico del núcleo de osificación, típico del niño como un disco denso, aplastado o bicóncavo. Repasa la etiología, la anatomía patológica, el curso clínico; el tratamiento es conservador aunando reposo temporal y uso de plantilla para elevar la bóveda plantar. Presenta dos casos tratados.

Köhler II. Aparece en las cabezas del segundo y tercer metatarsianos, en general en la infancia y adolescencia, con una proporción de 4 mujeres sobre 1 hombre. En las radiografías estas cabezas aparecen irregulares, ensanchadas, a veces con secuestros y son consideradas como localizaciones de una necrosis ósea aséptica; acaban con alteraciones degenerativas artrósicas. En la etiología varios autores aceptan la influencia de los microtraumatismos. El diagnóstico diferencial tendrá en cuenta la enfermedad de Deuschlander, con dolor en 2º metatarsiano, callosidad plantar y fractura por sobrecarga. Presenta dos casos curados con infiltraciones, descarga y fisioterapia.

– *Hemartria ósea pseudoquistica juvenil (Los llamados quistes óseos solitarios), con José Ruiz Jiménez (1955).*

Esta osteodistrofia de causa desconocida la forman pseudoquistes secundarios a hemorragias procedentes de los capilares de la médula ósea, por lo que Hellner habla de "hemartria". Marañón aceptaba una relación con alteración de la glándula paratiroides y el quiste sería una "osteosis fibroquistica inicial". El nombre del artículo es la propuesta de Ruiz Jiménez.

– *Fracturas del cóndilo lateral de la tibia (1957).*

Presenta un estudio de 14 casos que le permiten precisar el mecanismo: rodilla en extensión, valgo forzado importante, cede el ligamento lateral interno, el cóndilo femoral externo hunde el cóndilo tibial externo y con mayor fuerza estalla. Se da en la circulación de peatones que reciben en la cara externa de la rodilla un golpe de parachoques anterior de un automóvil que frena bruscamente; Cotton y Berg la llamaron "bumper fracture" o sea "fractura por trompazo". Al estudiar el tratamiento en la bibliografía encuentra artículos muy divididos entre operar o tratar conservadoramente; la operación consiste en reducción abierta, relleno con injerto óseo y osteosíntesis con tornillos (método de Palmer) y el tratamiento ortopédico en reducir, levantar el platillo tibial y escayolar (método de Böhler) o bien en aplicar una tracción esquelética con movilización (método de Apley). Refiere la revisión de Hol y Luck con 726 casos (JBJS, 1956) donde no se llega a conclusión alguna sobre si operar o no operar. El autor trata sus enfermos de modo conservador porque lo considera más seguro y de menor riesgo; las fracturas son multifragmenarias y si se operan podemos tener un buen control radiográfico y un mal resultado funcional, lo cual no compensa los riesgos. El apoyo debe ser diferido hasta tarde porque el hueso esponjoso puede hundirse con la carga. Sus resultados son satisfactorios, las rodillas son estables, no tienen dolor, recuperan la musculatura y el seguimiento es de 1 a 9 años.

– *Indicaciones quirúrgicas en las fracturas y fracturas-luxaciones del astrágalo (1976).*

Se trata de un trabajo de revisión que empieza con la exposición de la biomecánica del pie, en el centro de cuya cúpula o arco longitudinal interno se encuentra el astrágalo a modo de clave de bóveda y actúa como repartidor de fuerzas. Su vascularización es frágil y puede dañarse con los traumatismos. La incidencia es escasa y en la serie de Coltard de 25.000 fracturas durante la primera

guerra mundial aparecen estas lesiones en el 1% de casos y si se limita a las lesiones del tobillo la incidencia es del 6%. Este mismo autor las clasifica en: fracturas, fracturas-luxaciones, luxaciones, lesiones complejas, luxación propia de astrágalo. El estudio de los mecanismos de producción lo extrae del libro de Watson Jones, clásico de la traumatología, y la clínica depende del tipo de lesión en cada caso. Para explorar la región son necesarias varias radiografías: frente de tobillo, frente de pie, perfil de ambos, dorsoplantar de antepié, oblicuas de tobillo y de pie y la proyección de Anthonson para la subastragalina y el seno del tarso.

Se exponen los tratamientos quirúrgicos y ortopédicos que en casos graves obligan a la astragalectomía, la astragaloplastia o la artrodesis; esta última es de difícil técnica ya sea tibiocalcánea ya calcáneo-astragalina posterior. Acaba con las complicaciones posibles en su evolución: necrosis cutánea, infección, alteraciones de la consolidación, necrosis del hueso que es variable a tenor del tipo de lesión y la cifra en 25% a 57% según autores en fracturas y luxaciones subastragalinas y en 74% a 100% en enucleaciones; ha sido referido algún caso de revascularización espontánea.

HOMENAJE.

Al Iltmo. Sr. Dr. Don Manuel Clavel Nolla, Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, se le dedica un acto-homenaje con motivo de su nombramiento como Académico de Honor el día 22 de marzo de 1988, tres días antes de cumplir los 79 años. Glosa su figura el Iltmo. Presidente de esta Real el Dr. D. Manuel Rodríguez Bermejo quien califica de altruista jubilación la decisión del homenajeado, porque arguye que hay que dejar paso a gente joven, con más ímpetu y con aire renovador, a pesar de que él llega a este momento en pleno ejercicio de su función. Nos recuerda que cuando fue elegido Procurador en Cortes como representante de la familia en 1967 "le llovieron más votos que hojas secas a todos los jardines de la provincia", fruto del gran aprecio de que gozaba entre la población murciana, algo insólito y apabullante; la gente dijo "allá voy" y él no tuvo otro remedio que decir "aquí estoy", sin que mediaran compadrecos propios de la política. Cuatro años después decepcionado por el mal funcionalismo de la política no se presentó a reelección y resumió esta breve experiencia como una historia de la decepción. A lo largo de su vida le han adornado unas cualidades que podrían ser:

- 1ª) Miembro con una relevancia especial dentro de una acreditada y ya amplia familia médica. Su tío Pepe fue médico militar y su padre D. Manuel Clavel Esteve fue médico homeópata, fiel a la máxima "similia similibus curantur", y creador de una familia prolífica de nueve hijos en la que los cuatro varones también fueron médicos, a los que se suma el consorte de la hija mayor. En la tercera generación la plantilla Clavel se extendió a 8 médicos más y con 8 consortes también médicos (16 en total). Contando a partir del padre del Académico homenajeado la familia médica Clavel llega a 23 miembros.
- 2ª) Personalidad murciana excepcional con un prestigio ganado como cirujano ortopeda y traumatólogo desde sus inicios de especialización en Valdecilla al lado de González Aguilar (traumatólogo fundador de la SECOT). En Murcia (por razones políticas que con anterioridad relaté) se instaló en clínica privada compartida con su compañero de Valdecilla el doctor José Luís Pérez Villanueva, cirujano digestivo alumno del Dr. Barón, asociación que rápidamente se prestigió. Pusieron la primera piedra de un sanatorio en 1936 con un presupuesto de 60.000 pesetas y al terminarlo después de la guerra (Sanatorio de la Fuensanta) aquél se había centuplicado. La unión quirúrgica entre ambos fue íntima a lo largo de los años y la gente creía que el nombre asociado de ambos, "Clavel y Villanueva" designaba a una misma persona. Refiere su hijo Clavel Nolla la anécdota que paseando por Murcia la madre con sus hijos alguien dijo "por ahí van los hijos de Clavel y Villanueva", a lo que inmediatamente ella respondió "oiga, de Clavel sólo".

3ª) Esposo y padre de familia ejemplar. También durante su estancia en Valdecilla conoció en Santander, "donde Castilla se asoma al mar", a su esposa doña Engracia Saiz Blanca, conocida familiarmente como Ciuca; los avatares de su boda ya los narré yo, el biógrafo, al hablar de la guerra civil. Siguiendo el ejemplo del abuelo doctor Nolla Esteve y de su esposa llegaron a tener siete hijos y de estos y sus consortes nacieron 31 nietos, que inundan el amplio comedor en los fines de semana; el total de la familia suma 45 miembros.



El académico Dr. Clavel Sainz entrega el diploma de Académico de Honor al Dr. Clavel Nolla.

El orador, Dr. Rodríguez Bermejo al acabar desea fervientemente al matrimonio que ese buen aspecto que les sigue adornando, ese buen hacer y ese buen pensar se continúe muchos años.

Intervino también para glosar la figura de Don Manuel Clavel Nolla otro Académico de Número que es su hijo Dr. Manuel Clavel Sainz, quien reconoce el compromiso de esta relación al decir "lo enrevesado y equívoco de nuestra intimidad y la complejidad del mundo ponen a la palabra en un compromiso".

El relato hace desfilar la historia de su formación, sus puestos de trabajo, sus publicaciones, la refundación de la SECOT, la presidencia del Colegio de médicos. Cita como hecho importante la colaboración con el patólogo Fritz Schajowitz de Buenos Aires, que dirigía el Registro Latino-Americano de Patología Ósea, para crear el Registro Español de Tumores Óseos. De su personalidad nos recuerda que cuando estaba con los médicos y con los enfermos nunca olvidaba que detrás de cada uno de ellos existe un hombre, una persona con sus defectos y sus virtudes, en el ejercicio de la medicina hay siempre un hombre necesitado, menesteroso, y otro capaz de ayudarlo imbuido por un humanismo cristiano. En el Dr. Clavel Nolla se cumple la bella sentencia hipocrática "Donde hay amor al hombre hay también amor al acto médico". Este hijo acaba reconociendo que a su padre le ha costado trabajo aceptar este homenaje "porque, sin falsa modestia, eres un hombre pudoroso de tus realizaciones... te ruego que me disculpes porque he hecho todo lo posible para que este pudor quede al descubierto... no nos puedes privar de conocer la realidad de los que como tu han llevado a cabo una ejecutoria tan meritoria a lo largo de toda una vida". Por último le ruega que le permita un plagio, terminar con las mismas palabras que utilizó para dedicar su tesis a su padre el Dr. Clavel Esteve: "Todo lo que hoy está ocurriendo se debe a tu esfuerzo; quiero expresarte aquí mi gran admiración por tu ejemplar vida de hombre honrado y trabajador, mi profundo agradecimiento y mi cariño sin par".

Intervención del Académico Excmo. Sr. Dr. D. Manuel Clavel Nolla. Da las gracias a los organizadores y a los oradores que le han precedido por haber sido elogiado tan desmesuradamente y lo atribuye a que Rodríguez Bermejo, gran experto en el manejo del microscopio, influenciado por el cariño que le profesa, ha cometido una equivocación al enfocarle: ha elegido una lente de excesivo aumento. Loa la Amistad, en abstracto y con mayúsculas, a los amigos sin cuya ayuda le habría sido muy difícil dar un paso adelante. Se pregunta ¿cómo y por qué se hacen amigos? Y la respuesta es muy simple: cuando uno se da sin pedir ni esperar nada, la respuesta del prójimo es casi siempre del mismo signo... la valoración del gesto amistoso. Confiesa que hablando de amigos y de amistad no puede dejar de pensar en los que se fueron, amigos del alma, que todavía siente cercanos, porque al machar se llevaron algo de él y algo de ellos le dejaron, y esto hace que su ausencia no sea definitiva; son seres irremplazables.

Nació, en un año marcado por la Semana Trágica de Barcelona a consecuencia de la embarcación de reservistas movilizados para combatir en la guerra africana del Rif, 40.000 en total y muchos de ellos catalanes casados o padres de familia; desencadenó una huelga general y revolucionaria en julio de 1909. A partir de aquí va desgranando los hechos políticos más importantes que vivió hasta llegar a la guerra civil y a sus consecuencias, y reconoce que en algunas ocasiones la vida le trató con dureza y despiadadamente, pero en su unión con Ciuca encontró fuerzas para superar el mal trance. Da gracias finales al Académico de la Real Dr. Martínez Bermejo en nombre suyo y de su familia.

Cerró el acto el Excmo. Presidente de la Academia Dr. Manuel Serrano Martínez que alabó a los oradores y después de resaltar brevemente las ya loadas virtudes del Académico Clavel Nolla se preguntó cómo pudo éste tener en la vida su equilibrio, su sensatez, su capacidad de trabajo. Lo atribuye a su esposa "Esa norteña mujer, guapa, graciosa, amable, mujer ideal de médico, cuya única ocupación durante toda su vida fue sincronizar el ambiente de su marido, muchas veces, seguro estoy, con el sacrificio de sus propias vanidades, quitando del camino las piedrecillas de la vida cotidiana, de esas que parece que no tengan importancia y que nunca les agradecemos bastante".

El Doctor Don Manuel Clavel Nolla dedicó los siete años restantes de su vida al descanso merecido y a actividades de paseo, de cine, de música y de vida familiar con sus muchos nietos. El ayuntamiento de Murcia le dedicó una calle en reconocimiento de todo lo que hizo por esta ciudad en la que llegó a ser una auténtica institución, un elemento integrado en la esencia murciana para siempre más. Falleció en 1995 a los 86 años de edad y su sepelio fue un acto de condolencia y de manifestación ciudadana. Su esposa le sobrevivió catorce años falleciendo en 2009.

La prensa murciana se hizo eco des esta gran pérdida y la refirió en sus páginas en las que hemos seleccionado estos párrafos:

- "Como médico, con el Dr. Clavel se marcha, probablemente, el último de una generación de médicos murcianos que pusieron en su trabajo, por encima de la ciencia- que indudablemente poseían- su sentido de la sensibilidad y de la humanidad, esa asignatura imprescindible para el ejercicio de tan delicada profesión. No tuvieron en sus manos los impresionantes avances tecnológicos, pero todos ellos se ganaron no sólo la gratitud sino también el cariño de sus pacientes. Salvaron vidas y salvaron almas. Y Don Manuel, como digo, ha sido uno de ellos. Aparentemente adusto su pulso jamás tembló y sus manos fueron manos de artista que recompusieron como pocos los huesos maltrechos de miles de murcianos. Perteneció a esa añorada estirpe en que los médicos eran, además, padres, amigos, un poco confesores y maestros.... Pero este escritor quiere subrayar, en este momento siempre triste del adiós, su amor inquebrantable a los suyos, a su profesión y a su tierra".
- "Quiso morir en la casita de planta baja de la subida al Valle que antes de acondicionarla hizo las veces de trastero y pidió que se oficiara una misa estrictamente familiar en el porche, que no se publicara la esquela hasta después del sepelio y que bajo su nombre solo figurara la palabra médico, sin citar títulos, cargos o galardones".
- "No puedo silenciar la sensación compartida por miles de murcianos de que a Murcia le falta algo.... A Murcia le han quitado algo muy importante de su paisaje humano... ha dejado un imborrable recuerdo, una huella imperecedera de su paso por la vida...recordaremos siempre a ese murciano de corazón, a ese enamorado de su ciudad, de sus cosas, de su paisaje urbano, del que formaba parte, con todo derecho".

ÁNGEL SANTOS PALAZZI DUARTE (1909-1993).

ORÍGENES.

“El suscrito, registrador Principal del Estado Bolívar, certifica:... que hoy, once de febrero de mil novecientos diez, me ha sido presentado un niño por el ciudadano Ángel Santos Palazzi , de treinta y dos años de edad, casado, comerciante, venezolano, de este domicilio, quien manifestó que el niño cuya presentación hace nació en la parroquia de Santa Ana, el día veintiocho de noviembre de mil novecientos nueve, a las ocho horas catorce minutos ante meridiem, se llama Ángel Santos y es su hijo legítimo y de su esposa señora Luisa Antonia Duarte, de veintinueve años de edad, casada, costurera, venezolana, de este domicilio”. Así entró oficialmente en el mundo nuestro cirujano en el Distrito Heres de Estados Unidos de Venezuela, según reza el sello del papel oficial, emitido en 1945 cuando solicitó una copia del Registro, y para certificar la autenticidad firman entre jueces, secretarios y testigos diez personas.

Este nacimiento se produjo en el seno de una familia de origen corso, que para mantenerse fiel a su procedencia tenía pasaporte francés. El emigrante había sido Meriso Palazzi, abuelo del recién nacido, que consiguió prosperar en su nueva tierra dedicándose a las plantaciones de caoba y de caucho. En 1914 estalla la primera guerra mundial y a partir de este momento los jóvenes franceses fueron llamados a filas dondequiera que estuvieren y el joven hijo de Meriso recibió en Venezuela su cita con el ejército francés. Ángel Santos (por haber nacido el día de Todos los Santos) se incorporó al frente europeo como soldado raso (=homme de troupe, como dice su cartilla militar) y en la cruenta batalla de la Marne de 24 de agosto hasta 13 de septiembre de 1914 cayó en el “campo del honor” como tantos otros miles de “enfants de la patrie” que componían las tropas dirigidas por el mariscal Jofre, catalán hijo de Rivesaltes en el Rosellón; los alemanes fueron rechazados y no ocuparon París.



Ángel- Santos Palazzi, padre, en la 1ª Guerra Mundial.

A partir de este momento Ángel Santos Palazzi Duarte pasó a ser un huérfano de guerra francés en suelo venezolano. Sería un niño algo débil porque en una entrevista que le hicieron al regresar a Caracas al cabo de 43 años con motivo de un Congreso manifestó que a la edad de un año había contraído la malaria y que Europa era siempre la vía de escape...para los que podían. Su madre decidió marchar a Italia y emprendió el viaje con una parada en Barcelona y en esta ciudad tuvo que quedarse porque a una hijita se le declaró el tifus y necesitó asistencia médica. El médico de cabecera que la trató fue el doctor Soler Roig, siguiendo el consejo recibido del consulado, y con el paso del tiempo se trabó una sincera amistad entre ambas familias que continuó a lo largo de los años. Este médico influyó más adelante en la elección de los estudios de medicina por parte de Ángel Santos. Su madre descubrió Barcelona como una ciudad donde podría rehacer su vida y aquí recaló y se hizo construir en el barrio llamado de Tres Torres una vivienda con jardín.

Ángel Santos estudió en Barcelona en el colegio de La Salle, conocido como de los frailes del “pitet” (=babero) por la pieza blanca del cuello que se prolongaba sobre el pecho. Desde 1919 hasta 1925 cursó los estudios de bachillerato con brillantez y en el expediente emitido por el Instituto de Barcelona constan tres matrículas de honor, dieciséis sobresalientes y cuatro notables; en el currículo la lengua extranjera era el francés. Aprobó los ejercicios del grado de bachiller y tenía 16 años de edad cuando recibió el Diploma de Grado. En octubre de este último año se

matricula en la facultad de medicina y en esta decisión colaboró el doctor Soler Roig, médico de su familia. Al cabo de siete años, en junio de 1932 acaba sus estudios y obtiene el título de licenciado en medicina y cirugía. El 24 de octubre de 1934 se colegió en Barcelona con el nº 1834. Según consta en su primer pasaporte español emitido el 14 de abril de 1945 se había naturalizado como español el 15 de septiembre de 1933, pero pudo mantener durante un tiempo su pasaporte francés hasta septiembre de 1936.

De joven pasaba temporadas de verano en la Costa Brava, en el pueblo de Lloret de Mar, donde conoció a la joven Conchita Coll Robert, hija de una familia que también allí veraneaba y tenía seis hermanos. Era una familia de terratenientes locales y el abuelo, Ramón Coll y Rodés (1883-1948) abogado, había sido uno de los fundadores del partido político Lliga Catalanista que llegó a dirigir Francesc Cambó, quien a su vez fue ministro en el gobierno español de Antonio Maura en 1918. Coll y Rodés publicó el escrito "Exposición elevada al Excmo. Sr. Ministro de Gracia y Justicia el 25-V-1916 en solicitud de reformas de orden procesal que autoricen el uso de los idiomas regionales ante los tribunales de justicia". Ganó la cátedra de derecho civil catalán en la Universidad de Barcelona y además fue elegido alcalde de la ciudad en 1935; sus estudios del derecho civil catalán le habían reportado prestigio y fama en el mundo de la jurisprudencia. Había sido ponente en el 1er Congreso Universitario Catalán, secretario de la Federación Escolar Catalana y director de la Escuela de Administración Pública de la Mancomunidad de Catalunya (primer gobierno autónomo) presidida por Prat de la Riba. Después fue miembro muy activo de la comisión compiladora del derecho catalán, de la comisión del "Estatut de Catalunya" de 1931 y de la Comisión Jurídica Asesora de la Generalitat de Cataluña (1933); se retiró de la vida política activa después de la guerra civil.

En 1935 Angel Santos Palazzi Duarte se casó con Conchita, hija de Coll Rodés, y fundaron una familia con cinco hijos: Santos, Carlos y José Luís son cirujanos ortopedas como el padre, su hermana Maria de la Concepción falleció a los 33 años y el menor Cristian es ingeniero. Las familias Palazzi y Soler Roig -médico de cabecera a la llegada de la venezolana viuda Palazzi a Barcelona-, estrecharon sus lazos de amistad porque el hijo del doctor Soler Roig, José Soler-Roig Elizaicin jefe de servicio de Cirugía General en el Hospital de Sant Pau, tenía una hija Mercedes que se casó con nuestro colega y amigo Santos Palazzi Coll, y los hijos de esta nueva familia son la unión de las anteriores con los apellidos Palazzi y Soler-Roig. Dos celebridades de la medicina catalana, Palazzi Duarte y Soler-Roig, fueron consuegros.

ESPECIALIZACIÓN.

El gran profesor que fue Joaquín Trías opinaba que la neurocirugía y la ortopedia eran las ramas de nivel más bajo de la cirugía barcelonesa y esto le animó a tomar su decisión. El propio Santos Palazzi narró en su conferencia "Mis primeros cincuenta años en cirugía ortopédica" (1986) sus avatares como consecuencia de su elección de especialidad. Remedaba así una conferencia parecida de diez años antes que había pronunciado otro gran cirujano ortopeda y amigo suyo formado en el Istituto Rizzoli con Vittorio Putti, el doctor Carlos Ottolenghi en Mar de Plata. En un viejo currículum escrito a máquina y del que se conserva la copia de papel carbón podemos enterarnos de donde empezó a aprender como joven médico la práctica de la cirugía: ayudante del servicio de cirugía infantil del hospital de San Pablo de Barcelona (jefe Dr. Olivé Gumà) y ayudante del servicio de traumatología y ortopedia del Instituto Policlínico de Barcelona (jefe Dr. Roviralta). Este último documento y otros más han sido puestos a mi disposición por gentileza de su hijo mayor Santos Palazzi Coll, compañero mío en el hospital Vall d'Hebron, que dignamente ha desempeñado el papel de "archivero mayor del clan" y ha conservado currículum, manuscritos, separatas, certificados, diplomas y finalmente notas necrológicas, y toda esta documentación ha hecho fácil la redacción de esta biografía.

En el Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria de mayo de 1935 apareció la primera publicación de Angel Santos Palazzi Duarte: Consideracions sobre el diagnòstic de la malaltia de Osgood-Schlatter y firma con una desafortunada traducción de su nombre Sans Palazzi. Describe la clínica de la tumefacción de la tuberosidad anterior de la tibia que puede durar dos años, su aspecto y su evolución en las radiografías; insiste en tres elementos básicos para el diagnóstico: edad, cuadro clínico y radiografía. Presenta tres casos y en el segundo inicialmente se había diagnosticado como artritis tuberculosa y se había propuesto una amputación, que no llegó a realizarse. Cuando la enfermedad aparece antes de la osificación total de la apófisis, se observan los contornos diáfiso-epifisarios "flous" y los núcleos con manchas claras diseminadas. Cuando la apófisis está osificada la tuberosidad aparece mal delimitada, de aspecto marmóreo, con fisura, muescas, zonas de osteoporosis y manchas redondeadas. También se observa a veces la apófisis como estrangulada en su punto de inserción en la epífisis.

En aquella época uno de los grandes polos de atracción europeos para los jóvenes que habían escogido la cirugía ortopédica era el Istituto Rizzoli donde señoreaba como gran astro Vittorio Putti. A su llegada aquí en 1936 nos cuenta que el choque fue tremendo: "Pasé de la nada ortopédica a la Meca de aquellos tiempos, a un Centro de 700 camas con un jefe que comenzaba el día con la sesión de radiografías a las 7,30 de la mañana. Los que veníamos de la ciudad llegábamos muertos de frío, Putti impecable con traje gales y monóculo para ver las radiografías que verdaderamente disecaba, describiéndolas desde la piel hacia adentro, observando las diferencias visibles de las partes blandas antes que la trama ósea. Siempre comenzaba viéndolas a dos metros de distancia. Cuando el caso era dudoso, se dirigía a cualquiera de los múltiples asistentes con "lei que ne pensa?" que nos ponía, como se dice en jerga cuartelera, a parir. Si no se llegaba al diagnóstico la radiografía volvía a ser presentada al día siguiente, y si quedaban dudas redactaba un informe aproximativo que terminaba con un "esperamos que el tiempo, como tantas veces, nos dé la respuesta que ahora ignoramos". Estas sesiones de competición entre los médicos, de humildad, de la visión obligatoria lejana de las radiografías, y del uso frecuente de la lupa, creo que me marcaron para siempre".

En Bolonia conoció a Sanchis Olmos y compartió las enseñanzas de un mismo maestro. Hablando de esta categoría profesional le recordaba porque no fue solo un Profesor, es decir, un hombre que enseñaba, sino un Maestro, cosa muy diferente. Se interesaba por nuestros problemas y fue él quien le sugirió que amputara la cirugía infantil de la Ortopedia pues seguía la escuela francesa y las practicaba conjuntamente, como había aprendido junto a Olivé Gumá y a Roviralta. Le dijo textualmente "con la cirugía ortopédica tiene Vd. trabajo para Vd. y para sus hijos y sus nietos. El Rizzoli le enseñó que nuestra cirugía precisa de un instrumental completísimo y variado dada la multiplicidad de nuestras técnicas. Pero le quedó también el recuerdo de aquel antiguo monasterio con sus enormes pasillos, con el profesor vestido con una capa blanca y encapuchado. Terminada su estancia en Italia empieza la guerra civil y con ella una nueva etapa en la vida de Santos Palazzi, al igual que para los otros jóvenes cirujanos españoles.

APUNTES.

Él guardaba los folios de apuntes de los centros que visitó durante su estancia italiana y los ordenó numerados y con un índice al final para encontrar las notas tomadas sobre determinados temas y después de su muerte su hijo Santos Palazzi Coll los conservó. Este documento único en su género lo forman 33 páginas de papel muy amarillento y con los cantos envejecidos y a punto de romperse al cabo de 77 años, en los que multitud de notas se acompañan de esquemas y dibujos hechos con plumilla. Su exposición en forma de resumen temático nos permite conocer los procesos y los procedimientos que en 1936 podían ser novedosos para los jóvenes españoles que asistían a tales centros.

– *Clínica del 'Ospedale de la Regina Margherita. Prof. Ugo Camera.*

Instrumental para la corrección del pie equino-varo congénito; modelamientos manuales y enyesados. Comentarios de casos poliomiélicos.

– *Ospedale Bambino Gesù. Prof. Kraitz.*

Luxación congénita de la cadera.

– *Istituto Colonia Santa Marinella. Prof. Piantoni.*

Yesos para la luxación congénita de la cadera. Artritis tuberculosas de rodilla. Osteítis tuberculosas y mal de Pott. Grandes incurvaciones raquílicas.

– *Clínica Ortopédica Universitaria. Profs. Dalla Vedova y Tancredi.*

Tratamiento de las incurvaciones raquílicas. Fracturas obstétricas. Artritis de rodilla. Poliomiélitis, sobre todo del pie. Pie equino-varo congénito. Operaciones tendinosas. Técnicas de confección de yesos; cuadro para el corsé (=busto) en la escoliosis.

– *Ospedale de Venezia. Prof. Delitala.*

Pies cavos, Luxación congénita inveterada, Tuberculosis osteoarticular, Deformidades raquílicas.

– *Istituto Codivilla, Cortina d'Ampezzo. Prof. Putti.*

Cura helioclimática, de la que hace un informe (= resoconto, en el texto).

– *Istituto Rizzoli. Prof. Putti.*

Luxación congénita de cadera. Tratamiento incruento y reducción cruenta. Fractura supracondílea del codo y tracción al cénit de Zeno. Yesos para escoliosis. Hornos de Bier y masajes. Fracturas de clavícula. Rigideces del codo. Hernia discal. Fracturas del raquis y su mesa para corsés de yeso. Pseudartrosis del cuello del fémur.

Tumores óseos malignos: Mieloplasmas, osteosarcoma ("mejor dicho sarcoma osteogénico"). Mieloma múltiple, endotelioma.

Artrodesis de cadera por artritis deformante y osteotomía subtrocantérea. Fracturas de pierna y confección de enyesados. Técnica de RX en consultas y en quirófano. Confección de Minervas de yeso.

– Al final de la libreta de notas confeccionó un índice con las entradas siguientes:

Técnicas de yesos. Técnicas operatorias. Fracturas. Deformidades congénitas. Tuberculosis osteoarticular. Tumores. Varios.

GUERRA CIVIL.

Palazzi Duarte era venezolano de nacimiento y español desde 1933 por naturalización. Conservar esta última naturaleza al estallar la guerra le obligó a tomar una decisión: incorporarse a filas o alejarse y desertar. Regresó del Istituto Rizzoli pero volvió a Italia y entró en zona llamada "nacional", en cuyo ejército fue asimilado a la sanidad militar y destinado al equipo quirúrgico S-19 al mando del capitán médico Cuellar, con actuaciones en los frentes de Extremadura, Villafranca de los Barros, Ronda y Peñarroya. Fue reclamado por el equipo del capitán Queipo de Llano, de la sanidad militar del Ejército del Sur instalado en Málaga, y suponemos que ya se conocían y que valoraba su eficacia como colaborador en cirugía de guerra; más adelante persistió entre ambos una buena amistad a lo largo de años de convivencia en la SECOT. Dice que en este tiempo controló 13.000 fracturas prácticamente todas abiertas y tratadas con vendajes escayolados cerrados, el llamado "método español" aplicado por los cirujanos de ambos bandos contendientes, y así perfeccionó al máximo las técnicas de los vendajes escayolados cerrados que había aprendido en Bolonia con Vittorio Putti y que otros aprendieron de Lorenz Böhler en Viena.



Ángel- Santos Palazzi Duarte después de la guerra civil.

Durante la contienda y gracias a su disciplina proverbial se indispuso con un coronel que le llamó mentiroso y terminó castigado en un cuarto de banderas, tiempo que aprovechó para diseñar una mesa ortopédica modificando la de Codivilla, que fue la que más le gustó de las que vio en Italia. Más tarde la mandaría construir y todavía la usaba a últimos de los años ochenta: al cabo de 40 años. Cuando la guerra acabó se encontraba destinado en el Hospital del Alcázar de Toledo y después su nuevo y último destino fue el Hospital Militar de Barcelona donde como teniente se puso a las órdenes del capitán médico Soler Roig. Éste era hijo del médico de su familia al llegar de Venezuela, a quien nos hemos referido con anterioridad. Pero la vida les unió mucho más porque el hijo mayor de Palazzi Duarte, Santos Palazzi Coll, se casó con la hija del doctor Soler Roig, jefe de cirugía en hospital de Sant Pau, y pasaron a ser consuegros. Siguió presentándose a revista anual como era preceptivo por permanecer en activo, hasta el 21 de diciembre de 1948 fecha en la queda exceptuado de pasarla nuevamente "por haber cumplido su responsabilidad militar y corresponderle la licencia absoluta", según dice en la hoja de licenciamiento. El ejército español desmilitarizó tardíamente a muchos asimilados porque la segunda guerra mundial le obligó a mantenerlos activos hasta que ella y sus inmediatas secuelas se acabaron. Consta además un expediente nº 6.284 del Ayuntamiento de Barcelona, Negociado de Reemplazos y Atenciones Militares, en el que se le notifica que en caso de movilización debería incorporarse a la Agrupación de Sanidad Militar nº 4 de Villafranca. Es el único documento de este tipo que ha llegado a nuestras manos, pero todos los cirujanos cuyas vidas hemos narrado, después de la guerra pasaron por idénticos trámites.

POSTGUERRA.

Acabada la guerra civil española quedan en la facultad de medicina barcelonesa dos cátedras de patología quirúrgica desiertas y vacantes en espera de adjudicación en las oposiciones correspondientes; son las de los hermanos Joaquín y Antonio Trias Pujol, que habían forzosamente tomado el camino de exilio. Quedó como único catedrático de patología quirúrgica el profesor Bartrina y como profesor encargado de una de las vacantes el doctor Puig Sureda, que era catedrático de terapéutica quirúrgica, asignatura que desaparecería del plan de estudios en la postguerra; éste tomó como ayudante para explicar la traumatología y la ortopedia a Ángel Santos Palazzi Duarte hasta 1943.

Pedro Piulachs Oliva había ganado la cátedra de patología quirúrgica de la universidad de Santiago el 11 de diciembre de 1940, más tarde por traslado la de Zaragoza el 2 de febrero de 1942 y finalmente una de las vacantes barcelonesas el 8 de enero de 1945. Por lo tanto después de la guerra estuvo alejado de su ciudad unos 5 años y no participó en los cambios habidos en algunas jefaturas quirúrgicas del Hospital Clínico durante estos años, como falsamente creemos que había sido acusado. Cuando se incorporó a la facultad de medicina de Barcelona ocupó su cátedra, otra la detentaba Bartrina, con dificultades de comunicación porque había sido operado de cáncer de laringe y hablaba con trompetilla, y la tercera, que estaba vacante, la regentó por orden del rectorado y nombró a un profesor encargado, el doctor Julià Bonet, mi primer maestro en el aprendizaje quirúrgico. Por su condición de catedrático y de regente de sede vacante los servicios fueron conocidos como Piulachs I y Piulachs II.

Santos Palazzi vivió al final de su estancia en el Hospital Clínico esta forzada reorganización por la adjudicación de una cátedra y por la desaparición de otra del plan de estudios. A inicios de los años cuarenta aparece una epidemia de latirismo secundaria a la ingesta de almortas (=guixes en catalán), conocidas con el nombre de *Latyrus Odoratus*, que se habían consumido en época de guerra y de hambre en vez de guisantes y otras legumbres. Tuvo que ocuparse de las mielitis transversas que ocasionaban espasticidad, contracturas dolorosas en flexión y escaras. Decidió convertir los parapléjicos espásticos en parapléjicos flácidos, con lo que desaparecían las tremendas contracturas y el enfermo era más manejable; practicó la radicotomía anterior de L.1 hasta S.2 en 6 casos. Bastos Ansart y Bastos Mora acumularon gran experiencia en esta enfermedad y este último la publicó en un libro monográfico. También Ignacio Ponsetí observó durante la guerra las consecuencias de esta enfermedad y ya en Norteamérica la aplicó de modo experimental a las ratas para provocar lesiones en las fisis. Palazzi Duarte durante el año 1945 aún visitaba enfermos de su especialidad en los consultorios de la cátedra de Piulachs y de esta época es un trabajo publicado en Medicina Clínica (1945) con membrete de aquélla y con el neurólogo Sales Vázquez como primer firmante:

– *Las algoparestesias postraumáticas primarias del cubital.*

La mayor parte de la patología cubital está condicionada por traumatismos pero existen casos como manifestación local de un síndrome polineurítico, por sobrefunción profesional (parálisis de los telefonistas), artritis del codo. Por su situación periférica el cubital se halla expuesto a los agentes externos y por descansar en el codo sobre un lecho no elástico, y aquí sufre en su corto trayecto los efectos de la compresión y del estiramiento. En las secuelas de fracturas del extremo distal del codo, con valgismo o con artrosis el nervio cubital por compresión o por roce sufre pequeñas hemorragias en el peri y endoneuro y se lesionan las fibras nerviosas; es la algoparestesia traumática tardía del cubital. Pero los autores presentan 8 casos de neuritis primarias, inmediatas al accidente, que cursan, después de una simple contusión ya olvidada, de modo subagudo con parestias y dolor. Estudian la cronaxia del grupo cubital anterior, del grupo hipotenar y de los interóseos. Abandonado a su propia evolución el cuadro clínico empeora y por tal razón deciden operar y practicar la transposición del nervio cubital a los planos anteriores del codo, obteniendo buenos resultados inmediatos con desaparición del dolor y regresión de las parestias, recuperación de la sensibilidad y más lentamente llegan a desaparecer las amiotrofias. El estudio de la cronaxia postoperatoria confirma la bondad del tratamiento quirúrgico.

Con este trabajo inaugura Santos Palazzi su dedicación a uno de los temas permanentes a lo largo de su vida como serán las lesiones nerviosas.

AMPLIACIÓN DE ESTUDIOS.

En su currículum da este nombre a su etapa de estudios en Norteamérica a partir de 1945 y nos cuenta en sus memorias que debido a la guerra europea se siente estancado y necesita saltar a América. Sigue con lo que aprendió en Bolonia pero le hace falta más y en aquel momento la llegada del nuevo catedrático de patología quirúrgica, Pedro Piulachs, significa su salida de la docencia. Necesita aprender la cirugía de la mano, los tumores óseos, las parálisis espásticas y flácidas porque estaba en el año 1945. Él mismo nos ha legado la narración de este viaje entre 1945 y 1946 hacia nueva York.

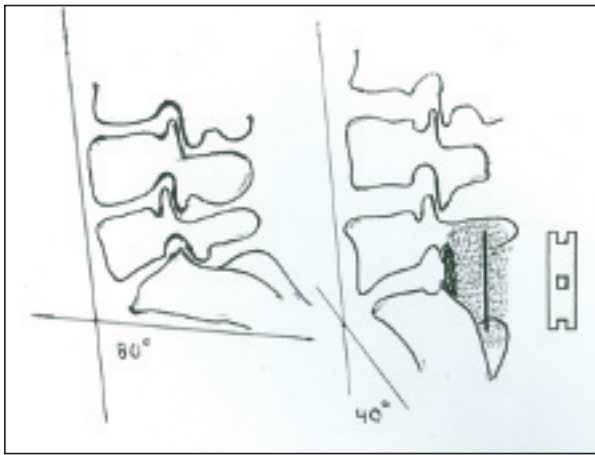
Ante todo pasó cuatro meses en el hospital de Caracas y se dedicó a estudios anatómicos y especialmente a practicar disección de manos. Asistió en el Forge Hospital de Phoenixville (Filadelfia) a la unidad de cirugía de la mano creada por Sterling Bunnell y trabajó a las órdenes del mayor Graham. Era uno de los nueve hospitales dirigidos por Bunnell para el tratamiento de las heridas de la extremidad superior de los soldados americanos durante la Segunda Guerra Mundial. Atendían

lesiones complejas por tratarse de un hospital de guerra, la estancia le fue muy provechosa y a partir de entonces "vio claro" por primera vez el problema de la mano. A su regreso aplicó lo aprendido y lo siguió aplicando durante años con pocas modificaciones. La cirugía de la mano se ha tornado agradecida pero a pesar de los resultados algunos compañeros barceloneses reaccionaban con opiniones como "no se deje operar vd. los tendones de la mano porque quedan mal" y pasaría bastante tiempo antes de que esta cirugía fuera aceptada. Completó el aprendizaje sobre cirugía de los tendones en el Hospital for Joint Diseases a las órdenes del profesor Leo Mayer; en el Memorial Hospital aprendió las novedades sobre tratamiento de los tumores óseos en el servicio del profesor Coley y en el Hospital for Special Surgery los adelantos creados por el profesor Wilson. Conoció a Phelps, que dirigía el Children's Rehabilitation Institute en Baltimore, gran pontífice en problemas de espasticidad, pero no tuvo suerte con la búsqueda de la respuesta a este problema porque este maestro estaba en contra de toda cirugía y para él las férulas y solo ellas eran las respuestas adecuadas; su voz era un oráculo. Concluye aceptando su vuelta a los maestros europeos Vulpius y Siverskiold no solo para alargar en los espásticos lo que está contraído sino para facilitar la reeducación del movimiento, lo que lograba convirtiendo la musculatura biarticular, de difícil control, en monoarticular de reeducación mucho más fácil. Por su cuenta comenzó al mismo tiempo, para mantener equilibrios musculares, a practicar trasplantes de músculos antagonistas, trasplantes estos que no entraban en la ortodoxia del momento. Para introducir estas aportaciones sí que le sirvió lo que aprendió en América.

Acudió al hospital de la calle 42 donde empleaban el método de Risser (localizable cast) para corregir las curvas y para fijarlas mediante artrodesis. Palazzi, con la norma aprendida de Putti de que la luxación congénita de la cadera tenía que ser diagnosticada y tratada desde el primer momento, vio que desgraciadamente en la escoliosis no sucedía así sino que los médicos, los fisioterapeutas y las familias esperan y esperan... Dice en sus memorias que ha seguido este problema durante 34 años, que lo ha visto todo menos el imperio del sentido común y que el desánimo le llevó a una decisión drástica: toda curva dorsal que llega a 40° la operamos y fijamos. Es posible que algún caso se hubiera detenido, pero el riesgo de la espera es demasiado grande y resulta mal menor una posible operación inútil. La valoración de los 50° es el resultado del estudio estadístico americano comunicado por Ponsetí a la Sociedad Catalana de COT (1986), dice Palazzi, y como pueden ver sólo 10° separan nuestra vieja decisión intuitiva de la conclusión estadística americana. "De todos modos 10° son 10°", concluye.

HOSPITAL DEL SAGRAT COR.

Al regresar a su trabajo en la cátedra que había reorganizado el profesor Piulachs encontró su situación con futuro incierto y buscó en el Hospital del Sagrat Cor (Sagrado Corazón), donde había impartido sus enseñanzas el gran maestro de la cirugía el profesor Cardenal, la posibilidad de crear un servicio de cirugía ortopédica y traumatología donde pudiera verter todo el caudal de conocimientos que le habían proporcionado sus estudios boloñeses y americanos. Solicitó al doctor Castellá su ingreso en el servicio de cirugía y éste admitió su colaboración, pudo dejar el dispensario de la cátedra y empezar la nueva y definitiva etapa en este hospital que sería su centro de irradiación hasta la jubilación. Cañadell Carafí nos explica que este hospital había puesto a su disposición una tan pequeña como modesta habitación en un altillo, a la que se accedía por una angosta escalerilla que terminaba en un pequeño rellano. Este era el acceso y la sala de espera de paralíticos, cojos y demás pacientes que querían consultarle. Duro inicio para una gran empresa que por suerte fue mejorando con el tiempo y de la que Cañadell fue un importante soporte en los momentos más duros de puesta en marcha en su calidad de "aprendiz", porque aún no existía la figura actual del "residente" según dijo en una nota biográfica dedicada su maestro.



Sus esquemas de la operación de Bosworth.

Sus relaciones con el profesor Piulachs fueron buenas como deducimos de su publicación en Medicina Clínica, mayo 1951, del trabajo "La operación de Bosworth tratamiento de elección de la inestabilidad lumbar", firmado junto con su primer alumno Cañadell Carafí. En el encabezamiento del artículo las señas de su procedencia son: Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina (Prof. P.Piulachs), Hospital del Sagrado Corazón (Servicio del Dr. Castellà), Dispensario de Cirugía Ortopédica (Jefe Dr. A. Santos Palazzi), lo cual es signo de sintonía.

Definen la inestabilidad lumbar como el desplazamiento hacia adelante o hacia atrás de una vértebra sobre su inmediata inferior. Describen la anatomía, el concepto de elementos de sostén vertebrales, la anatomía patológica, el cuadro clínico y la radiología. El dolor tiene un componente de irritación radicular pero en la inestabilidad hay que dar importancia al sistema sensitivo de los elementos estabilizadores de las vértebras sometidos a estiramiento, a saber, el anillo fibroso intersomático y los ligamentos de las pequeñas articulaciones. La operación consiste en la fusión ósea asociada a la abertura de los agujeros de conjunción y reúne las siguientes ventajas: Máxima seguridad de fusión; corto período de reposo postoperatorio de 4 a 8 semanas; coloca el injerto a presión, condición óptima para su desarrollo; mantiene abiertos al máximo los agujeros de conjunción; permite una laminectomía en los casos en que se quiera explorar el canal vertebral; la cifosis que provoca hace una real reaspiración del anillo fibroso, visible claramente en el momento operatorio. Practicaron esta operación en catorce ocasiones con excelente resultado, en tres casos asociando discectomía.

El dispensario de Cirugía Ortopédica pasó a Servicio a partir de 1946, según aparece en su currículum, con la aportación de sus primeros colaboradores Cañadell Carafí, Xicoy Forgas y Madrigal Escuder; tenía entonces 37 años y todas las energías acumuladas para darles rienda suelta. El prestigio de este equipo le valió el encargo de organizar un Centro de Rehabilitación en Terrassa que diera servicio a cirugía ortopédica, neurología, psiquiatría infantil, urología, pediatría y medicina general. Palazzi lo llevó a cabo y en 1957 fue inaugurado por la Marquesa de Villaverde, hija del Jefe del Estado, General Franco. Comprendía varios servicios complementarios como fisioterapia e hidroterapia (13.107 tratamientos en 1965), terapéutica ocupacional (4.735 tratamientos), reeducación del lenguaje (969 tratamientos), ambulatorio (833 pacientes nuevos), enseñanza (bachillerato e idiomas, 45 niños); el número de pacientes en tratamiento era de 95 al día, de ellos 40 en régimen de internado. Fue un éxito en su género y ayudó a consolidar el prestigio de su organizador.

La economía de los médicos en un hospital que formaba parte de la red de Obras Sociales de la Caja de Ahorros "La Caixa" dependía de los honorarios recibidos por el trabajo efectuado. Entre los documentos archivados se conservó la Propuesta de tarifas sobre retribución de los médicos del hospital de "Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús", que para los barceloneses era simplemente "El Sagrat Cor". Su exposición permitirá al lector conocer una modalidad de retribuciones que al cabo de seis décadas parece insólita, vista desde los tiempos de retribución asalariada en los hospitales públicos.

A) Dispensarios.-

Se unifican los honorarios médicos y los derechos de visita. El importe lo percibirá íntegramente la Administración del hospital, quien a su vez hará el reparto de las cantidades que correspondan a cada facultativo mensualmente.

Tarifas a percibir en los dispensarios: Se explica el reparto entre médico (M) y administración del hospital (A).

- Medicina general y especialidades médicas: primera visita 15 ptas (M 10 y A 5) y segunda visita 8 ptas (M 5 y A 3).
- Cirugía y especialidades quirúrgicas: primeras visitas 10 ptas (M 5 y A 5) y segundas visitas 7 ptas (M 5 y A 2). Curas 5 (para A). Inyecciones 1 pta (para A).

Cada servicio entregará a la Comisión nombrada al efecto una relación de honorarios por servicios especiales, pequeñas intervenciones, tratamientos, exploraciones etc. cuyas tarifas aprobadas serán colocadas en cada dispensario y en lugar bien visible para conocimiento de los enfermos.

Sólo a criterio de la Rvda Madre Superiora, una vez oído el médico correspondiente, los enfermos económicamente débiles no satisfarán los honorarios médicos indicados, a cuyo efecto se les extenderá un volante de visita gratuita.

B) Enfermos hospitalizados.-

Todos los honorarios médicos serán cobrados por conducto de la Administración.

- Medicina general y especialidades médicas: Sala general, gratuita; habitaciones distinguidas, primeros 15 días a razón de 25 ptas diarias y el resto gratuito.
- Cirugía y especialidades quirúrgicas: Sala general, gratuita; habitaciones distinguidas, honorarios de intervención de 150 a 2.000 ptas.
- Anestesia: Los honorarios del anestesista serán gratuitos en los enfermos de sala general y en los de habitación distinguida percibirán el 10% de los honorarios del cirujano; la medicación anestésica será asumida por la farmacia del hospital

Los derechos de ingreso en el hospital en las habitaciones distinguidas serán escalonados a razón de un 20% sobre los honorarios del médico, con un mínimo de 250 ptas. Los enfermos de sala general satisfarán 50 ptas. por derechos de entrada y 100 ptas por derechos de sala de operaciones.

Siguen los listados de tarifas de radiografías, radioterapia, análisis clínicos y transfusiones (cuando se solicitan varias transfusiones a un enfermo se le hace una reducción global).

Como institución el "Sagrat Cor" tenía energía pero se alojaba en unas instalaciones vetustas e insuficientes y fue necesario programar un proceso de ampliación que empezó en 1954 con la inauguración de un nuevo pabellón llamado Clínica de la Inmaculada. Fue una solución transitoria y muy parcial y en 1962 se encargó un proyecto al Centro Técnico de Estudios Hospitalarios para la creación de un nuevo hospital, pero más adelante el proyecto pasó a manos de Iberhospitalia, empresa dirigida por Carlos Soler Durall, que había puesto en marcha el Hospital General de Asturias siguiendo el llamado modelo interclasista norteamericano con las técnicas que trajo de Yale. El "Sagrat Cor" era regido por un patronato del cual era presidente el obispo de Barcelona Don Marcelo González, que en 1967 renunció a los derechos históricos de su cargo y los cedió al máximo responsable de "La Caixa", su presidente Luís Desvalls, marqués de Alfarrás, y los otros cargos del patronato fueron ocupados por miembros de la aristocracia y de la burguesía barcelonesa. Bajo el impulso de éstos se llegó a la construcción del nuevo hospital y en 1971 se inauguró el primero de los edificios proyectados y en 1976 el segundo. Se había llegado a un conjunto de once plantas de altura, con tres subterráneos y aparcamiento, y con instalaciones de consultorios, de hospitalización, de laboratorios; era uno de los hospitales más modernos y completos de su momento. La gestión a partir de entonces resultó onerosa para "La Caixa" lo cual llevó a buscar soluciones para rentabilizar las instalaciones y la primera fue pedir a los médicos que trasladaran sus consultas privadas al nuevo centro. Unos lo aceptaron y otros no, se originaron numerosas protesta y varios abandonos, pero el equipo Palazzi continuó su trabajo según las nuevas condiciones. Con el nuevo hospital las Sesiones

Ortopédicas pasaron a celebrarse en su propio auditorio, que llevaba el nombre de Marqués de Alfarrás, su prócer en la moderna etapa.

En 1972 se firmó el primer concierto con la Seguridad Social y pronto empezaron los conflictos laborales con los médicos, que hasta el momento solo tenían acuerdos verbales con los jefes de servicio y pasaron a tener contratos de trabajo. En 1974 las monjas paúlas abandonaron la institución al no poder adaptarse a los nuevos requerimientos de titulación para cuidarse de los enfermos y fue necesario contratar enfermeras diplomadas cuya repercusión inmediata fue el incremento del presupuesto del hospital. En 1978 entraron en el Patronato del hospital economistas y juristas que, ante las dificultades económicas que causaba la nueva organización, establecieron contactos con la dirección de la Mutua La Alianza y el resultado fue la adquisición del Hospital del Sagrat Cor por parte de esta entidad de seguros médicos en 1980. La Universidad de Barcelona firmó un convenio para que los estudiantes de los dos últimos cursos de la carrera pudieran utilizar este hospital para sus períodos de prácticas y además fue acreditado para la formación de médicos en el postgrado (MIR). En el último programa de las Sesiones Ortopédicas que hemos podido consultar, el de 1990-1991, éstas se desarrollaron en este marco de moderno hospital, concertado con la seguridad social, con la universidad y acreditado para el plan MIR, por lo tanto en la cresta de la ola de la modernizada sanidad española. El Servicio de Palazzi Duarte llegó a ser unos de los más importantes faros que habían iluminado el trayecto de la cirugía ortopédica y traumatología españolas hacia la actualización, la innovación y la acreditación internacional.

La actividad quirúrgica fue intensa y se centró en algunos temas especiales cuya experiencia fue publicando a lo largo de los años, y destacan los alargamientos de extremidad inferior, la coxartria y la gonartria, la cirugía de las parálisis, las lesiones tendinosas de la mano, la cirugía de los nervios periféricos y algún otro aislado. Hablaremos de todos estos trabajos cuyas separatas él mismo guardó ordenadamente. A esta actividad añadió a partir de 1958 la programación de sesiones científicas mensuales durante el fin de semana, las famosas Sesiones Ortopédicas de Santos Palazzi, compuestas de intervención quirúrgica, conferencia magistral y discusión abierta de casos clínicos. También las comentaremos gracias a la conservación de muchos de los programas en su archivo.

ALARGAMIENTOS.

De modo excepcional en 1950 colaboró con los cirujanos vasculares Rodríguez Arias y Vidal-Barraquer en el trabajo "Tratamiento de algunos trastornos por la administración de histidina y ácido ascórbico" (Angiología 1950). Esta asociación actúa sobre un elemento patógeno funcional común a la mayoría de enfermedades vasculares periféricas, es decir, sobre el angioespasmo, y entre ellas destacan las que constituyen el grupo de arteriopatías obliterantes crónicas. En estas hay que luchar a la vez contra el déficit circulatorio y contra la isquemia, esta última fruto de la lesión de la pared arterial y la trombosis y del espasmo reflejo de la red colateral. Esta terapia vasodilatadora, gracias a su acción histamínica constituye el mejor método de tratamiento médico que poseemos en la actualidad por la rapidez, constancia y eficacia de sus efectos. Además de la arterioesclerosis y tromboangiitis obliterante también está indicada en las úlceras tórpidas para mejorar sus condiciones de granulación y cicatrización.

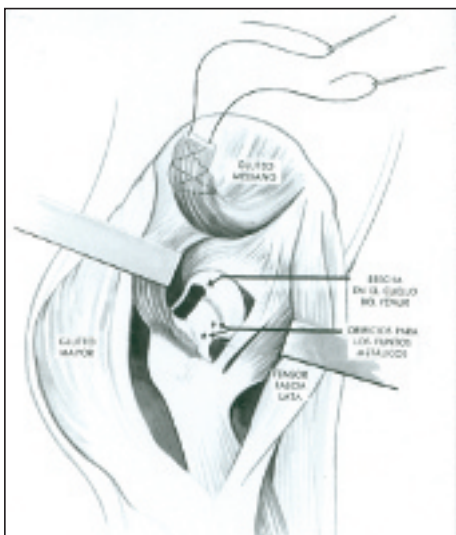
En 1952 Santos Palazzi pensó que si en los casos de fístula arteriovenosa congénita existía gigantismo local en la extremidad quizás podría aplicarse quirúrgicamente la anastomosis arteriovenosa para la corrección del acortamiento de las extremidades. Solicitó la colaboración de Vidal-Barraquer y éste le practicó una anastomosis látero-lateral entre la arteria y la vena femoral superficial, a mitad de la distancia entre la bifurcación femoral y la entrada en el conducto de Hunter, y como resultado al cabo del año observaron la desaparición de la frialdad y de la perniosis y un aumento del

volumen de la pierna. Al cabo de siete años persistía la desaparición de los síntomas y la longitud de las extremidades era casi la misma, por lo que publicó esta experiencia (Anales de Medicina 1960). Santos Palazzi lo aplicó a ocho casos y quedó satisfecho, y concluía que la creación de una fístula arteriovenosa en los vasos femorales superficiales es una técnica que puede emplearse sin temor a complicaciones cardíacas y que los resultados a distancia de tiempo son esperanzadores, de 5,5 cms. (Anales de Medicina 1961). Este mismo año comentó en los Anales el método de Pol Le Coeur presentado en la Academia de Ciencias Médicas por Cañadell, consistente en la osteotomía en Z de la diáfisis tibial, disección del nervio CPE y resección de la epífisis proximal del peroné, alargamiento en un solo tiempo, síntesis del largo bisel y vendaje de yeso durante tres meses; el apoyo se permite al quinto mes. Lo considera en este momento el mejor procedimiento para alargar una pierna.

ARTROSIS.

Santos Palazzi y Cañadell Carafí publicaron en 1950 en la Revista Española de Reumatismo su artículo "Tratamiento quirúrgico de la coxartria", también llamada morbus coxae senilis, artritis deformante de la cadera, aseptic necrosis of the hip (confusión de la época) y conocida desde los tiempos más remotos puesto que se sabe que los trabajadores nubios la sufrían ya en el 3.400 a.C. Creen que la terapéutica quirúrgica tiene que ser precoz, que no hay que dejar que las lesiones anatómicas progresen hasta llegar a las grandes deformaciones que a menudo se ven. Repasan y argumentan las diversas técnicas: artrodesis de la cadera según Putti, sección de las vías sensitivas de la cadera de Tavernier, acetabuloplastia de Smith-Petersen, osteotomía de Pauwels, artroplastia con interposición de Whitman, capsulectomía de Gade. Solamente la artrodesis daba resultados definitivos pero con la pérdida de la movilidad, y para mejorar esta situación aplicaron en 27 casos el método de Venable: desinserción parcial del glúteo mediano a nivel del trocánter mayor y reimplantación en el cuello femoral a través de una amplia brecha rectangular labrada en su cara anterior. El método había sido experimentado por Stuck en caderas de conejos y observó la revascularización ósea a cargo de vasos de nueva formación procedentes del músculo trasplantado. En esta serie mejoraron 26 enfermos. Existe un efecto precoz y otro tardío sobre el dolor. La desaparición inmediata del dolor no se relaciona con la invasión vascular, que necesita tiempo, sino con el efecto de "decompresión" que produce la ventana del cuello femoral y que repercute sobre la isquemia que caracteriza la enfermedad. Recomiendan practicar esta intervención en los primeros períodos de la enfermedad.

Al cabo de dos años y en la misma revista Palazzi insiste en que el colgajo muscular es la única solución en los casos de tratamiento precoz. Si la indicación está sobrepasada cree que la indicación final es la artroplastia con cúpula de vitalium.

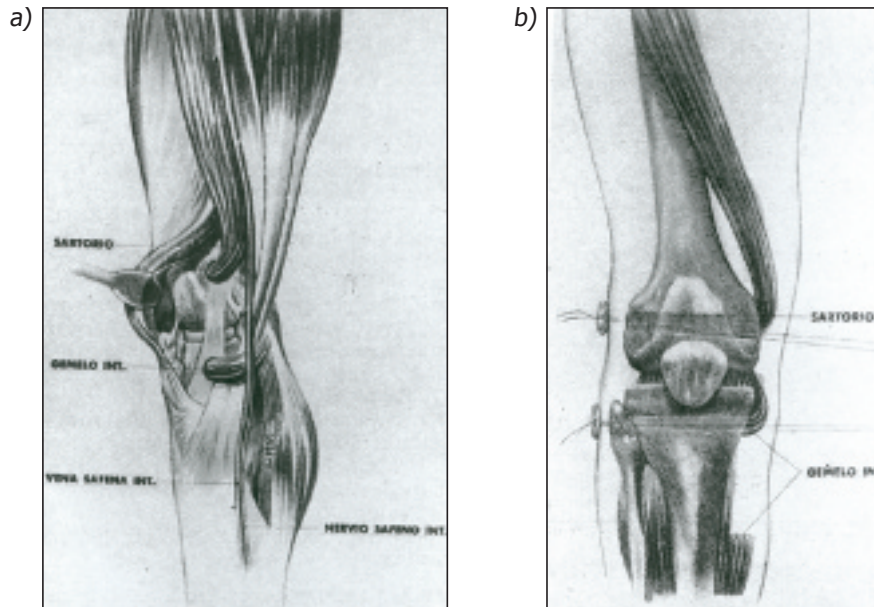


Operación del colgajo muscular en la coxartrosis.

En los años setenta aplicó esta operación en casos de necrosis aséptica de la cabeza femoral asociándole un vaciado con relleno de injerto de hueso esponjoso. En aquellos años ya se había aprendido a explorar la hemodinámica de la cabeza femoral con la flebografía siguiendo la técnica de Ficat y Arlet, de Toulouse. Publicó con Carlos Palazzi y con Xicoy los resultados obtenidos en 16 pacientes en los Archive fur Orthopaedics und Unfallchirurgie: malos 6,25%, mediocres 25%, buenos 25% y muy buenos 37,5%; falleció un paciente.

En la gonartrosis aplicó la técnica del trasplante muscular doble en la cara interna de la rodilla, con colgajo de sartorio en la epífisis femoral y de gemelo interno en la tibial y lo publicó en Minerva Ortopédica (1959). Han sido controlados 24 casos

y se ha constatado que el 68% mejoran al cabo de cuatro meses y que al cabo del año los casos indoloros se acercan al 90%. Dos años después vuelve a publicar la técnica en Acta Orthopaedica Bélgica (1961) y al igual que Rutishauser, Trueta, Cretin, Scaglietti y Ficat cree que el dolor es de origen simpático, transmitido por vias sensitivas amielínicas que discurren por los vasos del hueso esponjoso de la cabeza femoral. Ahora la casuística es de 29 enfermos y los resultados son: malos 13% buenos y excelentes 87%.



Operación de colgajo muscular en la gonartrosis a) visión de perfil b) visión de frente

CIRUGÍA DE LAS PARÁLISIS.

La gran experiencia de Santos Palazzi en el tratamiento de la poliomielitis empezó en el Instituto Rizzoli y continuó en su servicio con la gran afluencia de enfermos que atraía su prestigio. La casuística recogida era inmensa y su publicación fue casi decenal ya que en 1954 apareció la rodilla paralítica, en 1966 el pie paralítico y en 1975 el hombro paralítico.

La Rodilla Paralítica. V congreso nacional de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Valencia. (Acta Ortop. Traum. Ib 1954 p.441-468).

Es el tema de la segunda ponencia del congreso que desarrolló con Rubies Trias, cirujano del servicio del doctor Vilardell del hospital de Sant Pau y en la introducción agradecen la inestimable ayuda del doctor Cañadell Carafí, que mecería constar como ponente, según Palazzi. Para hacer comprensibles las lesiones y su tratamiento empiezan con un amplio recuerdo de la anatomía, de la biomecánica de la rodilla, de la marcha normal y de su centro de gravedad. El trabajo tiene como base la experiencia en 345 rodillas visitadas y de ellas 221 operadas.

La primera parte dedicada al tratamiento se centra en las deformidades de la rodilla paralítica y recuerdan que queda supeditado a la valoración de los trastornos tróficos, de las retracciones musculares y de las acciones mecánicas. Describen tres formas:

- el genu flexum, que tratan según el grado mediante capsulotomía posterior de Wilson (24 casos), osteotomía supracondílea de Moore (34 casos) y artrodesis.
- la rotación externa tibial, que se puede corregir mediante osteotomía rotadora interna (10 casos).
- el genu recurvatum, para el cual indican la osteotomía anterior de abertura (6 casos).
- la fasciotomía de la cinta de Maissiat ha completado la operación ósea (13 casos).

La segunda parte del tratamiento se ocupa de las parálisis y de sus formas clínicas. Utilizan el trasplante de músculos antagonistas, explican su neurofisiología y controlan los resultados mediante

EMG postoperatorio. Presentan las diversas técnicas de trasplante de bíceps, de tensor de la fascia lata, del semitendinoso (103 casos), del sartorio (12 casos), de sartorio y semitendinoso (9 casos), del bíceps (8 casos), de bíceps y sartorio (2 casos) y de bíceps, semitendinoso, sartorio y recto interno (1 caso).

El Pie Paralítico. V congreso luso-español de Otopedia y Traumatología. Funchal (Revista de Ortop. Traum. 1966,pág 247-328).

Los autores Palazzi Duarte, Madrigal, Xicoy y S. Palazzi Coll presentan la ponencia como estudio de una serie de 1518 pies paralíticos tratados en el servicio del primero. Dividen la ponencia en tres capítulos: 1º generalidades con anatomofisiología del pie, dinámica del pie, marcha normal y mecanismos de deformidad por desequilibrio muscular; 2º tratamientos, incruentos y cruentos (tendinosos y óseos); 3º situaciones clínicas y su tratamiento. En su casuística el 60% de casos eran masculinos y el 40% eran femeninos y el origen de la parálisis recaía en lesión del tronco nervioso (30 casos) y lesión neuronal (1488 casos). La clasificación de los pies alcanza a 19 tipos, lo cual revela la meticulosidad del análisis, que quizás no veamos repetido nunca más: equino, equino-valgo, equino-varo, equino-cavo, equino-cavo-valgo, equino-cavo-varo, cavo, valgo, varo, cavo valgo, cavo varo, plano, plano valgo, talo, talo cavo, talo valgo, talo-varo, talo-cavo-valgo y bailante.

Fueron tratados cruentamente 1.100 casos efectuando las siguientes operaciones: Operaciones óseas (osteotomías, tarsectomías, artrorraxis, artrodesis simples, dobles y triples); Operaciones sobre partes blandas (aponeurotomías, miotomías, capsulotomías, elongaciones de tendón). Los trasplantes tendinosos los exponen en tres apartados:a) equinos, equinos-varos y equinos-valgos; b) pies cavos, varos y valgos; c) pies talos. El número de músculos trasplantados en cada apartado es de a) 1.299, b) 233 y c) 556. Citamos estos datos para poner de relieve hasta qué punto alcanza la diversidad de situaciones clínicas en esta patología y como su profundo conocimiento permite adaptar a cada caso un solución muy personal, casi "a la carta". Toda la exposición se acompaña de figuras, dibujos, esquemas y radiografías muy ilustrativos hasta un total de 67. Los autores afirman que la estadística de resultados es casi imposible de confeccionar, dado que las posibilidades de relación entre la fuerza de los trasplantes y la de sus antagonistas tiene unas variaciones casi infinitas.

En las conclusiones se ratifican en que todo músculo inervado normalmente es apto para ser trasplantado, sea cual sea su función y aquella a que lo destinemos. El concepto tan conocido "en la extremidad superior movilidad y en la inferior solidez" no lo consideran periclitado.

El Hombro Paralítico. XIV congreso de la SECOT. Cap sa Sal, Begur –Gerona- 1974, por A-S Palazzi Duarte, S. Palazzi Coll y C. Palazzi Coll. (Rev. Ortop. Traum. 1975. p.333-341).

La mesa redonda del congreso tuvo como tema la Cirugía del Hombro, moderada por Bernardino López Romero. Se desarrolló con los siguientes capítulos y ponentes: Anatomofisiología, Pérez Casas; Cirugía periarticular, Ballester Peris; Luxaciones, Señáriz Bello; Luxaciones inveteradas, López Romero; Fracturas de epífisis proximal, Queipo de Llano; Lesiones escapulares, Palacios Carvajal; Infecciones, Colvee Guilén, Cirugía tumoral, Sampera Rusiñol; Parálisis, Santos Palazzi; Diagnóstico radiológico, Pérez-Bustamante; Rehabilitación, Blanco Argüelles; Tratamiento de secuelas, Jiménez Cisneros; Valoración médico-legal de incapacidades, Cros Juan. La Revista publicó los textos de cada participante y el volumen lo podemos considerar como un libro monográfico del hombro de 443 páginas de extensión, como ningún otro tratado ha llegado a ser escrito por nuestros colegas españoles. Veamos lo concerniente a la parálisis del hombro.

Se trata de un tema más complejo que las parálisis de la rodilla y del pie porque la comprensión de las lesiones y de su tratamiento requiere un profundo conocimiento de la anatomía osteoarticular, de la cinemática de esta articulación y de la inervación de sus músculos, lo que equivale a un dominio quirúrgico del plexo braquial. Recuerdan la inervación del hombro, tanto la sensitiva como la motora y

en ésta distinguen dos orígenes, el plexual que depende de nueve nervios para sus correspondientes músculos y el extraplexual que corresponde al nervio espinal u XI par craneal.

Principios de la función del hombro: Consiste en permitir la llegada de la mano a cualquier posición deseada en relación al tronco, lo cual es posible gracias a la coordinación de dos pares musculares: el par muscular gleno-humeral y el par muscular escapulo-torácico. Por ello la movilidad del hombro es casi total en todos los planos, habiendo tenido que sacrificarse la estabilidad en favor de la máxima motilidad. Una tal movilidad es el fruto de la coordinación y suma de la actividad de varias articulaciones: escapulohumeral, escapulotorácica, esternoclavicular y acromioclavicular; las dos primeras actúan al unísono.

Después de la exposición anatómica referida siguen: la Parálisis de origen central, (hombro espástico) por Felipe Bastos Mora, Indicaciones y técnica quirúrgica de la cirugía directa del plexo braquial obstétrico y Tratamiento paliativo de las parálisis flácidas no obstétricas, por Madjid Sawii, neurocirujano de la universidad de Mainz (RFA) e Indicaciones de la cirugía directa del plexo braquial, por Algimantas Narakas.

TENDONES DE LA MANO.

Empezó a publicar sobre este tema en 1949 con un trabajo procedente de la cátedra del prof. Piulachs y los hijos de Palazzi consideran que sería uno de los primeros de dicha patología escrito en castellano; con el título "Reparación de los flexores de la mano" apareció en Cirugía del Aparato Locomotor.

La sección de un flexor de la mano, por la característica anatómica de un músculo y cuatro tendones, si acaba en bloqueo dificultará la acción completa de los demás; es el "efecto cuadriga" en jerga quirúrgica. Su reparación había sido un problema de pronóstico pésimo, pero asegura que hoy puede hacerlo correctamente y devolver a la mano su función completa. Explica la táctica imprescindible para la reparación que casi siempre será secundaria para eliminar el riesgo de infección, con la excepción rara de secciones de limpieza absoluta. El cabo distal del tendón permanece inerte en tanto que el proximal se retrae por contracción muscular hasta la palma de la mano; pasados dos meses esta retracción es definitiva e imposibilita la sutura directa. Inicialmente hay que curar las heridas de partes blandas y óseas y dejar para un segundo tiempo la reparación tendinosa.

Expone las condiciones indispensables para poder realizar esta sutura secundaria y así diseñó las pautas que seguirían los cirujanos ortopédicos en el futuro siguiendo los pasos de este maestro precursor:

- 1º.- Buen estado de la motilidad pasiva articular.
- 2º.- Buen estado de la piel. Se repararán cicatrices y adherencias mediante plastias cutáneas con tejido graso que permita el deslizamiento tendinoso.
- 3º.- Tener musculatura disponible en el antebrazo.
- 4º.- Contar con la colaboración del enfermo.
- 5º.- Para las plastias de los tendones no hay principios rígidos, cada caso es diferente.

A pesar de esta diversidad existen unos principios básicos:

- 1º.- Las poleas de reflexión son esenciales, hay que respetarlas, y si están lesionadas repararlas.
- 2º.- Los tendones superficial y profundo tienen un deslizamiento diferente por lo que no deben suturarse el uno al otro ya que se bloquearían parcialmente.
- 3º.- Es mejor un solo tendón bueno que dos deficientes y no vacilaremos en sacrificar uno para obtener una buena función del otro. El profundo flexiona las tres falanges y por ello en caso necesario se sacrificará el flexor superficial.
- 4º.- El tendón trasplantado sufre aumento de volumen durante unos veinte días y procuraremos que quede holgado en su trayecto.

- 5º.- La lesión de nervios colaterales con anestesia será reparada mediante sutura o plastia nerviosa.
- 6º.- Existe una zona peligrosa para las suturas tendinosas que abarca desde el tercio proximal de la mano hasta la segunda articulación interfalángica, donde siempre se producen adherencias.

Demuestra la aplicación de las condiciones indispensables y de los principios básicos con la presentación de diez casos variados de lesión de un solo tendón, de ambos superficial y profundo, de un solo dedo o más entre índice y meñique, del pulgar, con fibrosis postraumática, con quemaduras. Las plastias se adaptan a cada situación y vienen a ser un menú personalizado y seguido de una recuperación funcional larga y laboriosa. Refieren sus hijos que después de explorar a un paciente con lesiones por accidente de trabajo e informarle de las posibilidades quirúrgicas le preguntaba ¿quiere usted mejorar la función de su mano o simplemente cobrar la indemnización? Otro punto de vista es el de la compañía aseguradora de accidentes de trabajo y lo explica Cañadell Carafí en el escrito que le dedicó después de su muerte:

“La cirugía de la mano, que importó con especial ilusión, fue una de las que le proporcionó mejores éxitos profesionales, aunque también frustraciones. Recuerdo que fue la reparación de una mano catastrófica una de las primeras intervenciones en las que le ayudé. Tras largas y laboriosas operaciones y una prolongada recuperación consiguió salvar la mano, que ésta recuperara la sensibilidad y una función de pinza. Con orgullo acudí con él a visitar al director de la Mutua en la que el accidentado estaba asegurado, esperando el agradecimiento y la felicitación por la labor, pero tuvimos que escuchar que hubiese sido más rentable para la compañía la amputación, de entrada, de la mano del accidentado”.

En 1958, una década después, retomó esta patología y con una casuística de 95 casos publicó “Le traitement des sections des tendons fléchisseurs de la main” en Acta Orthopaedica Belgica . Expone los principios y normas anteriormente referidos y las complicaciones, siendo la más temible la adherencia del tendón, ya bajo el ligamento carpiano ya en las poleas de reflexión. En las que persisten al cabo de cuatro o cinco meses aconseja practicar una tenolisis, de la que explica su técnica. Da como uniformemente buenos sus resultados.

“On the treatment of the loss of opposition”, Acta Orthopaedica Scandinavica (1962). Esta lesión especial requiere una tendinoplastia adaptada al complejo mecanismo de la oposición en la que



Parálisis de la posición del pulgar. a) Plastia con flexor superficial anular. b) Plastia con extensor radial del carpo.

participan 4 músculos largos y 4 cortos y que consta de un complejo ciclo de extensión, abducción, flexión-pronación, oposición y adducción. Esta complejidad crea diferencias clínicas entre los casos de sección de la rama motora tenar y los de mano poliomiéltica. Se necesita una articulación móvil y si es preciso practica una capsulectomía carpometacarpiana, una osteotomía rotatoria del metacarpiano, y en caso de gran rigidez extirpa el trapecio.

Como polea de reflexión utiliza la inserción del abductor del

quinto dedo en el hueso pisiforme y como tendón transferible prefiere el flexor superficial del anular. Cuando no está disponible usa como motor el extensor radial el carpo o el extensor cubital. Ha utilizado satisfactoriamente esta técnica en 76 casos y 4 casos requirieron una tenolisis secundaria.

CIRUGÍA DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS.

En 1963 Palazzi Duarte, Cañadell Carafí, Xicoy Forgas y Madrigal Escuder desarrollaron esta ponencia al IV Congreso de la Asociación Española de Cirujanos, cuyo texto se publicó en Cirugía, Ginecología y Urología (vol 17-1963). Es el resultado de una experiencia de 470 casos de lesiones traumáticas de nervios periféricos, cifra no alcanzada con anterioridad y ello nos lleva a considerar esta ponencia como sin par en su género en la literatura española hasta aquel momento. Su lectura habría sido imperativa para cualquier cirujano ortopédico que en su momento tratara estas lesiones, única manera de saber deslindar los inicios y las aportaciones más recientes, y entre éstas lo que realmente era innovador. Se ve a menudo como aparecen métodos novedosos, que en realidad no lo son y que son fruto de la ignorancia del pasado. A partir del análisis riguroso de esta gran serie de lesiones y de las consultas efectuadas a grandes especialistas en la materia, llegan a una conclusión negativa y a otra positiva. La primera es que a pesar de las importantes mejoras técnicas los resultados de las suturas nerviosas no han mejorado a lo largo del siglo, debido a empeñarse en suturar correctamente tan solo el epineuro cuando las estructuras nerviosas esenciales están enfundadas por el perineuro, y tan solo la correcta sutura de éste podrá conducirnos a un lógico tratamiento. Dicen que nos estamos conduciendo como si ante la sección de una conducción eléctrica nos limitásemos a soldar concienzudamente la funda que recubre el todo sin buscar la continuidad de los hilos eléctricos que alberga en su interior dejando al azar esta función primordial. Con la ayuda del microscopio de los otorrinolaringólogos han podido colocar puntos de sutura en el perineuro, sin llegar aún a la sutura completa y correcta. La conclusión positiva es que, gracias a las técnicas perfeccionadas de los trasplantes tendinosos, las recuperaciones funcionales de las extremidades han mejorado considerablemente. El tratamiento paliativo de las lesiones inveteradas ha dado un gran salto y ahí radica el avance obtenido en el tratamiento de las lesiones de los nervios periféricos.

En el desarrollo de la ponencia el doctor Castro se ha hecho cargo de la parte de estudio neurológico siguiente: 1º) Características anatómicas y fisiológicas; 2º) Proceso de degeneración y regeneración; 3º) Importancia del factor tiempo en la regeneración. Los cirujanos se encargan de: 1º) Clasificación de las lesiones; 2º) Clínica y diagnóstico general; 3º) Técnicas generales: sección nerviosa, sutura, injertos, transposición y neurolisis. Aceptan la clasificación clásica de Seddon: neurotmesis, axonotmesis y neurapraxia. Clasifican según la lesión anatómica las lesiones traumáticas:

A) Con solución de continuidad. 1º) Nervios seccionados totalmente; 2º) Nervios seccionados parcialmente.

B) Sin solución de continuidad. 1º) Sección completa sin pérdida de continuidad del epineuro; 2º) Lesiones por estiramiento; 3º) Compresiones ; 4º) Contusiones; 5º) Nervios englobados en adherencias; 6º) Lesiones isquémicas;.

La clínica comprende los siguientes elementos: a) síntomas motores; b) disminución o pérdida de los reflejos; c) síntomas sensitivos; d) síntomas vegetativos; e) trastornos de las reacciones eléctricas. Comentan detalladamente la semiología y advierten que interesa considerar la cualidad y la distribución o topografía para llegar a saber si se trata de una lesión radicular, plexual o troncular.

En la parte general del tratamiento se exponen las técnicas al alcance del cirujano y se describen las tácticas operatorias en cada modalidad: sección nerviosa, sutura nerviosa, material de sutura, injertos, neurolisis, endoneurolisis y transposición.

En la parte especial se estudian los tratamientos aplicados en cada serie según su topografía: lesiones del plexo braquial no obstétricas (23 casos), parálisis braquial obstétrica (131 casos), nervio circunflejo (10 casos), nervio musculocutáneo (2 casos), nervio radial (53 casos), nervio cubital (99 casos), nervio mediano (95 casos), parálisis combinada de mediano y cubital (31 casos), colaterales de los dedos (12 casos), síndrome de Volkmann (19 casos), nervio ciático (2 casos), nervio ciático poplíteo interno (30 casos), nervio ciático-poplíteo externo (6 casos), nervio crural (carecen de experiencia). En cada nervio se describen las variadas técnicas utilizadas de reparación nerviosa, y paliativa mediante trasplantes tendinosos y musculares.

Un decenio después un equipo a las órdenes de Palazzi Duarte vuelve a responsabilizarse de este tema en el XIII congreso de la SECOT en Las Palmas de Gran Canaria (1972) y lo componen Boloix Poch, Esteve de Miguel, Munuera Martínez, Oliete, Palazzi Coll, Quintana Montero y Sampera Rusiñol. Sale nuevamente un volumen monográfico de la Revista con los textos de esta mesa redonda y se transforma en libro especializado de 680 páginas que ha sido y sigue siendo de obligada lectura para los que se hayan dedicado a esta patología y para los la quieren aprender en su etapa de formación como subespecialidad. Esta vez la estadística analizada sumando las de cada autor, de hospitales diferentes, es de 489 lesiones de nervios periféricos tratadas.

En la introducción nos dice Palazzi Duarte que durante muchos años ha estado interesado en la patología de los nervios periféricos y que los resultados expuestos en el congreso de la Sociedad de Cirugía de 1963 eran desalentadores. En los últimos años, gracias a los avances debidos a su amigo y maestro vienés Milessi, el pronóstico ha dejado de ser tan sombrío y así ve provechosa la presentación de un estudio actualizado. A los colaboradores se les ha respetado el estilo personal en la exposición y hasta cierto grado sus puntos de vista personales, manteniendo siempre una unidad básica para poder dar unas normas útiles. Lo que se expone es el presente del conjunto de conceptos y técnicas en vigor, pero no puede pasar por alto, y por ello lo recuerda que "La verdad de hoy no es siempre la verdad de mañana".

De la cirugía del nervio considerado como unidad se ha pasado definitivamente a la cirugía de fascículo, o funículo, considerado como unidad funcional. A su entender esto es lo fundamental en el nuevo enfoque del problema.

Avisa que un concepto que ha entrado en discusión es la indicación de la cirugía precoz o tardía: la espera sistemática ha caído en desgracia; en el texto se exponen los condicionamientos de ambos puntos de vista. Influye el que por la puerta grande hayan entrado las técnicas de magnificación de los campos operatorios mediante el uso de microscopios y de instrumental especializado. A lo largo de la ponencia se ha tratado de exponer los hechos comprobados y asegura que la intención de los autores ha sido sentar reglas prácticas para el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y valoración de resultados.

En esta ponencia han sido puntales de primer orden sus hijos Santos y Carlos Palazzi Coll y Boloix Poch; siguen colaborando en ésta porque son su equipo fiel y entrañable y a lo largo de su trabajo fueron controlados rigurosamente por el director de orquesta de esta magna obra. Pero ahora en la parte general se añaden personalidades que desarrollan aspectos nuevos que han ganado interés en el último decenio, como son: estudio de la sistematización endoneural a cargo del profesor Pierre Rabishong, alsaciano establecido en Montpellier; neurografía troncular por el doctor Quintana; electromiografía por el doctor Montserrat Obiols. En la parte especial aparece un participante excepcional, el doctor Algimantas Narakas que aporta su gran experiencia en la terapéutica quirúrgica del plexo braquial y que nuestro Director de la Mesa califica de "colaboración fascinante, fruto de un trabajo increíble" ; le siguen el doctor García Ibáñez, otorrinolaringólogo, con la valiosa aportación de su gran experiencia en lesiones del facial intrapetroso y el doctor Oliete que

trata el tema de la causalgia; este último fue uno de los fieles asistentes a las sesiones ortopédicas junto a otros valencianos amigos de Palazzi Duarte.

A quien más ensalzó Palazzi Duarte en la introducción fue a Rabischong, gran maestro anatomista que sentó el precedente de una íntima colaboración con los cirujanos ortopédicos en la Sociedad Francesa de COT, en la que fue introducido por el gran patrón el profesor Merle d'Aubigné, que supo ver en él una fuente inagotable de conocimientos necesarios para asegurar el avance de la cirugía ortopédica, motivo por el cual a menudo era invitado al foro de los lunes por la tarde en su servicio del Hospital Cochin. Llegó a ser un interlocutor imprescindible para los cirujanos de la mano, cuya sociedad francesa ayudó a fundar en su servicio en 1966 (yo fui uno de los asistentes a la jornada), para los problemas de biomecánica y para las cuestiones de prótesis de amputados, como pude comprobar y aprender durante mi año de estancia en el servicio y más tarde también en el servicio del profesor Vidal en Montpellier, donde la vecindad de las cátedras hacía habitual la interlocución cuando se presentaban problemas que él podía resolver o aclarar. Dijo de él Palazzi Duarte que sus estudios en el campo de los nervios periféricos son bien conocidos en el mundo de la cirugía ortopédica y que lo expuesto como anatomista y como fisiólogo son conceptos que deberemos tener siempre en cuenta en el momento de una decisión. Las bases anatomofisiológicas que muestra son, a su entender, los primeros pasos a nuevas ideas, son las solas páginas del trabajo que no son una puesta al día, sino que parecen marcar unos nuevos caminos para el provenir. Añade que la escuela del profesor Rabischong es pionera en la colocación de electrodos intraneurales por encima y por debajo de la sutura o plastia, que estimula durante tres a cuatro semanas con el objeto de orientar eléctricamente la progresión axonal, estimular la neurona central y evitar su degeneración.

Al término de esta introducción dedica unas líneas al futuro posible de esta cirugía en la que tiene tanto interés, porque le desagradaría que los lectores de este trabajo se dieran por satisfechos. Ya dijo antes que la verdad de hoy no es la de mañana. Ciertamente no puede recomendar ni dar como normas hechos e investigaciones que no han tenido todavía el espaldarazo del tiempo, pero es necesario pensar y esperar soluciones que no tenemos en estos momentos. Tanto en el campo experimental se observan síntomas de rotura de moldes. Estos trabajos que esperan ver confirmadas sus esperanzas, dice, nos llevarán más allá, nos obligan a no detenernos en lo que tenemos hoy por óptimo; el camino se hace andando y el futuro es siempre mejor que el presente. Tal vez con el tiempo lograremos saltos hoy increíbles. El camino sigue abierto..., concluye.

PIE.

Tratamiento quirúrgico de los dedos en martillo y del pie redondo doloroso. Revista Nacional de Podología (1962).

Presenta su técnica personal para el tratamiento del dedo en martillo que considera fruto de un desequilibrio muscular cuya consecuencia es la deformidad: Desinserción en la falange distal del tendón del flexor largo, que se hace salir de su vaina a nivel de la articulación metatarso-falángica; se le hace pasar a la cara anterior y se le sutura al tendón del extensor inmediatamente por detrás de la primera articulación interfalángica.

El pie redondo o metatarsalgia estática es una deformidad consecutiva al hundimiento de la bóveda transversa del antepié, donde el apoyo de las cabezas de los metatarsianos produce la formación de callosidades dolorosas.. En las radiografías suele descubrirse un primer metatarsiano corto y una longitud exagerada del segundo y del tercero. Considera inapropiada la resección de las cabezas de los metatarsianos y él utiliza el método de Rocher que consiste en la resección extraperióstica por vía dorsal de 1,5 cms, aproximadamente, de las extremidades proximales de los metatarsianos afectos. Se forma una neartrodia que permite un movimiento de muelle a este nivel y

la alineación correcta al ser acortados. Acaba con ¡Y esta es, señores, nuestra conducta quirúrgica ante los problemas dolorosos que presentan los dedos en martillo y los pies redondos!

TUMORES ÓSEOS.

En Estados Unidos actualizó sus conocimientos en el tratamiento del cáncer de los huesos durante su estancia en el Memorial Hospital de Nueva York en el servicio del profesor Coley. Descubrió la labor magnífica que realizaban con el Registro y Clasificación, pero se dio cuenta de la ineficacia en cuanto a resultados. Recuerda en sus memorias el desánimo reinante ante un tumor óseo en un niño, que llevaba a Ombredanne a decir "Cuando operéis una cavidad ósea en un niño y la biopsia peroperatoria diagnostique un osteosarcoma no amputéis nunca, limitaros a un vulgar curetaje, porque pueden suceder tan solo dos cosas o que se trate de un verdadero sarcoma o de un error del patólogo, y en ambos casos lo mejor es que sobreviva o muera entero".

Palazzi conoció al profesor polaco Gruca y lo invitó a uno de sus "fines de semana" durante el cual expuso su técnica de la electrocoagulación llamada "resección biológica" y operó un enfermo de osteosarcoma. Su experiencia se limitaba a 7 casos tratados con 5 casos de supervivencia según la revisión de Xicoy Forgas.

Un tumor óseo coloca al cirujano ante dos problemas: su curación y la conservación funcional del área afectada; prevalece siempre la primera consideración. La cirugía ofrece cuatro posibilidades: Legrado, resección segmentaria, amputación y resección biológica por electrocoagulación según el método de Gruca. La resección segmentaria tendría su indicación en los casos de legrado insuficiente con posibilidad de recidiva. Para Palazzi estuvo indicada en tumores de células gigantes de carácter agresivo o recidivados y en tumores malignos de crecimiento lento en fase precoz como el sarcoma parostal y algunos condrosarcomas. Juvara publicó en 1929 su método consistente en la resección del tumor situado en la epífisis femoral o tibial de la rodilla y en su sustitución por un autoinjerto masivo obtenido por hemisección frontal de la zona epífiso-metáfisaria opuesta y después de hacerlo girar 180° se atornillaba a ambos extremos, femoral y tibial. Este método tenía como inconveniente la producción de fractura o de pseudartrosis y por ello no fue muy prodigado. Merle d'Aubigné lo mejoró y lo puso de nuevo en práctica añadiendo una osteosíntesis muy sólida con un clavo endomedular de Küntscher fémoro-tibial, con abundante aporte de cortical y esponjosa ilíaca y de la tibia opuesta. Aprovechaba la rótula, pediculada con su cuádriceps y atornillada junto a la interlínea, como relevo vascular y con tal técnica obtuvo la consolidación en 13 casos de una serie de 15 publicada en 1966. Palazzi Duarte la aplicó en tres casos y S. Palazzi Coll y J. García Abad en un caso, y estos últimos publicaron el conjunto en Anales de Medicina en 1972: La operación de Juvara en las resecciones segmentarias por tumores óseos de la rodilla. Uno de los casos operados había sido operado con anterioridad por Gruca mediante su método de electrocoagulación, con ocasión de su visita al servicio de Palazzi Duarte invitado en una Sesión Ortopédica.

OSTEOCONDRIITIS DE RODILLA.

Osteocartilagenous Autograft of the Knee. International Orthopaedics (1977).

A partir de 1960 utilizó el injerto osteocartilaginoso para tratar casos graves de osteocondritis disecante del adulto. Se trata de un injerto que sigue vivo y que se suelda al hueso de su vecindad, y el cartílago que lo recubre proporciona a las zonas de soporte de los cóndilos femorales, seriamente dañadas, un tejido sano y vivo capaz de asumir una función fisiológica deseable. Este autoinjerto de vecindad procede de la tróclea femoral y se rellena después con material óseo de la zona reseca. Las áreas tratadas son de tres tipos: lesiones ulceradas de tipo artrósico, lesiones disecantes amplias y graves lesiones de erosión sin cartílago. En el postoperatorio se inmoviliza la rodilla con vendaje

compresivo durante tres semanas, entonces empiezan los ejercicios de recuperación y la carga se permite con muletas al cabo de dos meses. La valoración clínica de los casos revela que la mejoría se mantiene al cabo de 10 años. Esta casuística la publica con sus hijos Santos y Carlos.

PSEUDARTROSIS.

La greffe d'emblée dans les pseudarthroses septiques des os longs. Revue de Chirurgie Orthopédique (1981).

Todos sabemos que las fracturas infectadas e incluso las pseudartrosis sépticas pueden curar si, como ya había dicho Robert Jones, "mantenemos una inmovilización rigurosa durante un periodo suficiente". Sabemos también que este período puede alargarse durante meses y que una inmovilización muy larga con escayolado aboca a la pérdida de movilidad articular de las articulaciones proximal y distal. En 1963 empezó a tratar estos casos siguiendo su técnica:

- 1- Abordaje del foco y secuestrectomía si es necesario.
- 2- Decorticación de los extremos óseos según la técnica de Judet sin desperiostizar.
- 3- Inmovilización y compresión de los fragmentos con un fijador externo (Hoffman, Wagner, Charnley) durante toda la duración del proceso.
- 4- En las pseudartrosis tibiales hay que reseca parcialmente el peroné para que sea posible la compresión interfragmentaria.
- 5- Colocación de injertos esponjosos autólogos de cresta ilíaca alrededor del foco decorticado e impactado
- 6- Cuando la sutura directa de la piel es imposible se recubre con injerto libre de piel.
- 7- Las operaciones se efectúan con protección antibiótica durante 8 a 12 días.

Hasta este momento había operado 33 casos con la técnica expuesta. Todos los casos consolidaron en un período entre 2,5 y 10 meses, con un tiempo medio de 5,5 meses. Se reoperaron 3 casos por fistulización y curaron; tuvieron dehiscencia de herida 2 casos y cerraron por cicatrización secundaria en 2 y 4 meses respectivamente; no se produjo refractura en ningún caso, lo que demuestra la buena calidad del callo obtenido. Publicó este artículo con su hijo Carlos.

SESIONES ORTOPÉDICAS.

Así denominó Palazzi Duarte a las reuniones que empezó a celebrar en el curso 1958-1959 los primeros viernes y sábados de cada mes y que duraron 29 años; copiamos su estructura de las contraportadas de un original:

- Los viernes por la mañana, a las 9 y media, sesión operatoria a cargo del conferenciante. Por la tarde, a las 7, Conferencia sobre el tema anunciado, seguida de ruegos y preguntas.



Palazzi Duarte explicando su operación para la coxartrosis con colgajo muscular.

- Los sábados por la mañana, a las 9 y media, presentación de enfermos y de los casos que los participantes quieran someter al juicio del conferenciante, tengan o no relación con el tema tratado.

Notas:

Las sesiones operatorias y la presentación de enfermos tendrán lugar en el Hospital del Sagrado Corazón.

Las conferencias se desarrollarán en la Biblioteca de la Casa Carlo Erba, amablemente cedida para este fin.



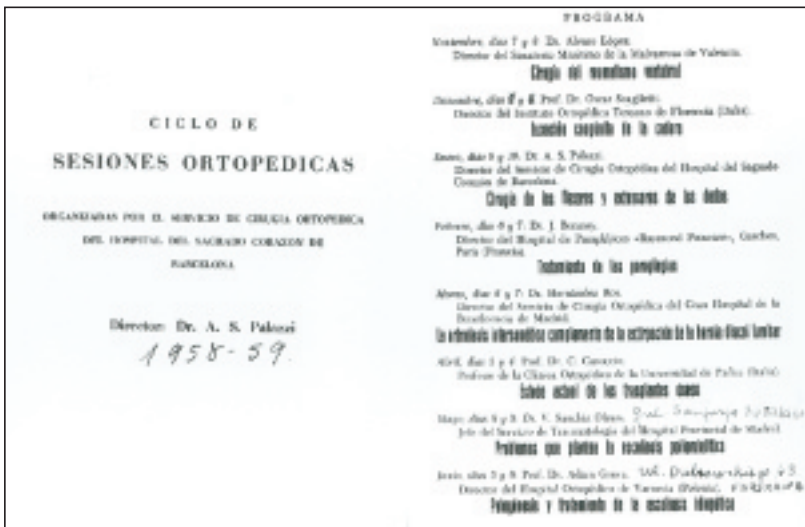
Auditorio en sus sesiones ortopédicas.

La asistencia a las conferencias es libre. Para la asistencia a las sesiones operatorias y a la presentación de enfermos, dado que su número debe ser restringido a un máximo de 25, se establecen unos derechos de inscripción de 1.500 ptas, en los que se incluye el volumen que se publicará de las conferencias.

A los inscritos se les entregará, si lo desean, documento acreditativo de su asistencia a estas sesiones.

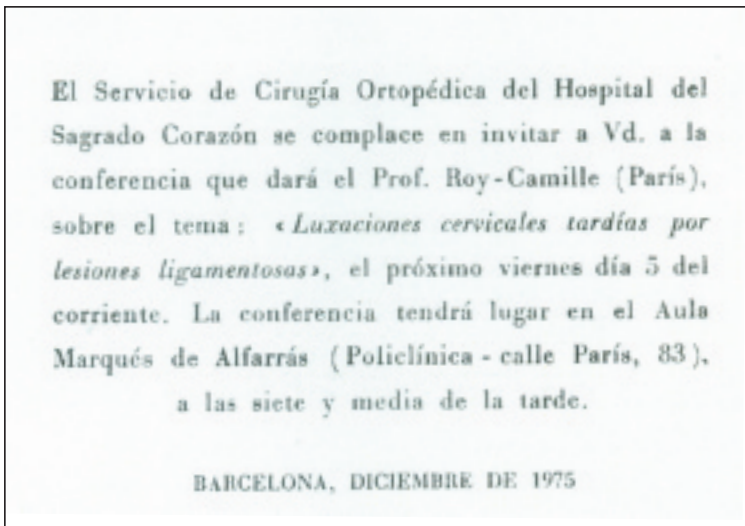
La estructura de estas Sesiones se mantuvo hasta su jubilación a los setenta años y después

prosiguieron bajo la dirección de su hijo Santos Palazzi Coll y él perseveró como Director de las Sesiones. El último programa archivado fue el de 1990-1991, análogo a los primeros, con la diferencia de la inscripción que era de 10.000 ptas y las conferencias se celebraban en el aula Marqués de Alfarrás del nuevo Hospital. Los jóvenes especialistas y los que estaban en época discente se sirvieron de las Sesiones para aumentar su caudal de conocimientos en una



Programa anual de sesiones ortopédicas.

fase aún inicial de su formación, y ello gracias a la gratuidad para asistir a las conferencias. Los conferenciantes, ilustres profesionales y profesores, eran bien conocidos de Palazzi Duarte y son el fruto de sus etapas de estudio en el extranjero y de las relaciones españolas y extranjeras de un cirujano que llegó a Presidente de la Societat Catalana de COT, Presidente de la SECOT y Secretario de la SICOT. Así se había ido ganando el aprecio de todas estas personalidades que aceptaban su invitación y enaltecían con su presencia la sociedad que les



Invitación a una conferencia.

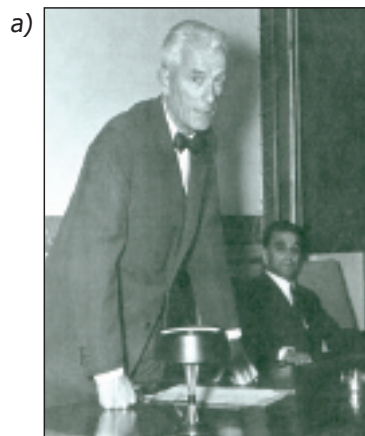
recibía. Para que se ponga de manifiesto la calidad científica de estas reuniones resumiremos los programas de los tres primeros años y se podrá valorar lo que significaron para los especialistas catalanes que podían aprender directamente de maestros que de otra manera difícilmente habrían podido conocer directamente, y no olvidamos la fidelidad de un grupo de cirujanos valencianos que acudieron a las Sesiones de manera puntual durante unos años. Para los jóvenes especialistas en formación fue un baño de cirugía ortopédica internacional sin salir de casa y yo debo agradecerse

porque descubrí los grandes profesores que más tarde fueron mis maestros directos como asistente oficial de sus clínicas, como Merle d'Aubigné y Trillat, o que me recibieron gracias a las becas como Vidal, Taillard, Zanolí, Scaglietti y Ficat. Este es el momento de agradecerse y valga esta biografía como mi sincero homenaje de alumno, algo alejado en mi asiento del auditorio, que nunca ha olvidado los beneficios recibidos de su labor docente.

1958-1959. Alvaro López: Cirugía del reumatismo vertebral (Valencia); Oscar Scaglietti: Luxación congénita de cadera (Florencia); A.S.Palazzi: Cirugía de los flexores y extensores de los dedos (Barcelona); J. Benassy: Tratamiento de las paraplejías (París); Hernandez Ros: La artrodesis intersomática complemento de la extirpación de la hernia discal lumbar (Madrid); Calogero Casuccio: Estado actual de los trasplantes óseos (Padua); Sanchis Olmos: Problemas que plantea la escoliosis poliomiélica (Madrid); Adam Gruca: Patogénesis y tratamiento de la escoliosis idiopática (Varsovia).

1959-1960. José Valls: Tratamiento de las osteomielitis crónicas (Buenos Aires); Oscar Scaglietti: Hernias discales cervicales y dorsales (Florencia); Sten Friberg: Fisiopatología del disco y nuevos principios de abordaje a la hernia discal (Estocolmo); García Díaz: Lumbociáticas (Oviedo); Fineschi: Fisiopatología del tejido óseo en la artrosis (Florencia); Josep Trueta: Fisiopatología del crecimiento óseo (Oxford); Pedro Farreras: Osteoporosis, osteomalacia y condensaciones óseas (Barcelona); Adam Gruca: Osteotomías movilizantes de la cadera (Varsovia).

1960-1961. Jean Judet: Tratamiento de las pseudartrosis sépticas (París); Leonardo Gui: Fracturas del raquis miélicas y amiélicas (Bologna); Albert Trillat; Lesiones del menisco interno de la rodilla y subluxación recidivante de rótula (Lyon); Calandriello: El abordaje directo de los focos vertebrales tuberculosos (Florencia); Calogero Casuccio; La osteoporosis (Padua); Kallio: Las artroplastias con piel (Helsinki); Rafaele Zanolí: Los tumores primitivos del esqueleto y su tratamiento (Bologna); Merle d'Aubigné: Indicaciones y técnicas de la resección de los tumores óseos (París).



Profesores invitados: a) Robert Merle d'Aubigné (París). b) Willy Taillard (Ginebra) c) Josep Trueta (Oxford) d) Albert Trillat (Lyon).

Este elenco de profesores y estos temas de máxima actualidad jamás se habían visto en nuestros medios, con regularidad y precisión, ni antes ni después, y estos años fueron años de gloria para la especialidad, una época dorada creada por la actividad docente de Palazzi Duarte. Siguieron otros grandes como Nissenlie (Oslo), Ignacio Ponsetí (Iowa), Smillie (Dundee), Lacroix (Lovaina), Gosset (París), Stringa (Florencia), Carlos Lima (Porto), Hirsch (Goteborg), John Charnley (Manchester), Langenskiold (Helsinki), Wouters (Utrecht), Hodgson (Hong-Kong), Lelièvre (París), Kauko Vainio (Heinola), Maurice Muller (Berna), Sommerville (Oxford), Witt (Berlín), Heinz Mitellmaier (Homburg) Jorg Böhler (Linz), Goidanich (Pavía), Ficat (Toulouse), Taillard (Ginebra), Jansen (Copenhagen), del Torto (Nápoles), Hierton (Upsala), Pasquié (Toulouse), Duthie (Oxford), Winckelman (Stuttgart), Fritz Schajowicz (Buenos Aires) Nuestra información se acaba en 1968 con el décimo ciclo y durante estos diez años el ritmo se mantuvo.

Como número extra de las sesiones organizó dos cursos especiales gracias a la presencia en Europa de Fritz Schajowicz, que era patólogo de Buenos Aires muy acreditado mundialmente por haber publicado el libro "Tumores y Lesiones Tumorales de Huesos y Articulaciones" (1952). En la portada de este libro anuncia sus cargos: Profesor de patología de la Universidad Nacional de Buenos Aires; Jefe del Centro de Patología Osteoarticular del Hospital Italiano de Buenos Aires; Director del Centro Internacional de la OMS para el diagnóstico de los tumores óseos y enfermedades relacionadas; Director del registro latinoamericano de patología ósea. Este gran sabio era un exiliado en Argentina huyendo de la persecución nazi por ser judío y su amistad con Palazzi Duarte hizo posible que éste lo trajera, no a su hospital barcelonés del Sagrat Cor sino al moderno Hotel Calípolis del Paseo Marítimo de Sitges donde a solaz frente al mar Mediterráneo permanecimos los cinco días que duraba el curso con un horario de 5 a 8 horas de la tarde, con un total de 15 horas lectivas a cargo de este profesor. En septiembre de 1968 desarrolló el curso sobre Tumores Óseos y en mayo de 1971 el de Patología Ósea y Articular, desplegando una riqueza iconográfica jamás vista con anterioridad por ninguno de los afortunados asistentes que pudimos estar presentes en esta insólita efemérides única en su genero. En el programa que conservo de este último aparecen 20 temas distribuidos en cinco grupos: Histología e histiofisiología del tejido óseo; Trastornos de la osificación endondral; Trastornos del metabolismo óseo; Procesos hiperplásicos del retículo-endotelio óseo y Patología articular En 1972 la OMS publicó su monografía oficial sobre Tipos Histológicos de Tumores Óseos dirigida por Schajowicz, Ackerman (universidad de Washington) y Sissons (universidad de Londres), con la colaboración de Sobin (OMS, Ginebra) y Torloni (USA) y de anatomopatólogos de trece países. Fue una experiencia irrepetible al alcance de muy pocos gracias a Angel Santos Palazzi.



Profesor Fritz Schajowicz.

Por suerte podemos comentar el programa que se ha conservado de febrero de 1991, dos años previos al final de su vida, y que corresponde al XXXIV ciclo de las Sesiones Ortopédicas -organizado por Santos Palazzi Coll- que eran un verdadero clásico de la vida científica barcelonesa. Se trata de una sesión dedicada de forma monográfica a "Avances diagnósticos y terapéuticos en la necrosis avascular de la cabeza femoral". Se distribuyó en tres partes desde las 9,30 de la mañana hasta las 18,15 de la tarde: Diagnóstico por la imagen, Nueva perspectiva para el tratamiento no invasivo y Tratamiento no protésico. El equipo del hospital fue reforzado con la participación de Cañadell Carafí de Pamplona, fiel alumno en los avatares del Servicio de Palazzi y después maestro en la Universidad de Navarra, con la de B.A.Pethica de New Jersey y con la del profesor Vigasio de Brescia.

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA CIRUGÍA DE LA MANO.

La Sociedad de cirugía de la mano, la SECMA, fue fundada el 11 de mayo de 1969 por los iniciadores del cultivo de esta subespecialidad y estos once pioneros fueron Enriquez de Salamanca, Planas Guasch, Quintana Montero, Bengoa Murgoito, Cañadell Carafí, Palazzi Duarte, Antona Leal, Bañuelos Roda, Manuel López, Masoliver Pons, Moreno Lorenzo, Sampera Rusiñol y Sentí Montagut. La primera junta directiva para el cuatrienio 1969-1972 estuvo constituida por; Presidente: Enriquez de Salamanca; Vicepresidente: Planas Guasch; Secretario: Quintana Montero; Tesorero: Bengoa Murgoito; Vocal 1º: Palazzi Duarte; Vocal 2º: Cañadell Carafí. Su Vº Congreso de 1974 tuvo lugar en Zaragoza y coincidió con el IV Centenario de la Universidad de Zaragoza. La SECMA encargó a Palazzi Duarte el discurso magistral cuyo título encabeza este capítulo. Se ha conservado el manuscrito de 13 folios en el que abundan correcciones y páginas con fragmentos recortados y adheridos en su lugar con cinta adhesiva, formando lo que en época de los ordenadores es un simple cortar y pegar sin que se note el artificio. Expondremos sus ideas más importantes.

"La cirugía de la mano es una de las más elegantes, delicadas y versátiles entre las múltiples ramas de la cirugía, y una de las más importantes, dada la trascendencia que la mano ha tenido y tiene desde que el mundo es mundo; fue por lo visto con la mano con lo que Dios nos hizo semejantes al Él. Fue con la mano también con lo que nuestra madre Eva nos trajo toda clase de problemas por los siglos de los siglos. Para Anaxágoras, Aristóteles y Galeno, el hombre construyó su Inteligencia con las manos. A pesar de la importancia de las funciones de la mano y de la frecuencia de sus lesiones la cirugía de la mano ha sido tardía en su llegada, es muy joven y no tiene más de 70 años y también a pesar de su juventud su historia es tan rica que no creo que me sea posible resumirla en una charla, pero lo que sí haré es mostrarles esta cirugía vista a través de alguien que la ha vivido durante los últimos 50 años y que aún la sigue viviendo. La Sociedad Americana de Cirugía de la Mano publicó en 1970 la bibliografía sobre el tema y llenó 400 páginas, y tengan por seguro que parte de la bibliografía europea no debió constar, ya que a los americanos les es fácil el no citar trabajos que no sean anglosajones. En esta historia reciente se observan claramente tres etapas bien definidas que han hecho avanzar la especialidad a saltos".

"La primera etapa comenzó en 1912 cuando después de diez años de trabajo Kanavel publicó su libro *Infections of the Hand* en el que por vez primera se describen de modo sistemático los tratamientos de toda clase de infecciones de la mano. Lo logra a través de un estudio de la anatomía de las vainas digitales y carpianas y de los espacios tenares. A partir de este momento nace la discusión sobre si la infección difunde a lo largo de las vainas sinoviales o a través de los vasos linfáticos. Kanavel pacificó el debate y en su libro cita las tres fuentes de difusión: linfangitis, tenosinovitis e infección de los espacios palmares profundos. Estos conocimientos se difundieron rápidamente y se estableció una cirugía de las infecciones sobre bases anatómicas que ha perdurado de forma válida en muchos casos. Estábamos en la era preantibiótica y las curaciones clínicas dejaban graves secuelas, pasó la 1ª

guerra mundial y la cirugía de la mano quedó limitada al texto de Kanavel y a los drenajes y al uso de diversos antisépticos; el miedo a la infección bloqueaba todo intento audaz”.

“Los pioneros de entonces, Leo Mayer, Vulpius y Silverskiold trataron lesiones paralíticas espásticas o isquémicas con trasplantes tendinosos pero actuaban “a distancia”, modificaban la función de la mano pero sin entrar en ella; nadie se atrevía a tanto. En 1932 Marc Iselin publicó su libro *Chirurgie de la Main*, que no consiguió entre nosotros la difusión merecida, pero Palazzi se dio cuenta durante su visita al Instituto Rizzoli que también allí era desconocida. Durante la guerra civil trabajó en la sanidad del ejército sur y trató centenares de lesiones abiertas de la mano siguiendo las pautas de Kanavel y utilizando agua oxigenada y solución de Dakin; curaban las infecciones y quedaban gravísimas secuelas funcionales. La era Kanavel duró 32 años”.

“La segunda etapa empieza con la 2ª guerra mundial y el cambio brusco se produce en 1944 con la publicación de *Surgery of the Hand* por Sterling Bunnell y sus criterios son aceptados por el ejército americano que lo nombra consultor civil y selecciona nueve hospitales en EE.UU. para concentrar en ellos los heridos de la mano, tanto del frente europeo como del pacífico. En el hospital Walley Forge, cerca de Filadelfia observo el trabajo del Mayor Graham, bajo la supervisión de Bunnell, y por fin veo claro el problema y me doy cuenta de que ha comenzado un nuevo período de la cirugía de la mano en el que podremos entrar en la mano, en sus poleas, tendones, nervios. Sus logros son suturas, trasplantes e injertos tendinosos, trasplantes y plastias nerviosas, plastias de piel pediculadas y libres, cirugía de los intrínsecos; en un segundo tiempo de la etapa Bunnell aparece la cirugía de la mano reumática”.

“Al regresar a mi hospital después de la visita americana tropiezo con tres escollos desagradables: las adherencias que complican las suturas y plastias de tendones, las rigideces de las articulaciones interfalángicas y las lesiones de los tendones extensores a nivel o cerca de la primera articulación interfalángica. Intento solucionar las adherencias utilizando varillas (vitalium, celoidina, silastic) para prefabricar vainas que a las tres semanas permiten el paso de un tendón sin adherencias. Los fracasos me hacen volver a Bunnell con la tenolisis pero haciéndolas a cielo abierto con visión directa y los resultados cambian visiblemente. El segundo escollo son las rigideces articulares difíciles de resolver con capsulectomías. El tercer escollo, las lesiones de los tendones extensores a nivel de la primera articulación interfalángica se solucionarían con una técnica correcta pero son muchas las propuestas y ninguna es perfecta. Ante las dificultades hay que seguir la escala de valores de Bunnell: 1º tratar el dolor, 2º luego la función y 3º la apariencia. En 1947 se funda en EE.UU. la Sociedad de Cirugía de la Mano y luego aparecen en otros varios países y la española en 1969; un año antes se creó la Federación Internacional de las sociedades de la mano con unos 2.500 miembros. Por mi parte los tratamientos llevados a cabo en mi hospital han superado las 1.600 manos”.

“La tercera etapa empieza en 1963 cuando aparece la microcirugía que nace en el campo de la cirugía vascular y pronto irrumpe en la cirugía de la mano y hará posible la reimplantación de dedos, los trasplantes de dedos del pie a la mano y los trasplantes a distancia de diversos tipos. El dominio sobre el pedículo vásculo-nervioso y sus posibilidades es el momento estelar actual de nuestra especialidad. Es prerrogativa de pocos el haber podido gozar de cerca y vivir esta cirugía de la mano desde la época de Kanavel hasta hoy, porque entre la cirugía limitada a las infecciones y una reimplantación hay un abismo”.

“¿Y el futuro? Una especialidad no puede detener su evolución y si va a seguir progresando como hasta ahora lo ha hecho, el futuro va a ser digno de ser vivido. Para Nils Bohr, premio Nobel de física, predecir es muy difícil, sobretudo el futuro. Para que no me tachen de soñador sin base, voy a analizar los principales obstáculos que en mi opinión encontramos ahora para dar el próximo salto hacia adelante:

- El primero es la complejidad del curso que siguen los impulsos que desde el córtex llegan a la mano y que precisan una perfecta continuidad de córtex-raíces-plexo-nervios periféricos. En cualquier punto de estas estructuras la continuidad puede ser lesionada por los traumatismos de la vida moderna. ¿Porqué no buscar la manera de estimulación a distancia desde un miniemisor colocado en el córtex hasta un minireceptor colocado en el músculo paralizado?.
- El segundo escollo es el factor inmunitario y su dominio nos abrirá el camino para toda clase de injertos que no sean autólogos y otros materiales. Aquí recuerdo el milagro de los Santos médicos Cosme y Damián que trasplantan a un enfermo blanco la pierna de un negro. En 1979 empezó en EE.UU. el uso experimental de la ciclosporina que suprime en el hombre la inmunorreacción de los llamados rechazos, pero conservando al sistema de defensa ante la infección.
- El último obstáculo es el anacronismo que suponen las suturas nerviosas actuales y estamos practicando ridículas suturas epineurales dejando a la buena de Dios la función de reorientar los miles de axones seccionados de un cabo a otro. Mientras no tengamos sutura axónica practiquémosla al menos funicular, que es los que ahora estamos haciendo. ¿Porqué no buscar una energía que oriente los axones? Basset en sus trabajos sobre campos eléctricos muestra una experiencia en la que el paso de una corriente eléctrica a través de una solución in vitro de células mesenquimatosas hace que todas ellas se orienten en el sentido del campo magnético. Se podría desarrollar un campo magnético entre los cabos nerviosos para que estos fueran al encuentro el uno del otro”.

“Vean lo que creo que será el futuro:

- 1º El impulso que desde el córtex estimula el músculo que ha sido trasplantado con su pedículo vâsculo-nervioso.
- 2º Un pulgar trasplantado.
- 3º Un trasplante heterólogo por la técnica de los Santos Cosme y Damián.
- 4º Un dedo de material tolerado perfectamente.
- 5º Todo ello acompañado de un pequeño ser que el buen Dios ha puesto a nuestra disposición que salvará trasplantes o reimplantes que por deterioro de drenaje venoso estaban destinados a morir. Es una antigua compañera de nuestra clase y se llama humildemente Sanguijuela”.

CONFERENCIAS Y MÉRITOS.

Afortunadamente podemos copiar el listado de la producción científica oral de Angel Santos Palazzi Duarte de su propio curriculum conservado por su archivero Santos, el hijo mayor, en un ejemplar mecanografiado de páginas amarillentas.

Ponencias:

- Valencia 1954. Rodilla paralítica. Sociedad Española de COT.
- Barcelona 1963. Cirugía de los nervios periféricos. Asociación Española de Cirujanos.
- Torino 1965. Trasplantes en pies. Sociedad Ortopédica del Mediterráneo Latino.
- Funchal 1965. Pie paralítico. Sociedad Española de COT.
- Las Palmas de Gran Canaria 1972. Cirugía de los nervios periféricos. Sociedad Española de COT.
- Gerona 1974. Cirugía del hombro. Sociedad Española de COT.

Conferencias en el extranjero.

- La Rehabilitación en nuestro centro, Academia de Ciencias de Caracas.
- Cirugía de la mano, Sociedad Finlandesa de Ortopedia.
- Artrosis de la cadera, Hospital Neerliche, Bruselas.
- Artrosis de la cadera, Universidad de Iowa, USA;

- Escoliosis, Sociedad Portuguesa de COT.
- Trasplantes en pies, Sociedad Portuguesa de COT.
- Tratamiento de la pérdida de oposición del pulgar, Homenaje a los profesores Friberg y Wiberg, Sociedad sueca de COT.
- Tratamiento de la gonartria, Homenaje al Dr. López Trigo, Valencia.
- El trasplante muscular en la gonartrosis, Homenaje al profesor Camera, Italia.

Los viajes que Palazzi Duarte hizo al extranjero los podemos conocer de forma algo detallada porque se conservan sus pasaportes, así, en plural. Era venezolano de nacimiento y tenía pasaporte venezolano en el que consta esta nacionalidad, pero su familia no había renunciado a sus orígenes corsos con nacionalidad francesa y obtuvo también su pasaporte francés, emitido por el Consulado de Francia en Barcelona el 18 de septiembre de 1936; recordemos que esta fidelidad a “la Patrie” le costó a su padre la muerte en el frente de la Marne en la primera guerra mundial. En 1933 se naturalizó español y consiguió un pasaporte español cuando lo necesitó con fecha 14 de abril de 1945 y con estos tres documentos hemos reconstruido en parte sus salidas de territorio español en los años anteriores y posteriores a la guerra civil.

El pasaporte francés sirvió para salir del territorio español en guerra el 22 de septiembre de 1936 por vía marítima desde Barcelona hasta Marsella y desde aquí llegó a Italia por la frontera de Ventimiglia. De esta forma pudo volver a la zona nacional e incorporarse a la sanidad militar del ejército del sur donde fue asimilado a teniente, como explicamos al hablar de la guerra civil. En este pasaporte están marcados los membretes del “conseller de governació” de la Generalitat de Catalunya, que era quien controlaba las salidas al extranjero, pero también leemos en la misma hoja el membrete del Comité de Milicias Antifascistas, cuya “sección de investigación” revisaba los permisos del gobierno y podía haber puesto impedimentos a la salida de Palazzi si no hubiese sido un extranjero.

Utilizó el pasaporte español para salir por vía marítima hacia Venezuela el 1 de mayo de 1945 y no hay más membretes que los de su regreso con parada en Santa Cruz de Tenerife el 6 de junio de 1946 y entrada en Barcelona el 12 de junio de 1946 también por vía marítima. Este año de estancia en el extranjero corresponde a su estancia en Estados Unidos, donde se mantuvo como venezolano, como era habitual excepto en situaciones especiales. En su pasaporte venezolano renovado por quinta vez, ahora en el consulado de Barcelona el 3 de agosto de 1960, nos informamos gracias a los membretes de las fronteras de que estuvo en Zurich, Ginebra, Helsinki, París, Lisboa, México, Venecia, siempre con total libertad de salida y entrada. A los españoles se les exigía en la postguerra un certificado del Colegio de Médicos sobre la idoneidad del viaje de estudios para “el bien de la ciencia patria” (como hemos mencionado en alguna ocasión en otros personajes) para que la policía de fronteras dejara libre paso hacia el destino deseado. Su hijo Santos ha confirmado que su padre era venezolano y que con este pasaporte salía al extranjero.

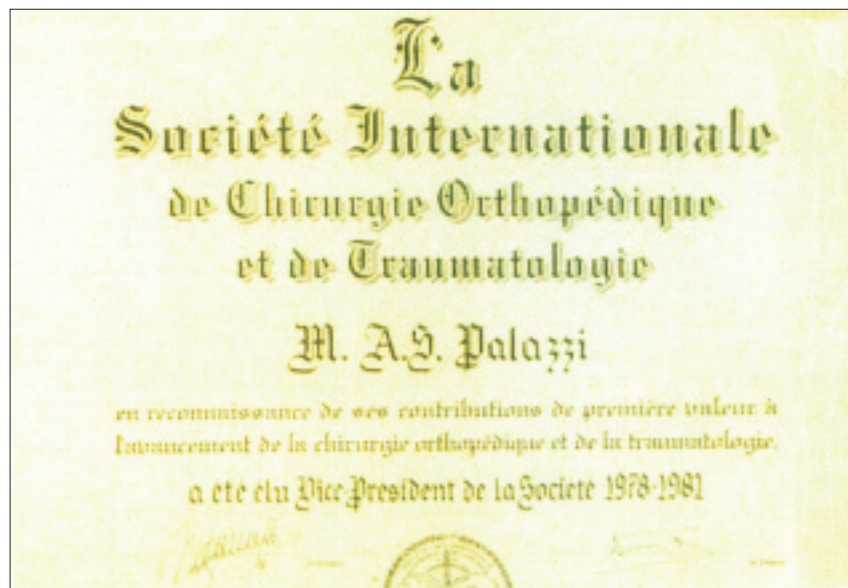
Conferencias en Servicios españoles:

- Barcelona: Osteosis paratiroideas (prof. Pedro y Pons); Lesiones de los flexores (prof. Piulachs); Cirugía del pie, (prof Arandes); Estática y dolor (Servicio de reumatología dr. Barceló); Radiología de la tuberculosis osteoarticular (Servicio de radiología, dr. Vilaseca); La rehabilitación de miembro superior (servicio de neurología, dr.Sales Vázquez); Osteosarcomas (Servicio de oncología, Hosp St. Pau); Rehabilitación del miembro inferior (Servicio de neurología, dr. Sales Vázquez).
- Madrid: Cirugía de los flexores (Servicio prof. Sanchís Olmos); Escoliosis (Servicio dr. Torres Gost); Lesiones de la mano (Servicio prof. Sanchis Olmos); Coxartrosis (Servicio dr. Sentí Montagut);
- Valencia: Escoliosis (servicio dr. Álvaro López); Parálisis de la oposición (Soc. Levantina COT); Lesiones de flexores y extensores (Soc. Levantina COT).

- Alicante: Coxartria (Soc. Médica Alicantina).
- Sevilla: Escoliosis (Asociación sevillana de Ortopedia).
- Oviedo: Pseudartrosis sépticas (Servicio dr. García Díaz); Enfermedad de Volkmann (Servicio dr. Vallina).

Miembro de Sociedades.

- Sociedad Catalana de COT, Presidente 1959-1962; Sociedad Española de COT, Presidente 1966-1968; Asociación Española de Cirujanos; Sociedad Internacional de COT, Vicepresidente 1978-1981; Sociedad Venezolana de Traum y Ortop; Miembro del International Orthopaedic Club (limitado a 25 miembros del mundo occidental); Miembro fundador de la Sociedad española de Cirugía de la Mano 1969; Union Médica del Mediterráneo Latino, miembro del comité de COT; Profesor Honorario de la Universidad de Navarra 1984.



Diploma de Vice- Presidente de la SICOT.

Sociedad Española de COT.

Palazzi Duarte fue elegido presidente de la SECOT para el bienio 1966-1968 y durante su mandato se celebraron el XI Congreso y el XII Congreso. El primero fue declarado excursión oficial post-SICOT de París y su organización estuvo a cargo de Jordà López desde el 12 al 15 de septiembre de 1966, que utilizó el Estudio General Luliano, antigua sede de la Universidad de Mallorca y en la que en el siglo XVII Francisco Puig creó un Colegio de Cirujanos con una docencia de cinco años de duración, con laboratorio para prácticas y sala de disección, como explica el propio organizador. El congreso de 1969 se celebró en Zaragoza y en la ponencia de 1 octubre titulada "Traumatología y Ortopedia – La especialidad y su ejercicio" el tercer capítulo correspondía a "Enseñanza de la especialidad en nuestro país: a) durante los estudios de licenciatura y b) la especialidad en los postgraduados" y le correspondió desarrollarla al ponente Santos Palazzi Duarte.

Societat Catalana de COT.

La "Societat Catalana de Cirurgia Ortopédica i Traumatologia", fundada en 1931 tuvo como primer presidente a Joaquín Riba de Sanz, como vicepresidente a Ramón San Ricart, como secretario a Luís Ribó y Rius y como vicesecretario a Mariano Soler Terol, todos ellos de centros sanatoriales de San Juan de Dios y dedicados de modo preferente al tratamiento de la tuberculosis osteoarticular. Con la guerra civil sus actividades se paralizan y con la postguerra la Societat es disuelta, como tantas otras

sociedades científicas catalanas, por orden gubernativa. En 1950 se reactiva tímidamente la antigua Societat pero con el nombre de Asociación de Cirugía Ortopédica y Traumatología de Barcelona gracias al impulso de Ramón San Ricart y de Ribó Rius y de quienes sucesivamente serán presidentes en los tiempos inmediatos; los dos citados serán presidente y vicepresidente respectivamente por un largo periodo de cinco años, transcurridos los cuales se celebran elecciones para nombrar oficialmente la primera Junta de la postguerra y sale elegido presidente José María Vilardell Permanyer, que había sido presidente de la SECOT entre 1951-1953; permanece desde 1955 hasta 1959, año en que se celebran nuevas elecciones y esta vez es elegido Angel Santos Palazzi Duarte para el período 1959-1962. En su junta se estructura de forma definitiva la duración de los presidentes y a partir de él las elecciones de presidente serán bianuales y se normalizan las sesiones mensuales de la Asociación de COT. Le siguieron en la presidencia Bosch Olives, Jimeno Vidal, Cañadell Carafí, Collado Herrero y Esteve de Miguel (presidente SECOT 1988-1990), que consiguió recuperar con el permiso gubernativo el antiguo nombre de Societat Catalana de COT en 1970.

La Mostra Ortopédica.

La Societat fue creciendo y entró en un período de madurez que hizo posible en mayo de 1982 una reunión global a modo de congreso, con la excusa de celebrarse el 50 aniversario de la fundación del Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa bajo la presidencia de Antonio Viladot Pericé. Le dio el nombre de "Mostra Ortopèdica i Traumatològica Catalana" y cuando la preparó era presidente de la Societat Catalana y el siguiente durante la Mostra (=muestra) fui yo. En su discurso de apertura, que es el prólogo del libro de las conferencias, dijo que "pretendía resaltar la gran categoría de nuestra cirugía ortopédica... y para ello hemos querido reunir en este acto, recopilado en esta publicación, las principales figuras de la especialidad en Cataluña... ha sido emocionante la colaboración que hemos recibido de todos los colegas... queremos destacar también la importancia que han tenido en los avances de la ortopedia los hospitales de la Orden de San Juan de Dios y de las "hermanas hospitalarias" del Sagrado Corazón de Jesús del Hospital Sant Rafael de Barcelona... porque durante muchos años nuestros hospitales eran los únicos donde se hacía auténtica ortopedia". En esta Mostra fue invitado Palazzi Duarte que pronunció, como gran maestro ya jubilado, su conferencia histórica "Los últimos 50 años de cirugía de la mano", que embelesó al auditorio y cuyo contenido ha sido posible exponer en esta biografía gracias a disponer del manuscrito original. Viladot llegó a presidente de la SECOT en 1986. La semilla de la reunión anual cayó en buena tierra y finalmente en 1988 se celebró el Ier Congreso de la Societat Catalana de COT en Tarragona bajo la presidencia de Ignasi Sampere Rusiñol, jefe de servicio en el Hospital Joan XXIII, siendo presidente de la sociedad Antonio Navarro Quilis que fue un auténtico promotor.

Entre sus méritos debo contar que en lo referente a la vida Colegial fue en su momento un auténtico defensor del sistema democrático mediante elecciones. En 1963 se formó lo que se ha venido a llamar una plataforma electoral en apoyo de un candidato que encabezaba un equipo propuesto como nueva Junta Directiva del Colegio de Médicos de Barcelona. Hasta aquel momento los Presidentes recibían nombramiento y apoyo entre franquistas y lo que se había pedido era la celebración de elecciones libres de una vez y los poderes políticos habían accedido a que se celebraran, siendo este cambio un inicio de abertura hacia nuevas formas de vida colegial. Se habían presentado varias candidaturas: la continuista encabezada por Luís Trias de Bes y Giró; la falangista con Ramírez y Azorín; la cooperativista con Espriu Castelló, fundador de Asistencia Sanitaria; la aperturista y renovadora con Pinós como candidato a la presidencia, Santos Palazzi como vicepresidente y Muñoz Pujol (cirujano ortopeda) como secretario. La corporación médica resultó ser temerosa de cambios y su voto, mayoritariamente conservador, eligió a Trias de Bes. Hubo que esperar dos períodos

electorales más para que saliera elegido un Presidente de talante renovador y no franquista. La época preparatoria de las elecciones me ha resultado fácil de recordar porque en una reunión en la que yo participaba, junto a otros miembros del equipo de Pinós y de Palazzi, uno de los mantenedores de esta candidatura llegó algo atolondrado y nos dijo que acababan de asesinar a Kennedy en Dallas.

SU TALANTE.

Cuando nos explicó sus primeros 50 años en cirugía ortopédica comentó que esta era la mitad de su vida ya que la otra mitad, la que había hecho posible ésta, "se llama Conchita, porque un hombre no es completo si no tiene siempre al lado alguien a quien querer y que le haga sentirse querido". Su esposa falleció el día uno de junio de 1982 cuando él tenía 73 años y a partir de entonces empezó una década de soledad aliviada por la continuidad del trabajo y por el entorno familiar con 12 nietos.

El último gran premio fue su jubilación en plenitud de facultades, pero este es un concepto digamos que laboral, político y económico por ser pensionista y para él no valía porque sus energías intelectuales y físicas seguían en vigor. En la jefatura del servicio de cirugía ortopédica y traumatología del Hospital del Sagrat Cor le sucedió su hijo Santos Palazzi Coll y él se quedó no como "jefe honorario" sino como "jefe sin horario" tal como decía. Siguió visitando y operando a menor ritmo y practicando hasta los 83 años sus deportes favoritos, en la medida de sus fuerzas, el tenis, el esquí y la navegación en Sitges, y le oí decir una vez que en el mar Mediterráneo y en su barca recibía las inspiraciones para sus proyectos. Explica su hijo Santos que dos semanas antes de fallecer había operado un caso algo difícil y por lo tanto no se mantuvo ocioso en sus últimos tiempos porque conservó ánimos hasta el final.

Cañadell Carafí lo describió como venezolano de nacimiento, español de asentamiento, de formación italiano y de gusto anglosajón: "era todo un carácter tocado por el dedo del genio". A menudo, seguro de sí mismo y de sus méritos ante los que le rodeaban, se permitía el lujo de decir lo insólito y lo chocante como la anécdota narrada por su hijo Santos al profesor Steven Hovius de Rotterdam en una carta: "Siempre preguntaba a la enfermera cuál era el nombre del Santo el día anterior a la práctica de una complicada tenolisis de un flexor. Ya en quirófano en el momento de tirar del tendón explicaba a los asombrados asistentes que esta tenolisis era la muy conocida operación de San Patricio y en otras ocasiones la misma tenolisis cambiaba su nombre por el de operación de San Jaime, San Juan, dependiendo del santo de cada día". Alguna vez le oí decir ante la inminente lección magistral de uno de sus invitados que pronto nos iban a "desasnar" de nuestra ignorancia sobre el tema. El hecho quedaba como "cosas de Palazzi", comenta Cañadell, y jocoso y con sorna decía que tenía venia para ello. Ya en tono más serio resumía la capacidad de sus conocimientos exponiendo el Diagrama de Chalmer: "Cuanto mayor el diámetro de mi ciencia tanto mayor la circunferencia de mi ignorancia. Cuanto menor el diámetro de mi ciencia tanto menor la circunferencia de mi ignorancia". Falleció el día 12 de marzo de 1993 a los 83 años de edad.

VICENTE SANCHÍS OLMOS (1911-1963).

“Intentar analizar con espíritu crítico y biográfico, la extraordinaria figura de Vicente Sanchís Olmos, es realmente una tarea enorme, por lo menos tanto como ingente y trascendente fue su labor científica, humana y profesional”. Así empieza el esbozo biográfico que hizo Francisco Vaquero González, colaborador y después sucesor y continuador de su obra, y a quien debemos muchos de los datos del maestro no escritos y legados gracias a la objetiva narración que hizo, a pesar de que nos diga que “Nadie menos adecuado que el autor de esta líneas para hacer un estudio desapasionado de su labor. Por mucha frialdad y objetividad que quisiéramos imponer a nuestras apreciaciones, todas ellas estarán profundamente impregnadas de la convivencia humana durante más de 15 años con el que fue mi maestro, de sus triunfos y sus dudas, de sus ilusiones y sus desengaños. ... Es el testimonio, el balance de una obra vivida día a día..... que tuvimos la inmensa fortuna de compartir, de vivir sus mejores afanes y sus triunfos y de los que nos queda como el más precioso de los legados, el tesoro inestimable de sus enseñanzas”.

A la documentación procedente de nuestra Revista (sus escritos científicos) y a sus monografías y libros se ha añadido un muy importante documento cual es la Tesis Doctoral de José Carlos Trilla y Trilla de la Universidad de Valladolid, dirigida por el Profesor Miguel Sánchez Martín, eminente historiador de nuestra especialidad y miembro de la SECOT y con cuya amistad me honro. Se trata de un trabajo biográfico de 600 páginas sobre Sanchís Olmos, de gran rigor documental, sin parangón entre el resto de refundadores de nuestra sociedad, ya que nadie había dedicado tan ingente labor al conocimiento de uno de nuestros maestros de postguerra. Todos debemos felicitarnos de esta aportación que marca un hito en la historiografía de la cirugía ortopédica y traumatología. Trilla fue uno de los médicos que en el equipo inicial de Joaquín Cabot Boix participó de la inauguración del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario de Bellvitge y allí trabajó hasta su regreso a Valladolid en 1977 para incorporarse al servicio de COT de la Residencia Sanitaria Onésimo Redondo, que hoy en día se llama Hospital Pío del Río Ortega, donde trabajó hasta 2007, año de su jubilación. Nuestra amistad procede de años de formación y ha perdurado hasta ahora y lo confirma el ejemplar encuadernado de la tesis con que me obsequió y que he cedido a la biblioteca de la SECOT.

INFANCIA Y JUVENTUD.

Vicente Sanchís Olmos era hijo del doctor valenciano Francisco Sanchís Fabrés, que ejercía de médico rural en Catarroja y en éste tenía una casa con naranjos. Su padre enviudó de su primera esposa Amparo Bru, de quien no tuvo descendencia. Se casó en segundas nupcias con Vicenta Olmos Fortea y de este matrimonio nació nuestro biografiado el 16 de diciembre de 1911 en la ciudad de Valencia; sus abuelos paternos eran Vicente Sanchís y Joaquina Fabra. A lo largo de este período vivió entre ambos domicilios, el del pueblo y el de la ciudad, lo cual significa para un niño y un adolescente el contacto permanente con la gente del campo y con su auténtica valencianidad cultural y lingüística. Hizo los estudios primarios en la ciudad y el bachillerato en el Instituto de Enseñanza Media de Valencia, donde ya demostró que era un alumno brillante que conseguía matrículas de honor, tanto en materias de ciencias como de letras.

Cursó los estudios universitarios en la Facultad de Medicina de Valencia y se licenció en 1933 a los 21 años con la calificación de sobresaliente y por oposición ganó el premio extraordinario de licenciatura “López Sancho”, después de un examen en el que le tocó desarrollar los temas “uremia” y “hernia inguinal”. En unas manifestaciones personales referidas por Trilla decía de sí mismo en relación a sus estudios “No con brillantez, puesto que temperamentalmente fui rebelde a estudiar aquello que no me gustaba o que no me era agradable. Como consecuencia de ello, algunos programas no

gozaban de mi simpatía”, lo cual denota una humildad frente al resultado de tales estudios. Durante los últimos tres años de facultad trabajó como alumno interno en la cátedra de operaciones y entre sus maestros encontró en el Profesor Benlloch la orientación hacia la cirugía ortopédica como campo novedoso y con posibilidades de futuro. En su facultad la enseñanza de la cirugía ortopédica y la traumatología se encontraba, como en el resto de facultades españolas, integrada en la patología quirúrgica, sin personalidad independiente, por cuyo motivo, una vez acabada la carrera, decidió estudiar esta especialidad elegida en un centro de prestigio mundial como era el Instituto Rizzoli de Bolonia, donde podría tener como maestro al tan prestigioso y conocido Profesor Vittorio Putti, que en 1929 ya había sido uno de los fundadores de la SICOT. Desde su licenciatura hasta su marcha a Bolonia trabajó durante año y medio con el doctor Alvaro López en el Sanatorio de la Malvarrosa de Valencia, dedicado a la patología tuberculosa osteoarticular.

En 1934 obtuvo beca para residir en el Colegio de España de Bolonia, según decisión de su Patronato de Sangre que le nombró “colegial” (14-XI-34). Se inscribió en la Facultad de medicina y cirugía de la Università degli Studi y cursó el sexto curso de medicina durante el año académico 1934-35 (certificado 4-X-35). Así consiguió el diploma de Doctor en Medicina y Cirugía con una votación de ciento diez sobre ciento diez y laude, firmado por el Doctor Alessandro Obigi, Rector de la Universidad, y encabezado por Su Majestad Vittorio Emanuele III Re d’Italia Imperatore d’Etiopia, con fecha de 14 de julio de 1936, cuatro días antes de estallar la guerra española. El día 9 de septiembre de 1940 el Ministerio de Educación Nacional le convalidó el título de Doctor expedido por la Universidad de Bolonia porque los estudios boloñeses eran reconocidos como válidos desde la Real Orden de 7 de marzo de 1877. Más adelante hablaremos de la gran influencia que han tenido en la cultura española los estudios en Bolonia. Durante su estancia en el Istituto Rizzoli bajo la dirección y el maestrazgo del Profesor Vittorio Putti, Sanchís Olmos analizó casuísticas de poliomiélicos y elaboró su Tesis Doctoral cuyo título fue “El pie talo poliomiélico” y mereció la máxima calificación antes referida. Se trata de un estudio sobre 170 casos de pies talos rigurosamente analizados, siguiendo la metódica de la escuela del Rizzoli, que en aquel momento fue la estadística más numerosa de su época. Sanchís Olmos recibió una profunda influencia de Vittorio Putti, cuya personalidad le marcó profundamente y cuya forma de trabajo intentó emular a lo largo de su vida con una dura disciplina, con un trabajo infatigable, con espíritu de investigación y de equipo y con un estudio crítico de los resultados. Según su alumno Vaquero González se podía encontrar una similitud de espíritu y de personalidad entre Sanchís Olmos y su maestro Putti. Cuando éste falleció escribió en la nota biográfica:

“Aunque sus enseñanzas queden perennes, y aunque nuestro corazón será fiel al agradecido recuerdo, no podremos aprender más de él. Con ser tanto lo que enseñó, todavía esperábamos nosotros, con otros, recibir más lecciones. Se ha ido a los sesenta años, cuando tantos son viejos, pero cuando unos pocos elegidos como él, siguen dando los mejores frutos de la sabiduría. Su obra es genial y grandiosa como él mismo. Sólo quien reuniera a fondo como él las cualidades de hombre, sabio, maestro y artista, podría llevar a cabo desde su juventud una obra como la suya”.

Durante estos primeros años de licenciado ya empezó a publicar sus experiencias como cirujano ortopeda en Publicaciones de Crónica Médica:

- A propósito de un caso de neufibromatosis localizado en los territorios periféricos del trigémino derecho (X-34).
- Tuberculosis osteoarticular de focos múltiples; junto con Alvaro López (I-35).
- Etiología y patogenia de la luxación congénita de cadera (X-35).-
- La evolución de la curva de peso en los enfermos de tuberculosis osteoarticular sometidos a régimen sanatorial (XII-35).

- Tratamiento quirúrgico de las fracturas del cuello del fémur utilizando el método Extraarticular de Sven Johanson (II-36).

La Revista de Cirugía de Barcelona, dirigida por Joaquín Trias Pujol, le aceptó dos artículos que envió desde el Instituto Rizzoli con el nombre del director Prof. V. Putti en el encabezamiento y anunciándose como Pensionado por el Patronato del Colegio de España de Bolonia:



Vicente Sanchís Olmos joven licenciado.

- Contribución al estudio del tortícolis ocular (IV-36).
- La parálisis del nervio cubital en las fracturas del codo (XI-36).

En la recién fundada revista de nuestra Secot, Cirugía Ortopédica y Traumatología, publicó Las parálisis del nervio mediano en las fracturas del codo (tomo I, VI-36).

Una vez concluida su etapa de formación boloñesa regresó a Valencia el día 10 de julio cuando faltaba muy poco para el inicio de la guerra civil y el día 15 de julio de 1936 ingresó como miembro en Falange Española, hecho que supo encubrir durante la contienda dado lo peligroso de esta adscripción en zona republicana. Durante la guerra trabajó en el Hospital de Alcoy (Alicante) al lado del profesor Bastos Ansart de quien aprendió el tratamiento de las heridas de guerra que consistía en la amplia apertura, la resección de todos los secuestros el taponamiento con gasas vaselinazas y la inmovilización enyesada y oclusiva, técnica conocida como "método español", ampliamente

difundido en el Reino Unido por Trueta. Con el final de la guerra Sanchís Olmos consideró que al cabo de seis años de ejercicio como cirujano había finalizado su etapa de aprendizaje.

FUNDACIÓN CARDENAL ALBORNOZ.

Gil Álvarez de Albornoz nació en Cuenca en 1303 y era hijo de García Álvarez de Albornoz (descendiente de Alfonso V de León) y de Teresa Luna, de noble familia aragonesa. Fue educado por su tío Jimeno de Luna, arzobispo de Zaragoza, que lo envió a estudiar derecho canónico a la universidad de Tolosa del Lenguadoc junto al gran maestro Esteve Aubert, futuro papa Inocencio VI, y allí permaneció hasta 1325. En 1340 jugó un destacado papel en las cortes de Burgos, participó en actividades guerreras al lado del rey Alfonso XI, como fue la conquista de Algeciras en 1344. Al morir el rey en 1350 y ser coronado Pedro I, se alejó de la corte castellana y se trasladó a Aviñón donde en 1352 llegó al pontificado Inocencio VI, su antiguo profesor de Tolosa, el cual lo nombró legado en Italia con plenos poderes en los dominios pontificios. Tuvo que guerrear duramente para recuperar estos dominios, cosa que logró en varias victorias, y consiguió que se aprobaran las célebres Constituciones Egidianas que reunían en un solo cuerpo legal las leyes antiguas y las nuevas y que fueron vigentes hasta 1816. Al retornar a Aviñón el papa le proclamó "padre y salvador de la Iglesia". Volvió a Italia donde venció a los Visconti que disputaban a la Iglesia el dominio de la importante ciudad de Bolonia y siendo vencedor la incorporó a los estados pontificios en 1360. Allí fundó el Colegio de San Clemente para estudiantes de la península ibérica, institución que hoy en día aún perdura. Su último éxito fue el retorno del nuevo pontífice Urbano V a Roma y en 1367 falleció en Vitervo en el Lacio después de siete años al servicio de este papa. En 1530 el papa Clemente VII coronó emperador del imperio austrohúngaro a Carlos V en esta ciudad decana de la vida universitaria europea desde el siglo XI.

El Cardenal Albornoz mandó construir en Bolonia un colegio para los estudiantes peninsulares que actualmente recibe el nombre de Real Colegio Mayor de San Clemente de los Españoles. Encargó la obra a un gran arquitecto de la época, Matteo de Giovanello, llamado Gattapone, que precisó de

cinco años, entre 1362 y 1367, para llevarla a cabo y dejar a la posteridad un magnífico palacio con hermosas salas y habitaciones alrededor de un patio central, "il cortile", con su pozo y cisterna en el centro. Su remodelado y adecuación a la vida actual ha permitido proporcionar a los becarios las comodidades necesarias. Esta joya de colegio universitario es una institución muy importante de la vida boloñesa y su fiesta anual con todo su empaque es el encuentro de las autoridades y la sociedad civil de la ciudad con los estudiantes. El colegio tiene un patronato que gestiona los bienes de la Fundación Cardenal Albornoz y nombra periódicamente un Presidente con el cargo de "Patrono de Sangre" de dicho Colegio. Cuando se celebró la última reunión antes de la guerra civil en 1934 este cargo recaía en el XVII Duque del Infantado y Marqués de Santillana, amén de otros títulos nobiliarios, y su discurso fue publicado diez años después por nuestro ministerio de Asuntos Exteriores, de quien depende la adjudicación de las llamadas "becas de intercambio". Éstas, según afirmaba el primer biógrafo de Sanchís Olmos, su alumno Vaquero González, eran escasas y fuertemente politizadas (hablamos de 1934) y tuvo que repetir su petición una segunda vez para obtenerla; presidía el tribunal don Alfonso García Valdecasas, con prestigio de riguroso, y gracias a su anuencia y a la justa valoración de los méritos del candidato, llegó Sanchís Olmos a Bolonia con todo su bagaje de ilusiones juveniles, como reconocía Vaquero. Treinta años más tarde pedí una de estas becas para realizar mi primera salida de estudios y pude comprobar que la politización en la adjudicación seguía persistiendo, pero era de otro signo. En 1948 se celebró un importante congreso médico en el Aula Magna dell' Universtà y el profesor Gherardo Forni pronunció su discurso "Lo Studio di Bologna nel progresso delle scienze mediche" y puso de relieve los motivos y los avances que llevaban a tantos estudiantes extranjeros a la universidad boloñesa. Los españoles se han encontrado siempre entre los frequentadores de esta decana institución y domina por su prestigio el derecho internacional. Los antiguos colegiales en Bolonia han creado una Asociación Cardenal Albornoz, con sus estatutos y su relación de asociados y en la relación de 1907 a 1977 publicó un informe sobre las carreras elegidas: derecho 189; medicina 48; filosofía y letras 12; historia 5; ciencias económicas 4; ciencias agrarias 2; ciencia físicas 2; veterinaria 1. Sobre un total de 265 estudiantes españoles las procedencias dominantes son: Madrid 110; Andalucía 44; País Valenciano 33; Cantabria 25; Castillas 12; Aragón 10; y otros en menor cantidad. Si bien el epíteto de "bolonio" es propio de los becarios del Real Colegio, también se ha aplicado de modo extensivo a quienes han realizado estudios de postgrado en esta universidad.

Desde los tiempos del emperador Carlos V, en esta ciudad coronado Emperador, la corona otorgó perpetua protección al real Colegio y a cuantos en este Estudio se titularon como doctores los llamó "Condes Palatinos". S.M. el rey Juan Carlos, con motivo del quinto centenario de la Regia Protección, renovó la Regia Protección el 5 de mayo de 1988 cuando el Alma Mater boloñesa le confirió el grado de Doctor "honoris causa" en Jurisprudencia. El rey recordó en su discurso la labor de antiguos alumnos como el gran jurista San Raimundo de Penyafort, como el gramático Elio Antonio de Nebrija, autor de la primera Gramática de la Lengua Castellana. Dijo que en los inicios de su existencia como Colegio un estudiante catalano-aragonés podía considerar extranjero a un castellano y a la inversa; iba ser el Colegio quien les enseñara que no era así... descubrieron la hondura de sus raíces comunes. Recordó también a Felipe II, quien prohibió con su normativa proteccionista que sus súbditos hispánicos acudieran a universidades extranjeras pero respetó, como excepción única, los estudios en Bolonia y la validez de sus títulos que se convalidaban en su Reino. Don Juan Carlos reconocía que solamente la Universidad puede formar nuevas generaciones con raíces históricas y sin fronteras intelectuales, y especialmente a ésta, por su primado en el tiempo y por su vocación cosmopolita siempre renovada, y a ella le toca el protagonismo en la gran iniciativa integradora del Proyecto Erasmus y de la Carta Magna de las Universidades.

En el periódico ABC del 2 de junio de 1992 Manuel Olivencia, que se doctoró en Bolonia, publicó en primera página el artículo Bononia Docet (=Bolonia enseña) afirmando el agradecimiento de su magisterio desde sus estudios en años de juventud, hasta ahora, hasta siempre. Nos dice que Bolonia es maestra en la ciencia y en el arte de unir pasado, presente y futuro, que es en lo que consiste la sabiduría de vivir, y que imparte esa enseñanza en el escenario impresionante de una ciudad monumental, escrupulosamente conservada y gozosamente disfrutada por sus habitantes; es una cátedra de cultura urbana, respetuosa de la historia de la "cittá", ámbito de convivencia, de vida comunitaria, del arte de vivir en belleza. Ha salvado y rehabilitado su centro histórico, lo ha revalorizado, con la pureza de sus construcciones medievales, compatibles con un ordenado crecimiento de la ciudad "fuori porte"; la ingeniería se ha empeñado en fijar la inclinación de las dos torres inclinadas, "le torri pendenti". Ayuntamiento de maestros y escolares –nos dice- los primeros nos beneficiamos de la constante juventud de los segundos, y así la Universidad no envejece. Este antiguo bolonio recuerda la visita del rey Juan Carlos recibido por el claustro de doctores, encabezado por su Rector Magnífico, con el senado Universitario bajo mazas..., todo el protocolo del acto no era una mera "parafernalia" (como con notoria impropiedad dice la "progresía") ni un vacío formalismo, sino la plena formalidad de los signos con que se expresan la importancia y el sentido de los actos. El ropaje de la investidura académica envuelve una realidad significativa: los méritos de los maestros reconocidos por la más antigua Universidad de Europa.

EL ISTITUTO RIZZOLI.

Francesco Rizzoli nació en Milán el 11 de julio de 1809 en un parto difícil al que tuvo que ayudar un cirujano famoso Giovanni Battista Monteggia (1762- 1815) utilizando un fórceps. Llegó a médico, se especializó en cirugía, fue encargado de la cátedra de clínica quirúrgica de la Universidad boloñesa en 1849 y obtuvo el grado de profesor ordinario en 1855, cargo que ejerció hasta 1868 y renunció por motivos personales y para dedicarse a la jefatura de servicio quirúrgico del Ospedale Maggiore; el ministerio "motu proprio" le asignó nuevamente la cátedra de cirugía. La ciudad de Bolonia, como muchas otras encerradas en sus murallas, era insalubre y falta de sol y de aire, por lo que tuvo que interesarse en favorecer la solución de estos problemas de sanidad pública. A lo largo de su vida profesional se dio cuenta de que en el campo de la cirugía destacaba la rama ortopédica y fue uno de sus grandes impulsores para que llegara a crearse un Instituto Ortopédico "no solo en el sentido literal de la palabra o sea el arte de enderezar los niños sino también en aquel de impedir y corregir en cualquiera edad con medios mecánicos o quirúrgicos las desviaciones externas de la forma normal, especialmente del aparato locomotor, óseo y muscular... deformidades susceptibles de ser prevenidas, curadas o mejoradas mediante medios mecánicos llamados ortopédicos o quirúrgicos,... coadyuvados con medios higiénicos y profilácticos especiales, en particular gimnásticos e hidroelectroterápicos".



Monasterio Olivetano de San Michele in Bosco.

Hizo testamento en 1879 legando su patrimonio a tal fin con la cláusula de reservarse la Dirección del Instituto mientras viviera, propósito que se esfumó con su prematura muerte al año siguiente.

Fueron encargados de llevar a cabo la creación del Instituto el Presidente de la Diputación Provincial Giuseppe Bacchelli y el cirujano Pietro Panzeri. Adquirieron el monasterio olivetano de San Michele in Bosco siguiendo la cláusula testamentaria que decía: "El Establecimiento deberá ser implantado en la llamada Villa de San

Michele in Bosco, cuya parte monumental deberá ser conservada a perpetuidad y mantenida, por patrio decoro, a cargo de mi herencia". Las obras de restauración y adaptación se concluyeron en 1896 y en tal año se inauguró el Istituto Rizzoli, de cuya dirección se encargó Panzeri, que acudía un par de días por semana, ya que seguía dirigiendo también el Istituto dei Rachitici de Milán. Esta situación le enemistó con personalidades de Bolonia y en 1898 renunció al cargo y se centró en Milán. Fue nombrado nuevo director Alessandro Codivilla (Bolonia 1861-1912), que era jefe de servicio quirúrgico del hospital de Imola en la periferia boloñesa; ocupó el cargo entre 1899 y 1912 y le sucedió Vittorio Putti hasta 1940 debido a fallecimiento prematuro. Este fue el gran maestro de Sanchís Olmos, que fue profundamente influido por el Real Colegio de San Clemente, por el Istituto Rizzoli y por el maestro Putti, motivos que justifican estos recuerdos históricos.



Vista aérea del Instituto Ortopédico Rizzoli.

Codivilla asumió la dirección en un ambiente político y profesional algo hostil porque en la ciudad se dudaba de su competencia y preparación para la materia ortopédica. Como dice Luigi Bader historiador del Rizzoli (L' Istituto Rizzoli e la Scuola bolognese di chirurgia ortopédica, Capelli editore 1965) "Codivilla se encontró en una posición muy crítica, tal que haría temblar las venas y el pulso de cualquiera que no hubiese tenido gran confianza en sus propias fuerzas y confianza en el apoyo incondicional de los administradores". La

obra de Codivilla se afianzó, ganó prestigio local y después europeo, recibió la visita del rey Umberto de Saboya y la biblioteca llevó su nombre. Un año digno de recuerdo fue en este Istituto el de 1902 cuando Alessandro Codivilla ideó y por primera vez aplicó la tracción directa sobre el esqueleto poniendo las bases de la moderna traumatología. Así lo recuerda una placa fijada en la pared por encargo del sucesor de Putti, Francesco Delitala y del sucesor de éste Raffaele Zanolì, que me concedió la beca en 1967.

La historia de San Michele in Bosco bien merece una reseña por ser la cuna donde se implantó el Instituto Ortopédico que alcanzó fama mundial en la primera mitad del pasado siglo. En la cima de la colina se instaló en 368 un cenobio que persistió a lo largo de seis siglos a pesar de destrucciones y posteriores reconstrucciones con los ataques de los Godos (409), de los Unos (603), de los Ungaros (906). En 1100 fue monasterio agustiniano y en 1364 devino morada olivetana hasta la supresión del monasterio en 1798. Sufrió la ocupación militar polaca en 1800, fue legación pontificia en 1841, cuartel austríaco en 1849, villa real en 1860 hasta la fundación del Istituto Rizzoli en 1880 (fallecimiento de Rizzoli) y se inauguró el Istituto en 1896. A partir de este momento se inició un dilatadísimo período de adaptaciones y de remozamiento protagonizado por Panzeri (1896-1898), por Codivilla (1899-1912), por Putti (1912-1940) y por Delitala (1940-1953). Desde entonces ya no cabían más adaptaciones y los tiempos exigían una modernización a partir de nuevas estructuras arquitectónicas que respondieran a las exigencias de la cirugía contemporánea; es el periodo de Zanolì (1953-1968) que se alargó durante la dirección de su sucesor Campanacci. Las más notables adaptaciones fueron las de las celdas monásticas en habitaciones de enfermos con número variable de camas, conservando las puertas de madera alineadas a lo largo de los anchos pasillos de bóvedas altas; las caballerizas se transformaron en gran sala de gimnasia y de mecanoterapia y finalmente en servicio de fisioquinesiterapia de última creación; el refectorio conventual con bellos frescos del

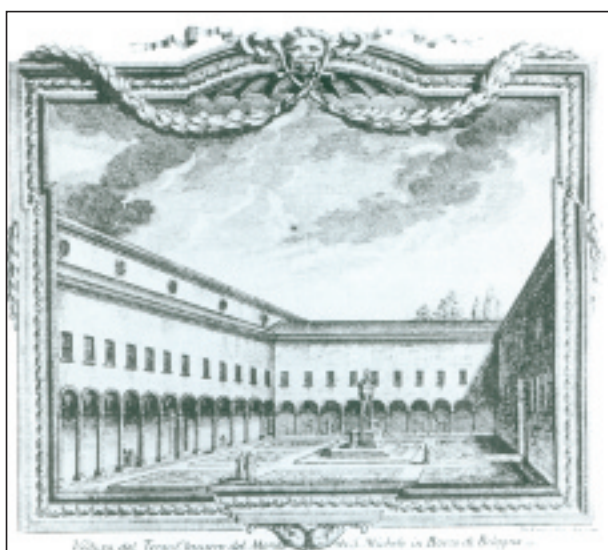
Vasari permitió crear una Aula Magna dignísima para ceremonias y para congresos; una gran sala de muy alto techo sirvió para instalar el gran quirófano dividido en dos espacios, uno para mesas, instrumental, aparatos y vitrinas de herramientas (“i ferri”) y otro para las hileras de asientos de los estudiantes y visitantes a partir de un muro de la altura de una persona complementado con barandillas metálicas; una salita conventual alargada sirvió para instalar a lado y lado unos cincuenta negatoscopios, donde se colocaban las radiografías del día, unas 150 de promedio, para que en la visita colectiva de todo el equipo médico pudieran ser vistas y comentadas cada tarde a eso de las seis antes de finalizar la jornada y por tal razón se llamaba la “sala di lastre” o sala de placas; una sala conventual permitió disponer de una sala de conferencias y aula docente en la zona del patio octogonal; el viejo museo de San Michele lo formaban tres salas y fueron unidas para dar lugar a una majestuosa biblioteca con grandes vitrinas y puestos de trabajo y lectura, donde la búsqueda bibliográfica se llevaba a cabo en ambiente casi fruiluno decorado con frescos en paredes y techos y con un voluminoso mapamundi giratorio.



Claustro octogonal por donde se accede al Aula.



El segundo claustro.



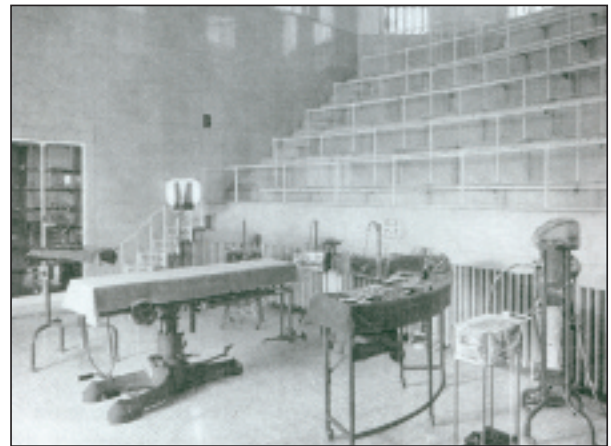
El tercer claustro.



Antiguo pasillo conventual con las puertas de celdas que son habitaciones de enfermos.



Gran sala de gimnasia y mecanoterapia en las antiguascaballerizas.



Quirófano con altas gradas para los alumnos.



La Sala de Placas (Sala di Lastre).

VITTORIO PUTTI.

El cirujano Augusto Anzoletti escribió en 1954 una obra biográfica de sus maestros en el Istituto Rizzoli que tituló "Alessandro Codivilla e Vittorio Putti" (nel ricordo di un loro contemporáneo = en el recuerdo de un contemporáneo de ambos) y tuvo el honor de que escribiera el prólogo el profesor sucesor de Putti que era Francesco Delitala, quien nos dice que "feliz suerte es la de los grandes cirujanos desaparecidos de la escena de la vida y que continúan siendo evocados en los quirófanos, ya cuando se pide una pinza de Kocher o una de Codivilla, una Luer, un Lambotte, una Pean, ya cuando se requiere una aguja de Kirschner, un tornillo de Putti, y que todos estos nombres vuelan en el silencio de la sala, donde no se oye más que la rítmica respiración del enfermo y la orden precisa del cirujano; son nombres repetidos en todos los países y en todas las lenguas, ya con voz sumisa, ya imperiosa, como una plegaria, como invocación de ayuda". Y con esta acertada evocación centra la perennidad del nombre de los maestros que protagonizan en libro en cuestión

Vittorio nació en Bolonia el 1 de marzo de 1880 y era hijo de Marcello Putti que durante muchos años fue jefe de servicio (= primario) en el Ospedale Maggiore de Bolonia. Creció y maduró en una atmósfera familiar de cultura humanística, de formación literaria y artística, cumplió brillantemente sus estudios de bachillerato, se inscribió en la facultad de medicina de su ciudad y se licenció en 1903. Durante los dos últimos años de la carrera había frecuentado el laboratorio de histología y técnica microscópica y de anatomía patológica, y siendo ya médico obtuvo el permiso de Codivilla para usufructuar el laboratorio del Istituto y ejercitarse con el microscopio. Aquí, al ser necesario contratar un asistente quirúrgico, recibió la oferta de la dirección para trabajar como cirujano ortopédico, pero

la rechazó porque pensaba dedicarse a la patología y al microscopio, a pesar de lo cual Codivilla insistió y al cabo de unos meses se quedó como asistente, sin saber que se iniciaba una etapa de treinta y siete años hasta su muerte. Al año siguiente ya publicaba su primer trabajo experimental sobre patología del riñón, dando inicio a una vida científica inconmensurable y de prestigio mundial. En su juventud completó la formación en el extranjero y en 1905 estuvo en la cátedra de radiología de Munich para ponerse al día de esta nueva especialidad tan importante para el aparato locomotor; en 1907 pasó cinco meses en Alemania, Austria y Hungría y en alemán publicó tres trabajos sobre deformidades de la columna vertebral; devino un notable políglota. En aquel año Codivilla escribió a Marcello Putti, padre de Vittorio, "he hecho por su hijo ciertamente menos de los que él merece y menos de lo que otros habrían podido hacer, pero he hecho cuanto he podido...le expreso la satisfacción de haberlo tenido como asistente y el deseo de volverlo a ver en el Instituto en el futuro"; era como un presagio de un futuro cercano. En 1909 fue nombrado vicedirector, en 1910 consiguió la docencia universitaria y en 1911 ganó la plaza de la recién constituida y unificada cátedra de ortopedia y traumatología. Al año siguiente, debido al fallecimiento de Codivilla, ocupó la dirección del Instituto Rizzoli y recibió la herencia - como dice Luigi Bader autor de la historia antes mencionada del Rizzoli – no solo de responsabilidad y de trabajo sino también de ideal.

La relación con su padre y el afecto que le profesaba se hace patente en la correspondencia mantenida, de la que Anzoletti seleccionó algunos párrafos: "Tengo la obligación sacrosanta de resarcirte por todas las fatigas que te causo; todo yo estoy en deuda, recuérdalo. Sepas que en mí, aquel sentimiento que hoy en día no tiene cabida en el ánimo del hombre, quiero decir el reconocimiento, está solidamente enraizado. Tal vez he cumplido con mi deber de hombre estudioso y honrado, como se espera de quien desciende de un linaje limpio, pero nada más. Por méritos de sangre tendría el deber de estar un poco por encima de los demás y en cambio aún me desenvuelvo débilmente entre la masa de los mediocres y el mundo me juzgará como un buen hijo de Marcello y no como su digno descendiente".

Su tarea como profesor dejó la huella imborrable en multitud de alumnos italianos que ocuparon cátedras universitarias y que fueron famosos a nivel internacional; su labor como investigador y como cirujano se plasmó en muchos trabajos y artículos publicados en numerosas revistas, pero básicamente en la del Instituto Rizzoli "Chirurgia degli Organi di Movimento", fundada en 1917. En 1920 fundó la "Bibliografía Ortopédica" que proporcionaba a los lectores de la anterior las reseñas de artículos necesarias para su actualización y los resúmenes de congresos italianos y extranjeros. Sus alumnos Francesco Delitala y Oscar Scaglietti reunieron todas las publicaciones de Putti en dos volúmenes que suman 1972 páginas, con el título de "Scritti Medici" (Escritos médicos). Lo mismo había hecho Putti con la producción científica de Codivilla, reunida también como "Scritti Medici" en un volumen de casi 2.000 páginas. Fue invitado fuera de Italia para dar conferencias y presentar ponencias en congresos que se resumen en: Londres (1918 y 1923), Nueva York (1919 y 1928), Amsterdam (1923), San Francisco (1925), Liverpool (1927), Toronto (1928), Varsovia (1929 y 1934), París (1930). En ésta ciudad en 1929 se fundó la SICOT, fruto de las relaciones internacionales entre unos cuantos cirujanos ortopedas que coincidieron en la idea de crearla. Se habían establecido vínculos de amistad entre Putti, el inglés Sir Robert Jones, los americanos William Lovett y Frederic Albee, el francés Ombredanne, el español San Ricart, y otros hasta un total de veinticinco pioneros y se reunieron en el Hotel Crillon de París el 10 de octubre de 1929, que es la fecha fundacional.

Quedan en el haber de Putti publicaciones de mayor importancia que las aparecidas en su Revista del Rizzoli, editadas en forma de monografías que tuvieron mucha difusión, algunas de las cuales llegaron a ser clásicas en su tema y traducidas. Son:

- Diagnóstico quirúrgico general de la columna vertebral.
- Anatomía de la luxación congénita de la cadera; y edición alemana.

- Los fracturados en la paz y en la guerra.
- Lumbartrosis y ciática vertebral; y traducción portuguesa.
- Berengario da Carpi, ensayo biográfico.
- Tratamiento quirúrgico de las fracturas del cuello femoral; y traducción alemana.
- Las fracturas vertebrales.

Rodeado ahora de fama nacional y de renombre internacional Putti había alcanzado el umbral del mito, nos dice Luigi Bader, y su nombre había devenido doquiera sinónimo de curación, casi milagrosa, de inválidos. En su lugar cualquiera menos equilibrado –prosigue- encontrándose tan ensalzado no habría sabido administrar la gloria sin extraviarse y sin perder el sentido de la medida para dejarse llevar por la vanidad y la soberbia. Desde Estados Unidos llegó a Bolonia Harvey Cushing, el fundador de la neurocirugía, para conocer la obra de Putti en el Istituto Rizzoli y acabaron hermanados por una afinidad de temperamento y de cultura, dotados ambos de excepcional dinamismo para el trabajo y animados por una profunda pasión por los estudios humanísticos. Posteriormente hizo nuevas visitas para trabajar en la Biblioteca sobre temas históricos, se hospedó en el mismo hospital, hecho excepcional, e invitó a Putti para impartir lecciones en su cátedra de Harvard en Boston. La irradiación de la fama de Putti en Sudamérica atrajo a muchos jóvenes cirujanos hacia Bolonia para formarse junto al Maestro y llegaron a ser profesores y jefes de servicio en sus respectivos países. Los argentinos donaron una placa de mármol, que fue fijada en la pared del pórtico claustral, con esta inscripción: “A Vittorio Putti sus discípulos argentinos” con los nombres de José Valls, G.Allende, A.Otaño, C.E.Ottolenghi, L.A.Weber, V.Girardi, F.O.Alarcón, D.T.Musco, P.H.Caravano, O.Marottoli, J.A.Sgrosso y J.M.del Sel.; debemos recordar también al uruguayo José Luís Bado, a los polacos Adam Gruca y Victor Dega, al búlgaro Boytchef. Carlos Ottolenghi dijo que quien recorra los países sudamericanos por donde Putti pasó se dará cuenta de la influencia y de la importancia de su obra y del verdadero culto de su memoria entre sus discípulos.

Uno de los insignes bolonios, el profesor Seral Iñigo, nos refirió en la Revista en 1965 los aspectos más dignos de destacar en la Institución: la Sala Bachelli con el archivo de historias clínicas, el Centro de Tumores con más de 4.000 historias bien documentadas, la biblioteca Umberto I que es una de las más completas del mundo y el Istituto Helioterapico Codivilla-Putti de Cortina d’Ampezzo, fundado en 1923 en plena geografía alpina con un total de 450 camas, dependiente del Rizzoli, destinado esencialmente al tratamiento de la tuberculosis osteoarticular. Entre los jóvenes cirujanos españoles frecuentemente fue el centro elegido para su formación en cirugía ortopédica o para completarla, y Seral cita nombres que añado a los que yo conocía: Sanchís Olmos el pionero, Santos Palazzi, Troncoso Rozas, Vaquero González, Guijarro Verde, Castillo Ojugas, Escudero Pérez, León Vázquez, Rodríguez Fornos, Baltasar Tojo, Fraga García, Ferrer Blanco, Villarreal Sanz (debo agradecerle el material histórico que me permite escribir estos hechos), Fernández Sabaté, Vaquero Martín, y seguramente otros que no me son conocidos.

Destaquemos también dos obras en cuyo desarrollo Putti fue parte fundamental: la Biblioteca y la Escuela de Dibujo.

- La Biblioteca constituye un precioso patrimonio cultural no solo por el número de tratados, monografías, opúsculos, actas de congresos, revistas periódicas completas de todos los años referentes a nuestra especialidad sino también por las colecciones de las más calificadas publicaciones de cirugía general y de especialidades afines a la nuestra. Todo el material está bien archivado y ordenado, es asequible y es de fácil consulta para los médicos y los estudiantes. Se le deben añadir obras manuscritas, incunables, textos antiguos de medicina, medallas y láminas de temas médicos, procedentes de las pesquisas en librerías y anticuarios parte de los sucesivos directores, Rizzoli, Codivilla, Putti, que donaron sus respectivas bibliotecas para constituir la riqueza de ésta, la Biblioteca Umberto 1º. En

1965 contaba con 16.000 volúmenes, 12.000 opúsculos, 66 incunables y 17 manuscritos antiguos y recibía anualmente 180 periódicos y revistas, a veces por intercambio con la del Rizzoli la "Chirurgia degli Organi di Movimento"; su procedencia era: italianas (67), inglesas (36), francesas (21), alemanas (14), españolas (10), rusas (2), polaca (1) y rumana(1). Yo debo a esta riqueza el haber podido acabar las consultas bibliográficas de mi tesis doctoral, en buena parte gracias a la ayuda la bibliotecaria Violetta que con su gran inteligencia y su pasmosa memoria era capaz de localizar las peticiones de quienes consultaban en un tiempo de fichas y sin ordenadores. A la gran biblioteca debemos añadir el despacho y biblioteca privados de Putti, perfectamente conservados años después de su fallecimiento, con su mesa de trabajo y su camastro de descanso después de largas horas de lectura, comprobables éstas porque la mayoría de libros que llenaban todos los estantes tenían anotaciones del maestro.



Despacho y biblioteca de Vittorio Putti

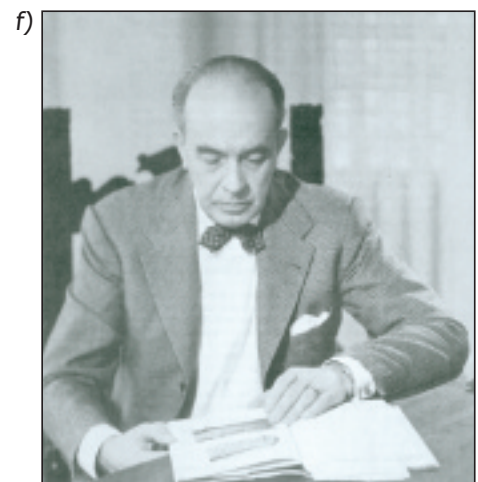
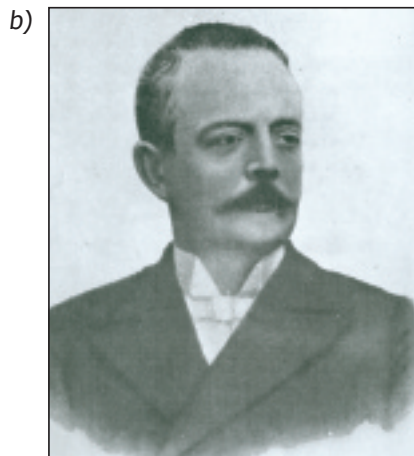


Biblioteca, sala de lectura y revistas.

- La Escuela de Dibujo dependía de la cátedra de cirugía ortopédica de la universidad de Bolonia y tenía como objetivo proporcionar la cultura científica y artística necesaria para formar dibujantes anatómicos. Las materias de la enseñanza, que duraba dos años, eran: Anatomía humana normal, anatomía patológica, anatomía comparada, nociones de anatomía topográfica, quirúrgica y radiológica, nociones de patología y técnica operatoria, dibujo anatómico normal, quirúrgico y anatómico patológico. En el Istituto los alumnos acudían a quirófano, a la sala de necropsia y al laboratorio para la visión de piezas con el microscopio. Así se explica la extraordinaria calidad de las ilustraciones que acompañaban las ponencias de la Sociedad Italiana de COT y los trabajos de sus revistas.

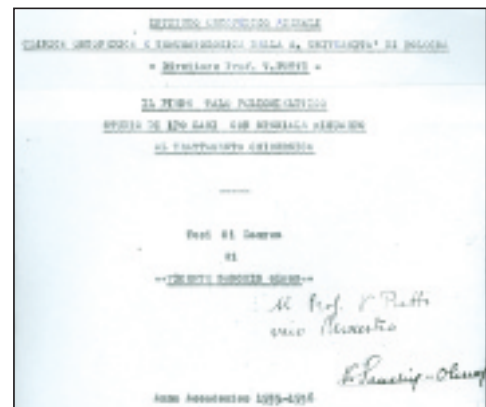
El día 31 de octubre de 1940, avanzada ya la tarde, Putti informó a sus dos ayudantes, Filippi y Scaglietti, que al día siguiente no tenía la intención operar y les autorizó para que llevaran a cabo ellos mismos el programa ya fijado. Hacia las siete de la mañana del día siguiente, cuando Filippi ya operaba el primer caso, Scaglietti que se preparaba para otra operación fue avisado por teléfono por el sirviente personal del director para decirle que este se encontraba en cama muy enfermo. Rápidamente acudió y le encontró con la tez pálida, con las facciones contraídas, víctima de una grave dolencia. El enfermo, dominando el dolor, manifestó que poco antes había sido sorprendido por un ataque de angina de pecho y que sentía un dolor lancinante cada vez más intenso en el brazo izquierdo. La medicación urgente no consiguió calmarlo y el enfermo, con la mente lúcida, tuvo un instante de fuerza para intentar sentarse pero súbitamente recayó inanimado en la cama. La muerte fue comunicada por radio la noche misma y a partir de aquel momento la aflicción del mundo de la

ciencia se fue expresando en multitud de actos y de notas necrológicas aparecidas en numerosas revistas a lo largo del año y del siguiente. De todos los juicios emitidos en las notas necrológicas Luigi Bader destaca el del eminente profesor francés René Leriche: "Brillante por su inteligencia pragmática, bello como un gran italiano del Renacimiento, abierto, afable, curioso de todo, seductor entre todos, Putti fue uno de los más grandes cirujanos ortopédicos de todos los tiempos" (La Presse Médicale 1941). Augusto Anzoletti refiere que en una reunión de los bibliotecarios italianos en Bolonia durante el mes de junio de 1939 le dijeron que "De vuestros boloñeses, doctor, hemos recibido una acogida soberbia. Nos han conducido allí arriba a San Michele in Bosco. ¿Estaba el Director, el doctor Putti? -preguntó Anzoletti-. Pero qué Director, qué Doctor, aquél es un príncipe, aquél es un rey, fue la respuesta".



Los grandes profesores del Instituto Rizzoli:

- a) Francesco Rizzoli.
- b) Pietro Panzeri.
- c) Alessandro Codivilla.
- d) Vittorio Putti.
- e) Francesco Delitala.
- f) Raffaello Zanoli.



La gran obra de Vicente Sanchís Olmos en esta Escuela del Instituto Rizzoli: su Tesis di Laurea.

LA POSTGUERRA.

En el año 1939 el Hospital de la Cruz Roja de Valencia creó el servicio de cirugía ortopédica y su dirección le fue ofrecida a Sanchís Olmos, si bien duró poco tiempo en el cargo porque al año siguiente pasó a ocupar el puesto análogo en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, con lo que inició su vida en la capital donde seguiría trabajando hasta el final de sus días. En 1942 el Consejo Superior de Investigaciones Científicas le concedió una beca para estudiar fisiopatología del tejido óseo en Leipzig junto al profesor Schede y le consideró pensionado de la Junta de relaciones Culturales, La Obra Sindical 18 de Julio, dependiente de Falange Española y de las JONS, le nombró camarada Miembro del Consejo Asesor por decisión de su Jefe el profesor Alfonso de la Fuente, que firmó el 24 de febrero de 1943 con la apostilla "Por la Patria, el Pan y la Justicia", propia de aquel momento político. El Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos le emitió la credencial de toma de posesión del cargo de Subdirector-Jefe de Clínicas, concedido por orden ministerial, con fecha de 1 de diciembre de 1945. En enero de 1946 partió hacia Estados Unidos pensionado por la Junta de Relaciones Culturales y allí permaneció durante un año hasta enero de 1947, trabajando en la Universidad de Harvard donde escribió un libro sobre la tuberculosis de la cadera. A su regreso su prestigio profesional se había acrecentado notablemente y la prensa se hizo eco de sus estudios en América. Al inaugurarse en 1948 el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) ganó plaza de jefe de equipo de traumatología.



Programa de una conferencia organizada por la Falange.

Durante estos años de trabajo en el Hospital de la Cruz Roja fue publicando sus observaciones, casos clínicos, técnicas y divulgaciones en revistas variadas como Revista Española de Farmacología y Terapéutica, Clínica y Laboratorio, Medicina, SER (revista médico-social de FET y de las JONS), Reumatismo, Clínica Médica. El panorama cambió cuando en 1944 se fundó "Cirugía del Aparato Locomotor" y los cirujanos ortopedas dispusieron de una revista especializada. Entre las publicaciones de este período podemos referirnos a:

- Iconografía de la distrofia muscular progresiva.
- Consideraciones sobre la espina bífida.
- La parálisis del nervio radial en las fracturas supracondíleas del húmero.
- El diagnóstico precoz de la luxación congénita de cadera.
- Ensayo de clasificación y sistematización de las distrofias óseas.
- La trasplatación tendinosa como terapéutica de las parálisis radiales.

- Sobre el uso de las sulfamidas en cirugía de guerra.
- El hueso tibial anterior del tarso.
- Tratamiento de las anquilosis de rodilla en flexión.
- Artroplastia de cadera con vitalium en la poliartritis reumatoide.

El 1944 el profesor Laureano Olivares, que era catedrático de Cirugía de la Facultad de Medicina de Madrid, Jefe de Servicio del Hospital Provincial y miembro de la Real Academia de Medicina, unió sus propósitos a los de Sanchís Olmos y fundaron la publicación periódica especializada que tomó el nombre de Cirugía del Aparato Locomotor, de modo parecido a como la del Istituto Rizzoli se llamaba Chirurgia degli Organi di Movimento ; desde el inicio su redactor-jefe fue Vicente Sanchís Olmos. Al poco tiempo de la fundación falleció el profesor Olivares y en el cuarto fascículo de este primer año apareció la nota necrológica: "El 16 de julio de 1944 murió nuestro Director el Profesor Olivares...

el mundo médico ha acusado el unánime dolor por la pérdida del gran hombre e incomparable maestro...plumas autorizadas han ido glosando su capacidad de trabajo, su preclara inteligencia, sus dotes pedagógicas, su bondad inmarcesible,...su labor desborda los límites de nuestros elogios más cálidos, ...Dios ha otorgado a su alma el descanso merecido por tanto bien como dejó entre nosotros". Sanchís Olmos siguió como director y redactor-jefe y como propietario de la Revista, también hasta su fallecimiento. Al año siguiente de su fundación Sanchís Olmos ya publicó dos trabajos en ella: Nota previa sobre el tratamiento local de la osteomielitis crónica con penicilina bruta y Patelectomía por fractura de rótula.



Profesor Laureano Olivares y Sexmilo (1881-1944).

En la Presentación del primer número se declaran la intención de recoger en sus páginas la labor científica de los cirujanos españoles y portugueses en el campo de la ortopedia y la traumatología, porque entre los españoles y los del país hermano existe la suficiente cantidad y calidad de estudiosos sobre esta especialidad para compararse dignamente con el resto de los países civilizados. Existe el precedente de "Cirugía Ortopédica y Traumatología" que sucumbió en nuestra gran convulsión interna y sustituirla es el propósito, con el mismo espíritu de unidad que aquella tuvo al ser órgano de la SECOT. Concluye con el vitor habitual del momento político cuando dice que "Gracias a Dios y a nuestro Caudillo gozamos de una paz que nos permite comenzar con fe una tarea científica". La Revista con su primera denominación duró hasta

1953, año en el que pasó a ser Acta Ortopédica Traumatológica Ibérica y su primer volumen de 1 de enero lleva la anotación Vol. X de Cirugía del Aparato Locomotor. En la Editorial explica que la revista se constituye también como órgano oficial de la Sociedad Portuguesa de Ortopedia y Traumatología y sus páginas quedan abiertas también a las inquietudes de los especialistas lusitanos; así se podrá formar una escuela ortopédica y traumatológica propia y "llevar más allá de nuestras fronteras su ímpetu y pujanza con el estilo de nuestra raza". Ha habido cambio de nombre pero la Revista conserva su estructura, contenido y estilo bajo la batuta de Sanchís Olmos. Esta etapa duró cuatro años ya que en 1957 pasa a llamarse Revista de Ortopedia y Traumatología y sigue bajo la dirección de Sanchís Olmos hasta su fallecimiento en agosto de 1963. Una información sobre su difusión fuera de nuestras fronteras nos la da el índice de miembros correspondientes que su director publicó en 1962 y que suman 74, entre ellos 24 portugueses, 15 italianos, 4 franceses y 2 austríacos.

Entre los años 1940 y 1950 la calidad de su formación y la seriedad de su trabajo le valieron varios nombramientos que Trilla y Trilla ha podido reunir:

- Delegado del Comité Permanente Europeo de Lucha contra la Poliomiélitis.
- Vocal del Patronato Nacional de lucha contra la Invalidez.
- Vocal del Patronato contra el Reumatismo.
- Socio numerario de la Academia Médico-Quirúrgica Española.
- Miembro numerario de la Sociedad Alemana de Ortopedia y Traumatología.
- Socio numerario de la Sociedad de Pediatría de Madrid.
- Miembro numerario de la Sociedad de Cirugía de Madrid.
- Académico corresponsal de la Real Academia de Medicina de Zaragoza.
- Miembro Honorario de la Sociedad de Ortopedia y Traumatología Peruana.
- Miembro de la Asociación Española de Cirujanos.
- Socio correspondiente de la Sociedad Italiana de Ortopedia y Traumatología.

En 1947, cuando solamente se llevaban dos años de paz europea al final de la segunda guerra mundial, se reunieron en Madrid algunos antiguos miembros de la SECOT encabezados por Manuel

Salaverri y Ramón San Ricart, hasta un total de veintisiete y decidieron poner en marcha de nuevo la Sociedad después de la interrupción de los períodos de guerras. Se nombró una nueva Junta de Gobierno, la segunda después de la fundacional, cuyos miembros fueron:

- Presidente: Manuel Salaverri Aranguren.
- Vicepresidente: Ramón San Ricart Ballester.
- Secretario: Manuel Clavel Nolla.
- Tesorero: Ángel Garaizabal Bastos.
- Vicesecretario: Cecilio González Sánchez.
- Director de la Revista: Vicente Sanchís Olmos.

En este nuevo fletamento de nuestra Sociedad ellos fueron los responsables primeros en llevar el rumbo que ha permitido llegar hasta los tiempos presentes.

EL VIAJE A AMÉRICA.

Hemos mencionado con anterioridad la beca de estudios que Sanchís Olmos recibió de la Junta de Relaciones Culturales para seguir estudios en Estados Unidos a partir del 1 de enero de 1946. Al año siguiente publicó en la Revista un extenso informe de nueve páginas sobre su estancia en E.U. y otros países que visitó y ha quedado como la primera referencia sobre nuestra especialidad en América después del largo aislamiento causado por las guerras. Para encontrar un precedente tendríamos que retroceder tres décadas, cuando San Ricart estuvo en E.U. becado en 1917, como ha quedado notificado en su biografía. Del informe de Sanchís Olmos entresacamos los datos más interesantes:

- La Ortopedia en Cuba. Encontró allí un alto nivel científico de nuestra especialidad, la cual posee su Cátedra Universitaria, su Revista, gran número de servicios hospitalarios y un magnífico equipo de especialistas. Su precursor fue el doctor Enrique Porto, nacido en La Habana en 1847 y doctorado en Madrid en 1870, que organizó la primera unidad hospitalaria de ortopedia infantil. En ésta se formó el doctor Alberto Inclán, la gran figura ortopédica cubana, que obtuvo la Cátedra de Ortopedia en 1924 y fundó a partir de aquí la escuela cubana de Ortopedia. El número de especialistas fue creciendo y en 1945 el plantel fue suficientemente grande para fundar la Sociedad Cubana de Ortopedia y Traumatología. En este momento de su visita acababa de inaugurarse el Instituto Ortopédico, bello y muy bien dotado. Existen otras unidades de cirugía ortopédica en el Hospital de la Policía Nacional, en el Hospital Municipal Infantil y en los Sanatorios de los Centros Regionales.
- La Ortopedia en Venezuela. Refiere que la especialidad está ligada al esfuerzo de un hombre el doctor Hermán de las Casas, quien organizó en el Hospital Vargas de Caracas un servicio con 44 camas destinadas a la enseñanza de la especialidad; esta asignatura era de elección facultativa entre 1930 y 1936 pero después pasó a ser obligatoria en 5º año de carrera y en el mismo hospital funcionaba un servicio de urgencias para atender a los traumatizados. En la misma ciudad existe un hospital para poliomielíticos dirigido por el doctor Castro y magníficamente organizado al estilo norteamericano, pero observa Sanchís Olmos que su dotación es superior a las necesidades ya que la tuberculosis osteoarticular es la patología predominante. El hueco lo llena fundamentalmente la Orden de San Juan de Dios, que de la nada ha ido haciendo una magnífica labor de organización en su clínica de Nuestra Señora de Guadalupe con 24 camas. En el Hospital Infantil el doctor Pablo Izaguirre realiza una meritoria labor en su Servicio de Ortopedia, que, aunque pequeño, está bien organizado. El Seguro Social tiene un ambulatorio con 6 especialistas y un hospital para accidentes de trabajo con 23 camas. Los casos de cirugía ortopédica son tratados en los Hospitales y Sanatorios mediante contrato del Seguro con dichos centros.

- La Ortopedia en Méjico. La Ortopedia mejicana dio sus primeros pasos con el doctor Castro Villagrana quien, en su servicio de cirugía del viejo Hospital Juárez, orientó a la primera serie de cirujanos ortopédicos, que fueron a completar su formación en otras escuelas americanas y europeas, entre los que destacan el doctor Juan Farril, titular de la cátedra de ortopedia y traumatología de la Universidad Central, y el doctor Velasco Zimbrón, con un servicio en el Hospital Infantil y otro en el Hospital Guadalupe, de beneficencia particular. El Hospital Militar es el mejor dotado en cuanto a instalaciones y no deja nada que desear si se le compara con los modernos hospitales europeos y americanos. El Hospital de la Beneficencia Española es un soberbio hospital horizontal atendido por hermanas de la Orden de San José y dotado con todos los medios necesarios; sus servicios de ortopedia y traumatología están atendidos por los doctores Zapata y Salas.
- La Ortopedia en Norteamérica. La historia de nuestra especialidad en este gran país tiene ya un siglo de evolución a partir de los años ochocientos, en los que destacan Sayre y Buckminster. El primer Hospital para Niños Inválidos se fundó en Nueva York en 1863, lo dirigió James Knight y posteriormente Gibney y Whitmann lo dedicaron exclusivamente a cirugía ortopédica; el ejemplo cundió en varias ciudades y a partir 1920 se difunden estos hospitales para niños lisiados (=crippled children) y en 1929 había 55 instituciones con esta dedicación.

La enseñanza se hacía en los hospitales cualificados y en 1946 los que podían admitir residentes que aspiraban a especializarse en ortopedia y traumatología eran 89, con una capacidad para albergar 391 residentes. Este desarrollo de la especialidad se debe a una labor tenaz para: 1º realzar la capacidad del cirujano ortopédico para tratar los enfermos del aparato locomotor mejor que el cirujano general; 2º vigilar la formación de los nuevos especialistas escogiendo a los más capacitados; 3º ampliar y crear servicios.

En 1887 se creó la American Orthopaedic Association que reúne a la aristocracia de los especialistas norteamericanos y su número no puede superar los 200, si bien en 1946 solamente eran 133. El auge de la especialidad hizo que se creara en 1933 la American Academy of Orthopaedics Surgeons, con una misión fundamentalmente educacional y social, en la que podían ingresar todos los especialistas diplomados, alcanzando en 1946 a tener 805 miembros numerarios. Ambas sociedades y la sección de ortopedia de la American Medical Association organizan el "American board of orthopaedic surgery" que se encarga de examinar los candidatos a especialistas y de dar los títulos a los aprobados; este mismo tribunal califica los hospitales docentes. Existen unas condiciones para conseguir este título una vez acabada la carrera: 1º dos años de cirugía general en un hospital; 2º estudiar durante un año ciencias básicas aplicadas a la ortopedia (anatomía, fisiología, patología y microbiología); 3º trabajar durante dos años de internado en un servicio de ortopedia calificado

Los servicios no son uniformes y pueden estar preparados para cirugía ortopédica y traumatología, solamente para traumatología o para ortopedia infantil o para ambos en centros de niños. El trabajo y la educación del equipo están dirigidos por el jefe de servicio, que sienta normas y criterios a la manera de las escuelas europeas y que reúne a sus miembros un par de veces por semana en sesiones clínicas. Los buenos servicios están adscritos a una universidad y sus miembros integrados en una cátedra universitaria de ortopedia, y participan en la docencia. Como ejemplo en la Cátedra de Cirugía Ortopédica de la Universidad de Harvard los dos profesores clínicos, Dr. Ober y Dr. Smith Petersen, trabajan con dos profesores auxiliares, dos profesores adjuntos, siete instructores y quince asistentes, todos ellos implicados de modo proporcional en la asistencia y en la docencia universitaria y de postgraduados.

Con la American Orthopaedic Association nació la revista norteamericana que después de tres distintos nombres acabó con el actual de The Journal of Bone and Joint Surgery; tuvo la dirección

del doctor Brackett desde 1921 hasta 1942, al cual se debe que los 797 suscriptores de los inicios pasaran a ser 3500 al término de su mandato por fallecimiento.

La Sanidad del Estado mantiene además una red dispensarial de lucha contra la invalidez infantil y contra la parálisis infantil. Sanchís Olmos nos refiere los tratamientos en boga en los E.U. en relación con ciertas patologías predominantes:

- Fracturas: Usan mucho la osteosíntesis pero aún no practican el enclavado centromedular de Kuntscher. El libro de traumatismos de Watson Jones constituye en general la "Biblia" traumatológica en Norteamérica.
- Parálisis infantil: En general aplican el método de "sister" Kenny asociado al postural y la reeducación funcional la hacen enfermeras con estudios especializados.
- Tuberculosis osteoarticular: Vimos técnicas operatorias ya conocidas y buenos Sanatorios, existiendo en algunas partes muy buenas colecciones anatomopatológicas.
- Ciática: Continua en auge la fiebre de considerar la hernia del núcleo pulposo como causante de la mayoría de las ciáticas y en consecuencia su tratamiento es la hemilaminectomía y la discectomía. Descubre que la técnica de la mielografía se domina técnicamente de forma notable y que tiene un gran interés diagnóstico.
- Escoliosis: Aplican en primer tiempo la corrección con el enyesado de Risser en su mesa especial y al alcanzar la máxima corrección posible se practica la fusión del segmento.
- Artroplastias: Las copas de vitalio de Smith Petersen gozan de gran difusión en las artrosis hipertróficas, gracias a la perfecta tolerancia de dicho metal.
- Corrección de disimetrías. El alargamiento de la pierna está casi abandonado y se prefiere el acortamiento mediante la fusión fisaria en periodo de crecimiento, en general con la técnica clásica de Phemister. Unos siguen la edad cronológica y otros la esquelética, más exacta, y las diferencias se calculan mediante las tablas de Green; los resultados buenos abundan, pero los errores son frecuentes.
- Injertos óseos: Existe preferencia por el hueso esponjoso autólogo obtenido de la cresta ilíaca pero algunos hospitales tienen instalado un "banco de huesos" en el que se conservan huesos normales obtenidos tras amputaciones o resecciones, que utilizan como injertos homólogos para evitar el vaciado de zonas dadoras o para ocasiones en que éstas son insuficientes.

EL HOSPITAL PROVINCIAL.

En el año 1950 Sanchís Olmos obtuvo por oposición la plaza de profesor de la Beneficencia Provincial de Madrid en la especialidad de traumatología, huesos y articulaciones, que es como se designaba a nuestra especialidad, y se hizo cargo de este servicio, que se componía de dos salas en el Hospital Provincial. Aquí empieza la última etapa de su vida profesional, que será la más productiva hasta niveles que pocos habían alcanzado en la cirugía ortopédica y traumatología españolas con anterioridad. Al hacerse cargo del servicio éste no tenía jefe desde que falleció el profesor Argüelles el año anterior y existía un cierto grado de abandono que fue preciso remontar para transformarlo y llegar a organizar un servicio modélico y unido, con trabajo en equipo, como había vivido en el Istituto Rizzoli. Dispuso de una sala de hombres y otra de mujeres, de dos quirófanos y de un equipo formado por los doctores Quiles, Sánchez Albala, Vaquero González y Música con los que llevar a cabo el ritmo semanal de actividad operatoria lunes, miércoles y viernes, visita de salas martes y jueves y sesión clínica los sábados. De igual modo que en el Rizzoli dotó al Servicio de una unidad de rehabilitación que en aquella época llegó a ser pionera en su género y que dio grandes frutos al impulsar a sus profesionales y finalmente agruparlos en sociedad y dotarlos de revista propia, como veremos más adelante.

El importante papel jugado en la medicina española por el Hospital Provincial nos lleva a aprovechar este texto para explicar sus orígenes y su evolución hasta llegar a la acreditada plenitud de la etapa Sanchís Olmos. El profesor don Gregorio Marañón, médico de este hospital, fue elegido miembro de la Academia de la Historia y como discurso de recepción eligió "El pasado, el presente y el futuro del Hospital General de Madrid", hermoso texto de doce páginas que nos permite recuperar su historia y recapitularla ahora. Divide la historia en cuatro etapas: 1º período de fundación desde su origen hasta mediado el siglo XVIII, que llama "período de asilo"; 2º período que comprende el resto del siglo, que llama "período de renovación"; 3º abarca el siglo XIX y podría denominarse "período de esplendor social" y 4º el período actual o de "renovación científica".

El Hospital fue en sus inicios un asilo, como ocurría en la mayoría de los casos por aquel entonces, sobre todo los que se encontraban junto al camino de Santiago, que se llenaban de peregrinos hacinados y así se establecían las grandes líneas de propagación de las epidemias. En tiempos de Felipe II existían en Madrid unos catorce hospitales mantenidos con limosnas y con asistencia de escasa calidad, por lo que el monarca decidió reunirlos en uno solo. Topó con la resistencia eclesiástica y con el concilio de Toledo y para hacerles frente recurrió directamente a la Santa Sede a través de su embajador, que obtuvo el permiso de Pío V y así se pudo crear el Hospital General de la Encarnación y de San Roque para los hombres y el Hospital de la Pasión para las mujeres. La insuficiencia de estas instituciones obligó a trasladar los enfermos a un gran Albergue de Pobres que en 1596 había fundado en Atocha don Cristóbal Pérez de Herrera, protomédico del rey, y finalmente la reunión recibió el nombre de Hospital General y de la Pasión, que se considera origen del actual Hospital General y a aquél su verdadero fundador, cuyo nombre se recuerda en una placa existente en la sala de juntas aunque de pocos conocido. Marañón conceptúa a Pérez de Herrera como la figura médica más importante de la época, no solo como médico sino por su complejísima personalidad, que le hace unos de los hombres más interesantes de nuestro Renacimiento. Llegó a participar en embestidas navales dando muestras de su enorme astucia y de su capacidad de crear estrategias. A su muerte dejó unos cuarenta libros, algunos de ellos verdaderamente notables.

Cristóbal Pérez de Herrera estudió durante sus años de médico de las galeras las enfermedades y traumatismos de la gente de mar, pero también las características de la vida, de las mañas y tretas de la truhanería, una especie de subsuelo de la humanidad española con hechos ignominiosos, que sin embargo constituyen tanta parte como las gloriosas efemérides de la historia verdadera, como apunta Marañón. Distingue ante todo a los pobres verdaderos de los que no lo son, porque el país estaba infectado de esta clase de gente de fingida miseria y calcula que en Castilla había más de 80.000 mendigos y alrededor de los auténticos había gente que explotaba la mendicidad para vivir a costa de la caridad pública; incluso algunos espías se disfrazaban así en tiempos de las guerras con Francia en el reinado de Felipe IV. Durante la guerra de Sucesión, que enfrentó a las potencias francesa y austro-húngara para apoderarse del trono español, el hambre y la miseria alcanzaron límites increíbles y el Hospital se convirtió en asilo de soldados heridos, de pobres famélicos y hampones miserables que dormían en jergones o en el suelo. Cuando llegó al trono Fernando VI mejoró la situación, dedicó interés a las obras de Beneficencia y donó al Hospital General 120.000 escudos. Durante el reinado de Carlos III se empezó a construir el nuevo hospital bajo la dirección de Hermosilla y después lo terminó Sabattini en época de enciclopedismo y de Ilustración. A lo largo del siglo XIX el Hospital alcanzó un período de gran esplendor, todos los médicos importantes de Madrid lo fueron del Hospital Provincial y la categoría social y científica de éste era superior a la de la Facultad de Medicina. En la Academia de Medicina el cuerpo médico del Hospital Provincial tenía tradicionalmente una representación superior a la de la misma Facultad y en la rivalidad que había

entre los dos grandes centros científicos nuestro Hospital casi siempre llevaba ventaja. Destacó singularmente el doctor Esquerdo, que era medio político y medio médico, hombre de ciencia, muy barbado y de una elocuencia soberana, según decía Marañón y opinaba que a finales del siglo XIX la Diputación provincial prestó atención al Hospital y fue una época feliz pero este esplendor social no tenía correspondencia paralela en su valor científico; la producción científica en todo este siglo XIX es casi nula y la que existe, de calidad menos que mediocre.

En el siglo XX el verdadero renovador de la vida de nuestro Hospital, el verdadero iniciador de la época presente fue sin duda alguna don Juan Madinaveitia, que tiene la categoría de figura excepcional. Se dio cuenta de que explorar y tratar a los enfermos no era cuestión de magisterio y oratoria teorizando en la cabecera de la cama, sino que lo necesario era desnudar al enfermo, explorarlo detenidamente y valorar los signos y los síntomas, de manera que con esta conducta inauguró la primera Escuela de Semiología moderna española. Empezó a hacer autopsias sistemáticamente y con el cadáver delante explicaba a sus alumnos las lecciones, comprobaba sus asertos y muchas veces rectificaba sus diagnósticos, y, convencido de que todo médico del Hospital tiene el deber de enseñar se agregó a los cursos oficiales de la Facultad de manera heroica; en estos términos nos describía Marañón esta tan egregia figura de la medicina del Hospital Provincial, y añade finalmente que él fue quien inició la transformación de la arquitectura del Hospital vetusto para convertirlo en un Hospital moderno, como encontró Sanchís Olmos a su llegada.

Para terminar este esbozo histórico del Hospital Provincial permítasenos comentar el manuscrito sobre las constituciones de los Reales Hospitales, recuperado de los Archives Nationales de París y transcrito por Pedro García Barreno que ha mantenido la estructura y el formato de los primeros folios del manuscrito. Su encabezamiento dice: "Constituciones del.s R.s. Hospit.s de esta Corte de Madrid, de 6 de Diciembre del año 1589, Reynando el Señor Dn. Phelipe 2º"; su título es: "Ordenanzas y Constituciones para el buen Gobierno y Administración del Hospital General de la Misericordia de esta Villa de Madrid, y de los demás Hospitales por autoridad Apostolica, y R.I. a él Reducidos: Confirmadas por su Mg.d. y Señores de su R.I. Consejo y Arzobispo de Toledo Como Juez Apostolico y Ordinario". Sigue: "Tablas de los Capítulos de estas Constituciones: Capitulo primero de lo q con el primer genero de estos Pobres q son enfermos se ha de hazer. Capitulo segundo de el Cuidado q se ha de tener en el remedio del segundo genero de Pobres q son los Mendigos y Viandantes... Capitulo Quinto del Oficio de los semaneros...Capitulo Sexto de la Hacienda del Hospital...Capitulo Septimo de el Oficio de el Capellan...Capitulo Octabo de los Medicos Zirujanos y Practicantes...Capitulo Noveno de el enfermero maior... Capitulo Decimo de el Oficio de Boticario y su ayudante...Capitulo Decimo uno del Oficio de Contador para la buena Adm.on.... Capitulo decimo segundo del Agente, y siguen del oficio del Botiller, del Despensero, del Cocinero, del Guardarropa, del Portero, del Vehedor y decimo nobeno de los Alguaziles". Después se desarrolla cada capítulo en meticulosa exposición de las funciones de cada personaje a lo largo de un amplísimo texto de veinte folios, que resulta ser una joya documental sobre organización hospitalaria e higiene del siglo XVI. Lo firma: "Don Phelipe por la Gracia de Dios Rey de Castilla, de Leon, de Aragon, de las dos Sicilias, de Jerusalem, de Portugal, de Navarra, de Granada de Toledo de Valencia de Galicia de Mallorca de Sevilla de Cerdeña, de Cordova, de Corcega, de Murcia, de Jaen, de los Algarbes de Algecira, de Gibraltar, de las Indias Orientales, y occidentales, y tierra firme del Mar Oceano, Archiduque de Austria Duque de Borgoña, y de Bravante, y Milan Conde de Flandes, y de Tirol". Esta era la concepción austriacista de la Monarquía Hispánica que en ningún modo era unitarista como la francesa, cuyo modelo fue impuesto después de la Guerra de Sucesión ganada por Luís XIV, el Rey Sol.

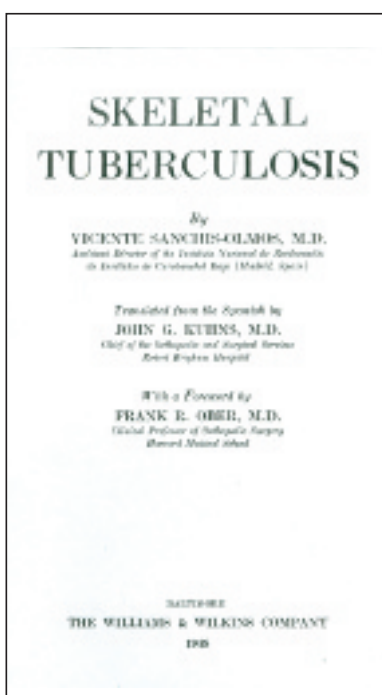
SUS TRABAJOS.

Su actividad incansable redactando artículos que iban apareciendo en nuestra Revista se puede valorar al saber que en su índice aparecen 69 referencias bibliográficas entre 1944 y 1963, a las que deben añadirse sus monografías y sus libros. Los títulos abarcan un muy amplio temario pero los podemos agrupar en bloques que se corresponden con las problemáticas a las que se dedicó con mayor atención: tuberculosis, poliomielitis, tumores, banco de huesos y de piel, fracturas y otras variadas agrupadas como analectas.

A) TUBERCULOSIS.

- Consideraciones sobre la anatomía patológica de la tuberculosis osteoarticular (1940).
Expone los períodos exudativo inicial, el segundo dominado por el tejido de granulación o fungus y el terciario o estadio caseoso, siguiendo las ideas de González Aguilar del Sanatorio Marítimo de Pedrosa (Santander).
- Tuberculosis osteoarticular (1940).
Explica cuales son las necesidades de cura climática en centros de alta montaña, siguiendo lo aprendido en el hospital de Cortina d'Ampezzo adonde se trasladaban enfermos del Istituto Rizzoli.
- Los aspectos radiográficos de la coxitis tuberculosa (1940).
Aporta los conocimientos de las radiografías para diagnosticar procesos en una articulación profunda de difícil exploración manual. La mayor parte de las veces permite hacer el diagnóstico de la enfermedad y de su variedad anatomopatológica.
- Consideraciones sobre la artrodesis en las coxitis tuberculosas (1944).
Revisa trece técnicas de artrodesis extraarticulares y yuxtaarticulares y comenta las necesidades de inmovilización y de injerto óseo que haga contacto con las superficies articulares; se trata de una artrodesis mixta, de la cual detalla la técnica que él propone.
- Consideraciones sobre la lucha contra la tuberculosis del esqueleto (1946).
Precisa los casos tributarios de tratamiento en sanatorios especiales, y para él son las formas hiperérgicas, las exudativas y las caseosas del mal de Pott y de la coxalgia, que necesitan además colaboración de fisiólogo, laboratorio, radiólogo y quirófano. Las camas estatales disponibles son 860 distribuidas entre Oza (Coruña) 110, Pedrosa (Santander) 300, Torremolinos (Málaga) 180 y Malvarrosa (Valencia) 270. Se deben añadir las camas de los centros de San Juan de Dios y de los sanatorios provinciales, que ascienden a unas mil.
- Focos múltiples de la tuberculosis del esqueleto (1946).
Estudia una serie de 401 enfermos de su estancia en E.U. En 43 casos hay múltiples localizaciones (=10,72%) que reúnen 115 focos con predominio en raquis y en cadera. Encuentra influencia del traumatismo en la mitad de casos y fallecen un 28% más de casos que entre los de foco único.
- La forma exudativa de la tuberculosis del esqueleto (1947).
Existen casos en los que los fenómenos iniciales no corresponden ni al tipo caseoso ni al granuloso descritos por Kremer y por González Aguilar, sino que presentan fenómenos de reacción vascular muy intensa que justifica que admita una forma exudativa inicial.
- Nota previa sobre la acción de la hidracida del ácido isonicotínico en la tuberculosis del esqueleto (1952).
Trata una serie 20 enfermos con de H.A.I. y asocia estreptomycinina en 11 casos. Observa aumento de apetito y peso, bienestar, desaparición o remisión de la fiebre, anemia discreta. Los trayectos fistulosos se trataron con inyección focal y todos remitieron.

- Discusión sobre la estreptomina y otros agentes y quimioterápicos en el tratamiento de la tuberculosis osteoarticular (1952).
Sobre unos dos centenares de casos tratados la estreptomina actúa eficaz y rápidamente sobre las lesiones exudativas y por el contrario no tiene acción sobre las productivas ni las caseosas.
- Abordaje directo de los cuerpos vertebrales en el mal de Pott (1953).
Según su criterio toda lesión terciaria debe ser abordada, hay que extirpar las lesiones y substituir la pérdida ósea por hueso nuevo y asociar la poli-quimioterapia. Ha operado 7 casos sin mortalidad, ha evitado el colapso vertebral progresivo y el resultado ha sido bueno.
- La movilización de las articulaciones tuberculosas (1956).
Trata los focos yuxtaarticulares con medicación e inmovilización enyesada; los de sinovitis exudativa con medicación y sinovectomía y las osteoartritis con artroplastia resección. Estudia soluciones topográficas para hombro, muñeca, cadera, rodilla y tobillo.
- El tratamiento moderno de la tuberculosis vertebral (1957).
Entre 1950 y 1956 ha operado 60 casos, con osteosíntesis posteriores 27 y con abordajes anteriores 33. Los resultados buenos y excelentes de las vías posteriores fueron del 33% y de los abordajes directos 78,78%, siempre con gran reducción del tiempo de hospitalización.
- Artritis tuberculosa de la cadera.
Se trata de una monografía de 150 páginas aparecida en 1944 que inicia el proyecto de publicar números monográficos de la revista Cirugía del Aparato Locomotor a modo de suplementos. Escoge este tema porque no existía en castellano ninguna publicación sobre el mismo y reconoce el soporte recibido de la obra "Patología y Clínica general de la tuberculosis del esqueleto" de González Aguilar; el material clínico procede de su trabajo en el Hospital de la Cruz Roja. En sus ocho capítulos explica etiología y patogenia, anatomía patológica, semiología, métodos diagnósticos y diagnóstico diferencial, pronóstico y tratamiento. Su introducción al estudio de la doctrina patogénica de la tuberculosis del esqueleto es un precioso repaso a las distintas teorías y una actualización en la que defiende como ciertos los conceptos de Ranke y el del "brote" de Redeker y añade la experiencia de Auer que demuestra que en la doctrina alérgica, al lado de la respuesta general del organismo, las respuestas locales pueden tener por sí solas personalidad clínica. Resta atención a los traumatismos como factor modificador del estado de alergia local. Comenta al final de la obra el problema social de la coxitis tuberculosa y deslinda los casos justificables de tratamiento ambulatorio y los que exigen ingreso en sanatorio especializado.



La crítica de esta obra aparecida en la revista se debió a Hernández-Ros que la considera modelo en su género y encomia el estudio sobre patología y patogenia de la tuberculosis esquelética y sobre la infección tuberculosa en general y la pulmonar especialmente. Dice que esta obra no es un incidente esporádico en la vida científica del autor, sino algo consubstancial con su modo de ser, una valiosa muestra de lo mucho que puede hacer y que hará.

- Skeletal Tuberculosis (1948).
Cuando empezó su estancia en E.U. nunca pensó que escribiría este libro, publicado por Williams & Wilkins Co., que le fue sugerido por sus colegas de Boston y así se puso a contrastar su experiencia española con el material del New England Peabody Home for Crippled

Children afecto a la Universidad de Harvard, de cuyo profesor Frank Ober recibió ayuda; el servicio de necropsias dirigido por el profesor asociado Sidney Faber le permitió conocer el desarrollo del proceso al completo. En 260 páginas expone todos los conceptos vertidos en su obra sobre tuberculosis de la cadera con muchas ampliaciones a lo largo de XXII capítulos de los que los nueve primeros corresponden a los conceptos generales y los trece restantes a la descripción de la enfermedad en cada articulación de extremidades y de raquis. Esta obra ha tenido divulgación mundial y le dio a conocer en todos los medios de nuestra especialidad; fue el punto de partida de artículos que hemos comentado entre las publicaciones españolas.

- La tuberculosis del esqueleto (1957).

Se trata de una publicación de su servicio del Hospital Provincial en la que expone los conocimientos vertidos en las dos últimas monografías para uso de los inscritos en la enseñanza de la especialidad organizada por él. Lleva el número III de la colección del Hospital y de Editorial Científico-Médica.

B) POLIOMIELITIS.

- El pie talo poliomiélico y su tratamiento (1940).

Esta monografía publicada por Espasa Calpe es la versión española de su tesis de Laurea presentada en la Universidad de Bolonia en 1936 y honrosamente calificada con la máxima puntuación y el "lode". Se trata de un estudio de 170 casos que le facilitó el profesor Putti con todo el material clínico e iconográfico del Istituto Rizzoli, por cuyo motivo en el prólogo expresa su agradecimiento y admiración al Maestro. En la casuística destacan 97 artrorrrisis anteriores (operación de Putti) revisadas hasta quince años después de operadas; fue la mayor estadística de su tiempo. En la descripción de los tratamientos refiere los métodos de corrección cruenta e incruenta, las operaciones destinadas a restablecer el equilibrio muscular actuando sobre los tendones, las operaciones destinadas a limitar la excursión articular (tenodesis y artrorrrisis) y las destinadas a simplificar los mecanismos articulares (artrodesis y astragalectomía). En 1944 escribió en la Revista "Comentarios al trabajo del doctor Pollidori sobre el tratamiento del pie talo paralítico" porque este autor había publicado su casuística del Rizzoli desde 1919 hasta 1940, incluyendo la serie revisada por Sanchís Olmos y sin mencionarlo.

- La corrección de las deformidades postpoliomiélicas (1941).

Se trata de un trabajo de información y divulgación publicado en Revista Española de Farmacología y terapéutica.

- El tratamiento postural y ortopédico de la parálisis infantil (1941).

En Clínica y Laboratorio, de Zaragoza, expone este tratamiento porque sigue manteniendo su gran valor, que lo convierte en primerísimo por su eficacia y por la precocidad de su uso en ciclo clínico de la enfermedad. Recuerda también los métodos físicos que deben asociarse, como electroterapia, masajes, movilizaciones y balneoterapia caliente.

- Nuestro punto de vista en el tratamiento precoz de la parálisis infantil (1941).

Ahora es en Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría donde difunde sus conocimientos porque la eficacia del tratamiento definitivo depende en gran parte de la conducta que se siga a partir del momento en que se diagnostica la enfermedad. Insiste en la divulgación de su criterio con el fin de paliar las trágicas consecuencias de la enfermedad, para que los enfermos que lleguen a las consultas lo sean en las mejores condiciones posibles.

- Consideraciones sobre el tratamiento del pie talo paralítico (1943).

En SER, revista médico-social de FET y de las JONS, presenta su estudio de Bolonia al que suma su estadística personal de 32 casos del Hospital de la Cruz Roja.

- Estudio crítico del método de Kenny en el tratamiento de la poliomielitis (1944)
 Nuestra Revista edita su participación en el VI Congreso Nacional de Pediatría en la que analiza la obra de esta enfermera australiana que publicó en 1937 su primer libro al cabo de veinte años de labor y de lucha. Basaba su tratamiento en los cinco puntos siguientes: 1º Mantenimiento de la visión mental clara, 2º Mantenimiento del impulso, 3º Hidroterapia y ejercicios curativos, 4º Mantenimiento de la circulación y 5º Supresión de los medios inmovilizantes generalmente adoptados. Se trasladó a Norteamérica y al cabo de un año reeditó su libro con variantes. Para ella la sintomatología fundamental está constituida por tres fenómenos: espasmo muscular, incoordinación muscular y enajenación mental; en consecuencia el tratamiento consta de dos partes: 1º Aplicación de fomentos calientes sobre las zonas del cuerpo en que existen músculos con espasmo y 2º Movilización pasiva y activa dentro de los límites posibles, conducida con una exquisita técnica que no puede ser improvisada. Aconseja el huso del tablero vertical sobre el que se apoyan las plantas de los pies para mantener los reflejos normales de la estación bipodal.
 Sanchís Olmos toma en consideración los fenómenos celulares de Lubarsch que la infección y la inflamación producen en el tejido nervioso, sobre todo del asta anterior de la médula en caso de poliomielitis: alterativos, exudativos y productivos; es decir, en la médula hay muerte celular que afecta a las neuronas, destruye la unidad neuromuscular y ocasiona el síndrome de parálisis flácida, con degeneración de la vía aferente y de las fibras musculares que de ella dependen. Sanz Ibáñez estudió las sinapsis neuromusculares y descubrió que la neurona puede tener interrumpidas sus relaciones funcionales con la vía central permaneciendo intacta la vía periférica y estas parálisis flácidas son las que pueden mejorar al regresar los fenómenos inflamatorios; parece ser, incluso, que una neurona puede no estar irreparablemente perdida y puede ser suplida funcionalmente por otra intacta o recuperada de los trastornos que alteraron su funcionamiento. Gracias a Sanz Ibáñez se explican los casos de parálisis que mejoran rápidamente porque son síndromes clínicos por lesión de placa motriz y los casos que no mejoran porque se han producido lesiones centrales irreversibles.
 Al término de sus comentarios sobre las bases fisiopatológicas, a tenor de sus bien informados conocimientos de la neurología, concluye que la parte práctica del método Kenny es útil en el período agudo y primeros tiempos del período de regresión y que no existe incompatibilidad con el tratamiento postural; que el síntoma predominante no son las contracturas sino las parálisis flácidas; que los hallazgos de Sanz Ibáñez de lesión neuronal y lesión de la placa motriz condicionan la evolución de la parálisis.
- La artrorrisis en los pies paralíticos (1945).
 Publica en la revista su experiencia personal de 21 casos operados entre 1939 y 1944 siguiendo las enseñanzas del Rizzoli. Su serie es la 6ª mundial detrás de Ugo Camera (94), Steindler (35), Bertrand (24), Zanoli (24) y Gourdon (22). Describe la técnica y las indicaciones en el pie talo, talo-valgo, cavo-varo, cavo-valgo e inerte. Sus resultados son buenos en el 78% de casos, mediocres en el 14% y malos en el 7%.
- La osteotomía cervicotrocantérea como tratamiento de las coxas valgas paralíticas con o sin luxación de la cadera (1949).
 En la Revista nos dice que la deformidad del cuello femoral es el motivo fundamental para que la luxación posterior se produzca con la adducción y rotación interna, facilitada por la aplasia del techo cotiloideo. En seis casos operados corrigió la morfología patológica mediante osteotomía en la base del cuello, a cuyo nivel se corrigen los ángulos de inclinación y de declinación, y se estabiliza con dos clavos transóseos.

- Cadera parálitica (1950).
Con este tema participó en la ponencia del III Congreso de la SECOT cuyos textos aparecieron en la revista. Presentó su técnica I de sustitución del glúteo medio mediante el tensor de la fascia lata y el vasto externo y su técnica II mediante el tensor de la fascia lata, el tercio superior del glúteo mayor y el vasto externo. Completa la mioplastia con la cresectomía anterosuperior y advierte que nunca debe realizarse sin previa fasciotomía semanas antes y cuando de ésta hayamos obtenido el máximo de corrección que estimamos posible. La práctica de la cresectomía en los niños debe hacerse por debajo del cartílago de crecimiento de la cresta ilíaca para conservarlo. Alguna vez asocia la capsulotomía para conseguir la mayor extensión de la cadera.
- Contractura de la rodilla parálitica en flexión (1955).
Con Vaquero González revisa un total de 1080 enfermos con secuelas de poliomielitis entre 1950 y 1955 y lo publican en la Revista. Son la consecuencia del espasmo de los flexores, de retracción capsular posterior, de retracción de la fascia lata, de rotación externa de la pierna y del frenado de los cartílagos de crecimiento. La deformidad más frecuente que se produce es el genu valgum en el 80% de casos. Exponen el tratamiento de cada tipo de deformidad: genu valgum flexum, genu recurvatum, genu valgum y rotación externa tibial.
- Las deformidades paráliticas estructuradas del antebrazo y su tratamiento (1958).
Aparece en la Revista esta aportación que prosigue el trabajo póstumo de Putti "Síndromes paráliticos del antebrazo" en el que establecía tres tipos: contractura fija, síndrome supinador y síndrome pronador; el tratamiento consistía en artrolysis proximal y distal radio-cubital, sección del ligamento interóseo y de fascículos musculares. Lo considera muy cruento y en seis casos practica, con buen resultado, la técnica siguiente: osteotomía desrotadora cubital y radial, síntesis con placas, aporte de injerto cortical autólogo y escayolado para mantener la corrección.
- Los trasplantes a través de la membrana interósea (1960).
La técnica de Codivilla consistía en trasplantar al dorso del pie el tendón tibial posterior haciéndolo transitar a través de la membrana interósea y en el Rizzoli fue abandonada porque se establecían adherencias causantes de su fracaso. Ahora reaparece con modificaciones en la Revista y Sanchís Olmos obtiene mejoría en los resultados perfeccionando la técnica. Con 22 casos refiere 70% de excelentes resultados, 5% de buenos resultados y 25% de malos resultados.

C) TUMORES Y DISTROFIAS.

- Contribución al estudio de la enfermedad de Ollier (1944).
A propósito de un caso tratado en una niña de 8 años con deformidad del miembro inferior presenta en el primer año de la Revista un resumen histórico desde la primera descripción de Ollier en 1899 y repasa la bibliografía hasta la serie de Gaede en 1938 con 138 casos. En la literatura en castellano aparecen en Argentina en 1940 el caso de Piqué y Schajowicz y otro de Muscolo y Pavlosky. Repasa las formas posibles encuadradas en: Unilaterales, tipo braquial y tipo pélvico, y Múltiples, tipo homolateral, tipo cruzado, tipo bbraquial y tipo bipélvico. La primera manifestación suele ser el acortamiento de un miembro, después aparecen engrosamientos metafisarios y alteraciones axiales de los miembros, sobre todo articulares. En una revisión bibliográfica reúne 103 casos, 35 unilaterales y 68 múltiples, que permiten comentar la etiopatogenia, la anatomía patológica y los signos radiográficos, que son evolutivos. Propone un tratamiento quirúrgico precoz con vaciamiento y relleno de injerto esponjoso, y aprovechar la intervención para practicar osteotomías correctoras.

- Disepifisiplasia vertebral II (1945).
Con este nombre publica en la Revista su experiencia de 12 casos de Cifosis dorsal juvenil o enfermedad de Scheuermann, descrita por éste en 1920. Hace unas consideraciones etiológicas, describe la clínica, discute la interpretación patogénica, expone nueve signos radiográficos que él utiliza para el diagnóstico y aconseja como tratamiento la cama dura, la gimnasia y el corsé activo.
- Disepifisiplasia isquiopúbica (1945).
Aparece en la revista su pequeña serie de 3 casos que se corresponden con la osteocondritis púbica de Van Neck (1924). Sanchís Olmos engloba las distrofias por trastorno de osificación de las epífisis, huesos cortos y apófisis en el nombre de Disepifisiplasias; son de patogenia desconocida como otras distrofias. Ha tratado sus casos con inyección de novocaina y reposo.
- Tumores óseos (1955).
Sanchís Olmos y Ferrer Torrelles desarrollaron este tema en el II Congreso Nacional de Medicina Interna y fue publicado como monografía por Editorial Paz Montalvo. Han seguido como referencia la obra de Jaffe y Lichtenstein a quienes dedican el trabajo. Exponen tres motivos de diversidad en su interpretación: 1º no hay acuerdo sobre la terminología, 2º existen muchos aspectos microscópicos sin unanimidad de criterio y 3º ni semiología, ni radiología ni tratamiento permiten llegar a una unidad de criterio. Lichtenstein incluye entre los tumores benignos cartilaginosos a las exostosis múltiples, los encondromas múltiples y la enfermedad de Ollier y para los autores se trata de distrofias óseas que afectan la matriz cartilaginosa y no de enfermedades tumorales; aunque poco frecuente y a veces excepcional, es posible la degeneración tumoral, al igual que ocurre en la enfermedad de Paget, que no es tumoral. Clasifican y describen los tumores según el origen celular en: condroblástico, osteoblástico, conjuntivo, mesenquimatoso, hematopoyético, nervioso, vascular, graso, notocordal y adamantino. Al final llaman la atención sobre la degeneración carcinomatosa de las fístulas osteomielíticas y sobre el riesgo de transformación neoplásica de las células en las inflamaciones crónicas.
- Tumores óseos (1956).
Son los mismos autores y tiene prácticamente el mismo contenido que la anterior monografía y en este caso va dirigida a sus alumnos del hospital matriculados para estudiar la especialidad y para ello amplían la ponencia y la presentan en XIII capítulos de contenido más didáctico. En lo que respecta a la nomenclatura y la clasificación, donde existen divergencias, dice que "hemos tenido que desbrozarnos la senda inicial de la que parte un largo camino". Seleccionó como punto de partida la obra de Jaffe y Lichtenstein de 1952 y además la del registro Americano de 1939 hecha por Ewing; la primera la consideran la más completa y sistematizada, si bien deben incluir el osteoma parostal, el fibroma perióstico y el condroma perióstico como entidades clínicas.
- Sobre la clasificación de los tumores óseos (1955).
Sanchís Olmos hace aparecer en la Revista las consideraciones expuestas en las dos monografías anteriores para llegar a una propuesta de clasificación en el primer capítulo de introducción.
Todos los artículos que serán comentados a continuación fueron publicados en nuestra Revista y corresponden a casos muy concretos tratados por el autor.
- Fibroma central del hueso (1955).
Equivale al fibroma no osteógeno y en el pasado se consideraba una variante del tumor de células gigantes, de células fusiformes o xantomatosas; podría confundirse con la displasia

- fibrosa localizada. Su tratamiento consiste en el vaciado y relleno con esponjosa autóloga
- Fibroma perióstico no osteógeno (1955).
Presenta un caso con varias localizaciones en pie derecho y mano izquierda y hace el diagnóstico diferencial con el tumor de células gigantes, el condroma subperióstico y el tumor de mieloplaxias.
 - Osteoma parostal de clavícula (1956).
Comenta un caso en un niño de 7 años, tiene el tamaño de una nuez en el espacio deltopectoral izquierdo, es doloroso a la presión, va creciendo y al año es como una mandarina. Su resección en bloque permite el estudio microscópico: está recubierto por periostio engrosado y es rico en tejido conjuntivo osteoblástico. El diagnóstico diferencial se hace con el quiste aneurismático y el fibroma osteógeno u osteofibroma
 - Encondroma del quinto metacarpiano (1956).
Es un tumor infrecuente que trata mediante resección diafisaria y sustitución con injerto tibial, cuyo extremo se redondea y se cubre con injerto de piel conservada; se confecciona vendaje de yeso, mantenido durante tres meses. El injerto óseo se revitaliza y la articulación metacarpofalángica tiene una movilidad de -10° de extensión y 45° de flexión, indoloras.
 - Vértebra plana y granuloma eosinófilo (1956).
Narra el recuerdo histórico desde la descripción de Calvé en 1925, que la comparó con la lesión de la cabeza femoral en la enfermedad de Perthes y la llamó por ello "Osteocondritis del cuerpo vertebral". Compara su caso con el de Pouyanne, los dos de Casuccio y los cuatro de Compere, todos publicados en 1954 y refiere la conclusión de que se trata de una localización del granuloma eosinófilo.
 - Granuloma eosinófilo múltiple de la columna vertebral (1957).
Se trata de un caso con tres localizaciones cuya publicación es interesante porque es raro y no halla referencias bibliográficas, porque requirió diagnóstico por abordaje directo como en el mal de Pott, porque el concepto de granuloma eosinófilo se integra en las histiocitosis X. Si no se aborda hay que esperar años sin diagnóstico ni pronóstico definido y en espera de curación o de aparición de nuevos focos, o bien se transforma en enfermedad de Schuller-Christian o de Letterer-Siwe con focos viscerales y cutáneos.
 - Quiste óseo aneurismático (1960).
Describe un caso en cara interna de la tibia: lesión benigna, con tejido fibroso, distendida por grandes espacios vasculares, en forma de panal de abejas, y de tamaño progresivo por expansión mecánica. El diagnóstico diferencial lo expone con el tumor de células gigantes, el quiste óseo solitario, el osteoblastoma, el fibroma no osteógeno, el hemangioma óseo y el tumor maligno osteolítico solitario. Tras su vaciado tumoral no ha tenido recidiva.

D) BANCO DE HUESOS Y DE PIEL.

- EL BANCO DE HUESOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE MADRID (1953).
Nos dice en la Revista que en gran número de operaciones ortopédicas es necesario utilizar injertos óseos y que en ocasiones no es posible extraerlos del propio enfermo (autógeno o autólogo) y resulta útil el hueso de otro ser humano (homógeno u homólogo) o de otro animal (heterógeno o heterólogo). La posibilidad de almacenar el hueso extraído en operaciones asépticas y utilizarlo cuando podía hacer falta ha justificado que los servicios importantes organizaran su Banco de huesos u osteoteca. La mayoría emplean hueso homólogo obtenido de amputaciones, toracoplastias o de excisiones en operaciones ortopédicas o de cadáveres frescos que reúnan las condiciones exigibles. La conservación se puede hacer por refrigeración

o mediante líquido antiséptico y éste goza de ventajas: el propio líquido elimina las pequeñas contaminaciones posibles, su manejo para extraer el hueso conservado del frasco o para reintegrarlo es más sencillo, posibilidad de hacerlo en cualquier medio hospitalario y protege contra la contaminación de sífilis, malaria y virus de la hepatitis; por tales razones ha sido el método escogido.

El material procede en su mayor parte de amputaciones y en el quirófano un segundo equipo llamado "equipo extractor" obtiene el hueso con todos los cuidados rutinarios de asepsia en las operaciones óseas. Pueden conservarse fragmentos diafisarios grandes o bien trocearse según las necesidades. Se rellena por triplicado un formulario de cada extracción, para la farmacia que controla la osteoteca, para la historia clínica del donante y otro para el servicio quirúrgico. Los huesos pelados sin periostio se introducen en frascos de boca ancha con solución de Mertiolato al 1 por 1.000 durante 15 días, después pasan un mes en solución al 1 por 5.000 y luego a otro frasco de idéntica concentración durante otro mes. A partir de este momento se efectúan dos controles bacteriológicos del material de cada frasco y si son negativos el hueso está listo para ser utilizado y el proceso no resulta engorroso. En quirófano cuando se utiliza el hueso se toman todas las medidas de asepsia para extraerlo del frasco y colocarlo en la mesa de instrumental dentro de una batea con suero fisiológico para lavarlo; el cirujano lo trocea y fragmenta según las necesidades del lecho receptor. Después de su utilización se rellena una nueva ficha por triplicado. Durante un año se ha sometido el método a un período de prueba para los equipos quirúrgicos, para conocer la tolerancia del injerto, sus reacciones y las contaminaciones y para tener una primera impresión sobre la eficacia del hueso conservado como material de sustitución del hueso autógeno fresco. Desde octubre de 1951 hasta octubre de 1952 se ha aplicado hueso de banco a 40 pacientes y concluye que la tolerancia ha sido absoluta, que no hay reacción debida al mertiolato, que no hay contaminaciones y que la eficacia biológica del hueso conservado, valorada sobre el número de consolidaciones es del 83%. Observa que la rehabilitación del injerto conservado está sujeta a un proceso semejante al del hueso fresco pero más lento y que las zonas poco vascularizadas no son aptas para injertos, cualquiera que sea su clase, frescos o conservados, autólogos o heterólogos.

Este trabajo mereció ser tenido en cuenta y seguido por todos los cirujanos ortopedas y traumatólogos españoles porque abrió un nuevo camino y potenció la actualización técnica de nuestros servicios especializados. Ha sido una de las grandes aportaciones de Sanchís Olmos a nuestra especialidad, un punto de partida para que otros especialistas siguieran su ejemplo, como así ocurrió, y hoy en día ya es la sanidad pública la que ha organizado y controlado los bancos de tejidos.

- EL USO DE LA PIEL CONSERVADA.

Sanchís Olmos nos recuerda en esta publicación de 1955 aparecida en la Revista que fueron Loewe en 1913 y Rehn en 1914 los primeros en utilizar la piel fresca autóloga como refuerzo de la pared abdominal en el tratamiento de las hernias y que en cirugía ortopédica el pionero fue Gosset en 1951 en artroplastias, ligamentoplastias y refuerzos tendinosos. La tolerancia perfecta del hueso conservado en mertiolato hizo pensar en la posibilidad de "conservar" piel como material para interposición y como refuerzo ligamentoso.

La piel se obtiene del cadáver fresco, generalmente del mismo que obtenemos hueso, ya que las contraindicaciones son las mismas. La piel con la grasa adherida es enfrascada en solución de Mertiolato al 1 por 1.000 durante quince días, al cabo de los cuales el equipo quirúrgico elimina la grasa, maniobra conocida como "pelado", mediante bisturí y tijeras y también con

bisturí se raspa la epidermis. Las tiras de piel quedan sin vello y reducidas a la dermis con un milímetro de espesor y se mantienen de nuevo en un frasco con Mertiolato al 1 por 1.000 durante cuatro semanas y después ya puede utilizarse. El día de la operación se lava con suero fisiológico para eliminar el antiséptico y se la sumerge en solución de penicilina. La fijación de la piel a los tejidos reparados se ha hecho con nylon o perlon. Se usó inicialmente en refuerzos del tendón de cuádriceps tras patelectomía y su tolerancia fue excelente con postoperatorio normal. Por biopsia en una reoperación se ha sabido que la piel se transformó en tejido fibroso, con inicio de sistematización fibrilar y evidencia de vitalización y transformación tisular.

Ante esta experiencia se inició la etapa de utilización habitual y en este artículo dispone ya de 21 casos operados con indicaciones amplias: cuadriceplastia, artroplastia de codo, artroplastia de cadera, interposición tras resección de cabeza radial, refuerzo de pared abdominal, refuerzo de tríceps, refuerzo de sínfisis púbica, plastia de recto anterior. Expone al final las ventajas siguientes: no exige otro tiempo operatorio; disminuye la duración de la intervención; no produce cicatriz para extraerla; está estéril; no hay riesgo de infección, formación de quistes ni de forúnculos, como se ha descrito en el uso de la piel autóloga fresca; si el banco de piel o "dermoteca" está bien organizado las necesidades en cuanto a longitud y anchura del injerto estarán siempre cubiertas. Con esta importante aportación, auténticamente innovadora como lo fue el banco de huesos, Sanchís Olmos acrecentó aún más su prestigio y el respeto de la comunidad profesional de nuestra especialidad, que le debe agradecimiento por su tarea de vanguardia.

En la revista publicó los resultados de algunas de las indicaciones antes referidas:

- Resultados de la artroplastia de codo con piel conservada (1958).

Su experiencia asciende a 14 casos con estas indicaciones: luxación antigua (6), tuberculosis (4), artritis hipertrófica (2) y artritis traumática (2). Durante el postoperatorio se inmoviliza con férula de yeso que se mantiene cuatro semanas. No hay ningún caso de intolerancia y cicatrizan por primera intención y en el control entre 6 meses y 4 años obtiene 64% de excelentes resultados y 21% de buenos según el enfermo, pero para el cirujano 85% son aceptables. La piel ofrece ventajas sobre la fascia lata: no precisa operación de extracción, el tamaño no resultará pequeño y la piel tiene solidez y no se desgarra.

- Plastias con piel conservada en la poliomiélitis (1960).

Las escoliosis poliomiélicas son más complejas que las esenciales porque no se estabilizan al acabar el crecimiento, se asocian a parálisis de extremidades, los enfermos pasan largo tiempo en decúbito y engordan y pierden capacidad vital. Se les asocian factores estáticos: acortamiento de extremidades inferiores, hipoplasia pélvica y pelvis oblicua; y factores dinámicos: retracciones de fascias y aponeurosis y parálisis musculares, sobre todo abdominales. Practica la técnica de la desmoplastia en 18 enfermos con agravación del ángulo de Cobb, que precisan de 20 operaciones para implantar 37 tirantes de piel; en el postoperatorio se vale de corsés escayolados u ortopédicos para relajar los ligamentos artificiales. En todos los casos la piel es bien tolerada y se revitaliza, la mejoría mecánica es del 100% y la radiográfica del 97,7%. Los tirantes utilizados reciben las denominaciones siguientes: xifopubiano, costopubiano, intertransverso, iliovertebral e iliocostal.

- Plastias experimentales del tendón cuadricipital con piel, fascia y tendón conservados, tras patelectomía (1962).

Leva a cabo este trabajo experimental con su colaborador León Vázquez y utilizan 14 animales (5 perros y 9 conejos) y los elementos de implantación son obtenidos y preparados como en el humano según método de Sanchís Olmos, con un tiempo de conservación en líquido antiséptico de 45 días. Las tendinoplastias se realizaron con piel de perro (5), piel de conejo (6), fascia de conejo

(1) y tendón de conejo (2); describen la técnica operatoria experimental. El estudio histológico final de los especímenes obtenidos nos informa de la evolución histológica a lo largo de cuatro períodos:

- 1º. En fase inicial la dermis conserva su arquitectura plexiforme.
- 2º. Período necrótico y reaccional . Conserva la estructura pero desaparecen todos los núcleos; la zona de enlace con el huésped sufre un proceso de revitalización y revascularización con presencia de angioblastos, fibroblastos y capilares neoformados.
- 3º. Período de revitalización. Aparece invasión de mamelones vasculares y conjuntivos que penetran en el retículo dérmico fibrilar y son orientados por él. Se forma tejido conectivo joven con abundantes fibroblastos y rica vascularización.
- 4º. Período de madurez. Se produce la unión firme entre trasplante y tejido tendinoso receptor y en el neotejido tendinoso se descubre tendencia a la "estructuración modelada" o adaptación a las nuevas solicitaciones funcionales.
- 5º. Período de estabilidad final. Bajo los efectos de los estímulos mecánicos funcionales, el tejido conectivo indiferenciado se transforma en fibrositos adultos fusiformes y en fibras colágenas orientadas longitudinalmente.

A lo largo de medio siglo se han repetido trabajos similares estimulados por la creciente necesidad de practicar reparaciones ligamentosas en deportistas y se descubre lamentablemente que la revisión bibliográfica de la producción española es rara frente a la dominante anglosajona y que trabajos como éste, pionero entre nosotros, no son conocidos de los jóvenes investigadores y por lo tanto no son referidos. Las bibliografías de las revistas anglosajonas, germánicas, francesas e italianas no adolecen de esta omisión y mencionan a sus maestros predecesores en el recuerdo histórico del tema que se presenta. Para reparar este defecto debería ser obligatorio, preceptivo, el repaso de lo que han hecho nuestros investigadores y científicos a lo largo de las últimas décadas, sobre todo habida cuenta de que disponemos del índice bibliográfico de la Revista desde su fundación en 1944, obra de Guillén, Obrador y Madrigal.

E) TRAUMATOLOGÍA.

Desde que se inició la edición de Cirugía del Aparato Locomotor en 1944 ya empezó Sanchís Olmos a publicar trabajos sobre el tratamiento de las fracturas; comentaremos los nueve que hemos localizado en la Revista.

- Nueva técnica de osteosíntesis en las fracturas de olécranon (1944).
Este trabajo fue comentado al referir los trabajos de Hernández-Ros porque fue firmado por ambos. La reducción a cielo abierto se fija con un agrafe, confeccionado con una aguja de Kirschner, tallado y moldeado a medida gracias a la habilidad del cirujano, implantado a través de sendos orificios taladrados a cada lado del trazo de fractura y finalmente fijado a la cortical de la cresta cubital sobre la que reposa gracias a un anillo de alambre transóseo. Para sus autores es la técnica de elección por su facilidad, por su inocuidad y porque es factible con anestesia local, y lo ilustran con su experiencia inicial.
- Patelectomía por fractura de rótula (1945).
Dice que es el primer caso de la literatura española pero que ya se conoce en la anglosajona; la practica en un politraumatizado de 49 años y refiere algunos detalles de interés técnico: 1º extirpar la rótula totalmente mondada para obtener una capa superficial de fibras que dan al nuevo tendón una continuidad solo interrumpida a nivel de la fractura, 2º acoplar los bordes laterales cápsulosinoviales de manera que constituyan la capa profunda del tendón, 3º ser precoz en la intervención porque si se retrasa se retrae la parte proximal del cuádriceps.
- Patelectomía experimental (1946).

Aplica en ocho perros la técnica experimental de Girardi: legrar la cara anterior de la rótula, conservar los elementos osteoperiósticos y dejar la articulación en flexión mediante vendaje de yeso durante dos semanas. Sacrifica los animales al año de la operación y el estudio de las piezas permite comprobar que: aumenta la excursión articular, no se observan trastornos degenerativos del cartílago troclear, existe continuidad histológica parcial del puente entre tendón y ligamento rotuliano, la histología del cuádriceps es normal y no existe regeneración ósea pero sí acúmulos de células cartilaginosas por metaplasia.

- La recuperación funcional de los fracturados de fémur (1950).
Firma este trabajo con su colaborador Esteban Mújica, que revisó 49 pacientes tratados con tracción continua y práctica de contracciones de cuádriceps precoces y diarias. Cuando el callo es visible se inician movimientos de rodilla de amplitud y tiempo progresivos, inicialmente tan solo activos y más adelante resistidos; cuando ha sido necesario escayolar los ejercicios son isométricos dentro del yeso. Consiguen la extensión completa de la rodilla y no influye el sitio de la tracción transesquelética.
- Consideraciones clínico-estadísticas y resultados del tratamiento conservador de las fracturas de tibia (1953).
Estudia con Vaquero González 80 casos tratados entre 1-XII-1950 y 31-V-1952 con el convencimiento de que el método de elección es el conservador; son el 12,3% de 722 fracturas tratadas durante el período referido y eran de tibia sola el 28,75% y de tibia y peroné el 71,25%; eran hombres el 68,7% y mujeres el 31,2%. Entre los resultados destacan una pseudartrosis y siete retardos de consolidación en fracturas abiertas y ausencia de infección. El criterio de consolidación utilizado fue: total y completa solidez del foco, capaz de soportar las mismas exigencias funcionales que antes del accidente, y en las radiografías el paso de trabéculas óseas de uno a otro fragmento.
- La osteosíntesis en las fracturas trocantéreas (1953).
Siguiendo la clasificación de Evans son estables el 72% (no desplazadas y desplazadas pero reducidas) e inestables el 28% (desplazadas y no reducidas, conminutas y oblicuas invertidas). Las trata con osteosíntesis mediante placa de Moore y apoyo al cabo de tres meses. En su serie de 32 casos entre 10-XII-1950 y 31-XII-1951 la mortalidad es de 19,2% (5 casos), los resultados anatómicos son de reducción excelente 76,2%, coxa vara discreta 4,8% y coxa vara marcada 19% y los resultados funcionales son excelentes 66,7%, buenos 28,5% y regulares 4,8%.
- La recuperación funcional de los fracturados de tibia (1955).
Presenta con Vaquero González su experiencia de 100 casos tratados entre 1950 y 1954, con una mortalidad del 2% y 1% de pseudartrosis, y en ellos destaca factores que influyen en el resultado final como son el tiempo y la forma de la consolidación, la rigidez articular y la estasis circulatoria. Hay que luchar contra ellos estimulando las contracciones isométricas de la musculatura inmovilizada, aplicando después del enyesado vendajes de cola de zinc y disponiendo de un servicio de fisioterapia y recuperación funcional con personal experto. El plazo medio de recuperación funcional después de la consolidación es de 30 días y al final solo encuentran cuatro secuelas con limitación de la movilidad de la rodilla entre 60 y 90 grados de flexión.
- Fracturas de la diáfisis femoral (1956).
Entre 1950 y 1954 fueron tratados 1.184 fracturados de los cuales correspondían a la diáfisis femoral 64 (5,4% del total) y de ellas 24 (39%) procedían de accidentes de tráfico; 11 casos eran polifracturados y dos tercios eran hombres. Aplicó las técnicas terapéuticas según nivel de fractura y edad: tracción sobre férula de Braun, síntesis con placa de Moore o de Mac Laughlin,

tracción al cénit y pelvipédico (niños), enclavado de Rocher, tornillo y cerclaje en bisel largo y placa atornillada. Destaca en los resultados que las rodillas se han afectado en todos los casos con rigideces variables y los resultados globales fueron excelentes 76,59%, buenos 14,90%, medianos 6,38% y malos 2,13%; detectan una pseudartrosis, una refractura y seis úlceras por decúbito a pesar del cuidado riguroso de enfermería.

- Fisiopatología y clasificación de las lesiones maleolares traumáticas (1957).

Este texto corresponde a la Comunicación al I Congreso Luso-Español de COT de Lisboa en junio de 1956 presentado junto con Escudero Pérez. Empieza con un estudio biomecánico de la producción de las lesiones durante los movimientos de prono-supinación y de rotación externa e interna del pie y después por flexión y extensión; las lesiones maleolares sólo se producirán cuando el movimiento ha sobrepasado los límites normales que permite esta articulación. Recuerdan los estudios de Destot sobre fisiopatología de pie y tobillo destacando las funciones de apoyo y de estabilización posibles gracias a los aparatos de contención y de retención, y así, en función de su grado lesional, explican el grado de importancia desde el esguince, la inestabilidad del tobillo hasta la luxación del astrágalo. Al exponer la clasificación reconocen que a Destot corresponde el mérito de haber sistematizado las lesiones del tobillo de acuerdo con las alteraciones funcionales que han originado, pero ellos creen que seguir un solo criterio no basta para sentar un tratamiento y prefieren seguir un criterio mixto en el análisis de la serie de 100 casos que presentan, distribuyendo las lesiones del siguiente modo:

- 1- Por rotación externa (31 casos): lesiones de primer grado, de segundo grado y de tercer grado de tipo I y de tipo II.
- 2- Por pronación (20 casos): lesiones de primer grado, de segundo grado y de tercer grado.
- 3- Por supinación (37 casos): lesiones de primer grado, de segundo grado y de tercer grado.
- 4- Por compresión vertical (2 casos): lesiones del tipo I y del tipo II.
- 5- Lesiones por hiperflexión 3 casos): de primer grado y de segundo grado.
- 6- Lesiones por hiperextensión (0 casos).
- 7- Lesiones por mecanismos mixtos (4 casos).
- 8- Lesiones por rotación interna (1 caso).
- 9- Lesiones por traumatismo directo (2 casos).

Al término de su vida, desconocedor de su precoz fallecimiento, Sanchís Olmos publicó el tratado "Fracturas y otras Lesiones Traumáticas" (Editorial Científico Médica 1963) de 646 páginas donde se resume su vastísima experiencia como traumatólogo. Para llevarlo a cabo se rodeó de sabios colaboradores que completaron capítulos con sus muy importantes aportaciones: Gomar Guarner, Jimeno Vidal, Vaquero González, Perayta (neurocirujano), Pérez Castro (urólogo), Rábano (neurólogo), Sánchez Bordona (accidentes del trabajo), Sánchez Galindo (cirugía plástica). Sobre la base de la aceptación común de las obras de Böhler y de Watson Jones ha expuesto sus diferencias de criterio en la aplicación de determinadas técnicas y se refiere fundamentalmente a las usadas y experimentadas en su Servicio. Ha querido hacer un libro fundamentalmente práctico que sirva también para divulgar sus ideas y sus métodos y en el que se integran la casi totalidad de sus artículos sobre traumatología comentados con anterioridad y también las lecciones que en el transcurso de los últimos diez años se han profesado a los alumnos de la especialidad. El libro consta de XX capítulos divididos en: fisiopatología traumática, aspectos asistenciales, traumatismos craneoencefálicos (Rábano y Perayta), lesiones de la cara (Sánchez Galindo), columna vertebral, aplastamiento torácico (Gomar), cinturón escapulotorácico, brazo, codo, muñeca y mano, abdomen traumático (Gomar), aparato urinario (Pérez Castro), pelvis, cadera, muslo, rodilla, pierna, tobillo y pie.

F) ANALECTA.

Recopilamos aquí una serie de artículos variados que no corresponden a los grupos temáticos hasta ahora expuestos y que fueron apareciendo en la Revista.

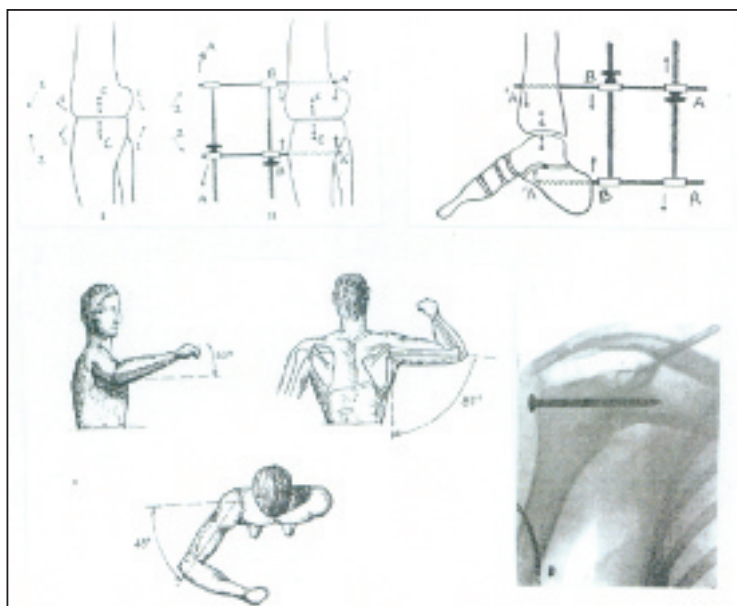
- Nota previa sobre el tratamiento local de la osteomielitis crónica con penicilina (1945).
Estábamos en los inicios del tratamiento penicilínico y Sanchís Olmos comunica 8 casos de inyección intrafocal con aguja o con catéter en fémur (4), tibia (3) y columna (1). Manifiesta que dada la penuria de penicilina no ha sido posible irrigar abundantemente las heridas y que las posibilidades de éxito son limitadas porque es difícil conseguir que la solución empape todas las cavidades; es preceptivo antes de establecer este tratamiento eliminar previamente todos los secuestros, contenido purulento y fístulas para que las paredes se impregnen del antibiótico que llegue por vía sanguínea.
- Técnica, indicaciones y resultados en el tratamiento de las anquilosis en flexión de la rodilla (1946).
Expone los métodos quirúrgicos de corrección que son: artroclasia y osteoclasia, osteotomías y resecciones paraarticulares, artrólisis y artroplastia, osteotomías y resecciones intraarticulares. Las dos primeras son operaciones ciegas y antiguas que han sido abandonadas. La osteotomía asociada a resección yuxtaarticular es el tratamiento de elección porque evita mejor las recidivas, no aumenta el acortamiento, respeta el cartílago de conjunción y deja libre el camino para una eventual intervención posterior; la osteotomía es casi siempre supracondílea. La artrólisis pretende liberar las superficies articulares de las adherencias que las unen y corregir la posición viciosa; sus indicaciones recaen en casos muy seleccionados debidos a sinequias y retracciones ligamentosas. Las osteotomías que abordan la articulación deben ser curvilíneas para obtener la corrección con un movimiento de bisagra, sin lesionar los cartílagos, sin acortar y sin lesionar los vasos por estiramiento; en casos de deformidad pronunciada aconseja corregir por etapas y extender lentamente. Propone una técnica personal que consiste en hacer una resección angular de los cóndilos femorales con su correspondiente encaje tibial y fijar la rótula avivada como injerto en puente entre fémur y tibia. Las inmovilizaciones son siempre con vendaje de yeso pelvipédico durante 6 semanas y con calza de yeso 6 a 8 semanas más hasta obtener la consolidación radiográfica.
- Osteosis eburneizante monomélica o melorreostosis (1948).
A raíz de un caso en una niña de 16 años describe las lesiones óseas de las radiografías de su extremidad inferior izquierda, que está en flexión de 15 grados y en rotación externa. Describe los tipos clínicoradiográficos que encuentra en la revisión de la bibliografía desde que fue descrita por vez primera por Leri en 1922, Lewin en 1925 y Putti en 1927; refiere sus hallazgos histopatológicos y comenta las teorías patogénicas. El tratamiento es sintomático y en su caso practicó osteotomía correctora.
- Discusión sobre artrodesis isquiofemoral (1950).
Fernández Yruegas presentó "La artrodesis en la coxalgia" en la reunión de la SECOT de Bilbao en 1949 y Sanchís Olmos comenta las indicaciones que se han expuesto para la técnica de Brittain. La considera perfecta como artrodesis extraarticular y por lo tanto indicada en la fase hiperérgica del foco, pero en las lesiones terciarias, en las que hay una cicatriz fibrosa o unos focos productivocaseosos, la anquilosis ósea se conseguirá pocas veces. Plantea la posibilidad de hacer una artrodesis intraarticular, como se hace en la rodilla, sabiendo que con la estreptomycinina se resuelve el riesgo de la diseminación.
- Artroplastia de cadera con interposición inerte (1951).
El profesor Merle d'Aubigné fue invitado a la reunión de la SECOT de agosto de 1951 en

Santander y presentó sus resultados en 100 cúpulas de vitalium en la cadera indicadas preferentemente en la coxartria: 25% excelentes, 50% buenos y 25% mediocres o malos; renuncia a la vía de Smith-Petersen por ser excesivamente cruenta y prefiere la de Hueter y a veces la de Langenbeck.

Sanchís Olmos se muestra de acuerdo en las indicaciones y en la técnica complementaria de descender el trocánter mayor para tensar el abanico glúteo y así eliminar durante la marcha los signos de Duchenne o de Trendelenburg. Encuentra, a tenor de su experiencia, injustas las objeciones a la vía de Smith-Petersen, que le ofrece una magnífica visibilidad y permite extirpar completamente la cápsula. En los resultados observa que a veces son inicialmente satisfactorios y que con el tiempo se deterioran.

- Consideraciones generales sobre las artrodesis (1952).

Entiende por artrodesis aquellas operaciones destinadas a bloquear totalmente una articulación, suprimiendo por completo su movilidad articular. El concepto de artrodesis es por lo tanto funcional y no anatómico, y su finalidad es puramente mecánica; en ocasiones además puede eliminar unas lesiones, conseguir la supresión de un dolor y llegar a curar una enfermedad. La artrodesis suprime la movilidad pero el miembro debe quedar en posición de máxima capacidad funcional, es decir, en la posición más útil. Describe y comenta las técnicas extraarticular, yuxtaarticular e intraarticular, cuyas respectivas indicaciones se apoyan en razones de tipo vital y de tipo biológico. Destaca algunos aspectos: toda artrodesis será más fácil de lograr si se ponen en contacto las dos amplias superficies articulares; la aplicación de injerto óseo como coadyuvante puede ser muy útil, ya de tejido compacto, ya de tejido esponjoso, ya mixtos; la osteogénesis necesita reposo, es decir, inmovilidad, y el vendaje enyesado resulta imprescindible, a veces completado con osteosíntesis interna. Las indicaciones que presenta para hacer una artrodesis son:



Sus técnicas de artrodesis a compresión de rodilla, de tobillo y de hombro.

- a) Inestabilidad articular: deformidades congénitas; parálisis; tumores óseos y articulares
- b) Artralgias: artritis deformante o hipertrófica; artritis traumáticas.
- c) Artritis: artritis reumatoide; artritis tuberculosa.

Al aparecer los antibióticos se ha simplificado el problema del abordaje directo de las articulaciones ya que la estreptomomicina, el PAS y el ácido isonicotínico han hecho desaparecer casi por completo el brote local en las operaciones intraarticulares y el riesgo de regresión alérgica general.

- Osteotomía de la columna en la espondiloartritis anquilopoyética (1952).
 Analiza las lesiones de la enfermedad de Bechterew, las desviaciones de la columna vertebral y sus repercusiones sobre la vista, la respiración y la digestión, y después repasa las técnicas de osteotomía lumbar a partir de los cinco primeros casos de Smith Petersen en 1945 y el de La Chapelle en dos tiempos en 1946. Resalta las dificultades de la intubación en cuellos rígidos, los peligros durante la corrección al hacer la hiperextensión del tronco después de la osteotomía y el riesgo de los decúbitos, que resulta temible por su fácil aparición en estos enfermos. Presenta un caso de un enfermo de 36 años con cifosis de gran radio y solucionado correctamente mediante osteotomía a nivel de L.1 y L.2.
 Este mismo tema lo publicó en 1954 en la revista Clínica y Laboratorio con el título "El tratamiento ortopédico y quirúrgico de la espondiloartritis anquilopoyética", a modo de docencia y divulgación.
- Nueva técnica de la artrodesis por compresión de la rodilla (1953).
 Modifica la técnica de Charnley que consiste en afrontar dos cortes planos de cóndilos femorales y meseta tibial, afrontarlos y comprimirlos mediante un fijador externo transfixiante con compresor en caras medial y lateral de modo equilibrado; con calza de yeso complementa la inmovilización. A pesar de todo en el foco se producen movimientos de flexión y extensión que, aunque mínimos, son un obstáculo a la consolidación y para eliminarlos añade a la compresión en el plano frontal un segundo montaje en el plano sagital medio de la rodilla: dos clavos no transfixiantes, que atraviesan la cortical anterior y alcanzan la cortical posterior, y dos mecanismos de fijación externa, uno alejado de la piel para mantenerlos fijos a distancia y otro cercano a la piel para comprimir los clavos anteroposteriores. Los clavos se extraen al cabo de 6 semanas y se coloca una calza de yeso durante 2 semanas más. Ha practicado doce artrodesis según esta técnica y todas han consolidado en dos meses.
- Nueva técnica de artrodesis por compresión del tobillo (1953).
 Se trata del mismo método descrito para la rodilla comprimiendo las superficies avivadas de carilla tibial y de astrágalo mediante un fijador externo transfixiante de Charnley en el plano frontal y estabilizando los movimientos focales de flexión y extensión con un clavo en pilón tibial y otro en calcáneo y dos fijadores externos posteriores, uno alejado de la piel para neutralizar los extremos de los clavos y un segundo cercano a la piel para comprimir. Retira los compresores al cabo de un mes, coloca botina de yeso y obtiene la consolidación en dos meses.
- Consideraciones clínico estadísticas sobre la artrodesis del hombro (1956).
 Con Gómez Barnuevo publica 18 casos operados entre 1950 y 1955 por tuberculosis (7), por parálisis (6) y por luxación inveterada (5). Practicaron un avivamiento metódico de las superficies articulares y las fijaron con un gran tornillo (tipo Venable) en posición de abducción de 80°, anteposición de 45° y rotación externa de 15°; se protege la posición con vendaje de yeso tóracobraquial hasta consolidación, que se obtuvo en 3 a 4 meses. Todos los enfermos se pudieron reintegrar a sus ocupaciones habituales
- Tratamiento de las pseudartrosis congénitas de tibia (1957).
 Ha tratado un caso en un niño de 3 años mediante un doble injerto cortical de tibia procedente de la madre y atornillado siguiendo la técnica de Boyd. Precisó de dos equipos, el que operaba al niño y el equipo extractor del injerto materno; tanto el niño receptor como la madre donante tuvieron la extremidad protegida con calza de yeso. El niño consolidó al cabo de 11 meses.

SUS MONOGRAFIAS.

Al exponer los grandes temas de sus trabajos científicos hemos comentado obras importantes como Artritis tuberculosa de la cadera (Ediciones Cirugía del Aparato locomotor), Skeletal tuberculosis (The Williams & Wilkins Co.), El pie talo poliomiélico (Espasa Calpe S.A.), Tumores óseos (Editorial Científico Médica) y Fracturas y otras lesiones traumáticas (Editorial Científico Médica). Además de estas magníficas publicaciones su capacidad de trabajo le llevó a elaborar otros temas que han servido de guía a muchos cirujanos ortopedas y traumatólogos y son el Manual de clínica ortopédica infantil, La mecánica del aparato locomotor y Las diferencias en longitud de las extremidades inferiores que ahora comentaremos.

- Manual de clínica ortopédica infantil. (Editorial Científico Médica, 1941).

Confiesa el autor que este libro fue el fruto de la insistencia de unos compañeros pediatras que le animaron a llevarla a cabo ya que no existía una obra española de este tipo. Aduce que la ortopedia se nutre en su mayor parte de patología infantil y que en el aparato locomotor el elemento que define la evolución desde el recién nacido hasta el adolescente no es otro que el cartílago de conjunción, relacionado con el período de crecimiento. Cree que ha dado a su trabajo una contribución personal de distribución y de interpretación patológica; ha desarrollado con especial interés lo referente a la sintomatología y diagnóstico con vistas a la utilidad práctica y ha dado sobre todo un criterio terapéutico, es decir, "lo que se debe hacer". El material utilizado en su elaboración y la abundante iconografía habían sido recogidos en el Instituto Rizzoli, en el Sanatorio de la Malvarrosa y en el Hospital de la Cruz Roja de Valencia y en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, que son su recorrido profesional hasta la publicación. El prólogo fue una gentileza del profesor Enrique Suñer, Director de la Real Academia de Medicina de Madrid, quien escribe que la cirugía ortopédica se viste hoy de gala con la aparición del libro... fruto de una preparación metódica, ordenada, cuidadosa e intensiva en la escuela del profesor Putti, recientemente desaparecido del mundo de los vivos, para quebranto y dolor de esta gran rama de la cirugía.

El libro tiene una extensión de 350 páginas, que ya es un indicio de la magnitud del trabajo llevado a cabo por el joven Sanchís Olmos a sus treinta años de edad. La parte general consta de seis capítulos dedicados a deformidades congénitas, distrofias óseas, infecciones osteoarticulares, afecciones neuronales y miopatías, tumores óseos y afecciones varias óseas y articulares. En la parte especial con tres capítulos estudia la columna vertebral y las extremidades superiores e inferiores, región por región y articulación por articulación, ocupándose en cada una de las malformaciones y las deformidades, las infecciones destacando tuberculosis y poliomiélitis, y los tumores. Se comprende que mereciera por parte del profesor Suñer palabras tan encomiásticas como que debemos sentirnos generosos hacia la juventud que llega por el buen camino, con el deseo de ser útil a la Patria, y que debemos trabajar cada día más para merecer alguna vez lo que de nosotros se dice.

- La mecánica del aparato locomotor y su exploración funcional (Editorial Científico Médica, 1959). Este libro, escrito con la colaboración de F. León Vázquez, se fue fraguando durante los últimos años previos a su aparición como consecuencia del desarrollo y de la actividad siempre en aumento del Departamento de Recuperación Física y del Ambulatorio de Poliomiélitis y en consecuencia de la necesidad de ordenar y de sistematizar las pruebas funcionales y de exploración que se usan en el Servicio y que se van enseñando a los médicos y a los fisioterapeutas. Se incluyen en cada capítulo los conceptos fundamentales de anatomía y mecánica funcional articular "con la idea que el libro no solo sirva para la valoración del estado muscular de los poliomiélicos, sino para la exploración funcional del aparato locomotor ante

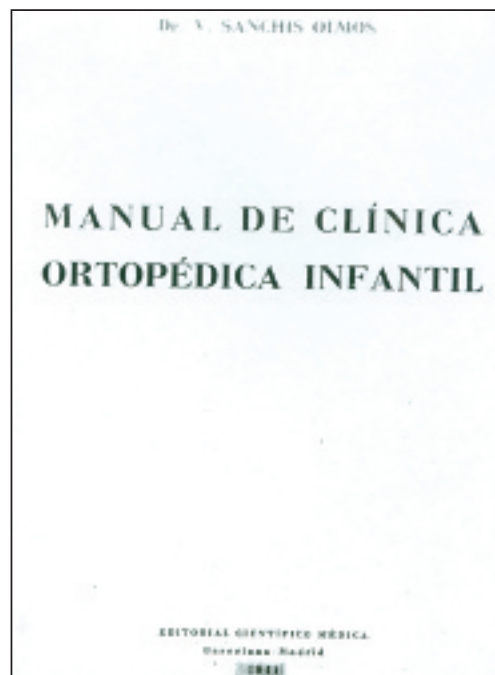
cualquiera de las contingencias patológicas, así como pueda ser útil como introducción a las técnicas de reeducación funcional”, como comenta su autor. En el prólogo recuerda que a menudo ha hablado del concepto de Rehabilitación, que para él es filosófico ya que en virtud pretendemos restaurar al paciente a la normalidad o lo más cerca posible de ella y si bien la normalidad física no sea posible obtenerla siempre, hay que procurar que, por encima del trastorno físico que pueda residuar, el paciente recupere la normalidad psíquica, social y profesional. Consideran al enfermo como una unidad biológica, pero también como miembro de una colectividad. No se trata solo de curar su dolencia, lo que puede exigir a veces el sacrificio de una función articular, sino que pretendemos restaurarle socialmente, de tal manera que a la incapacidad física residual no vaya unida una invalidez social. Este pensamiento de Sanchís Olmos se repetía a menudo, desde que organizó un servicio de recuperación funcional en el Hospital Provincial, cuando participaba en reuniones sobre fisioterapia y recuperación, y su clamor se unió al de la ponencia de Vicente Vallina y García Díaz en el Congreso SECOT de 1954, de tal modo que jugaron un importante papel en la decisión del Ministerio del Trabajo de dotar a la red hospitalaria de la Seguridad Social de Centros de Rehabilitación y Traumatología, nuestros queridos C.R.T. o “cerretes” según la jerga del momento. Estos consolidaron la especialidad de médico rehabilitador y permitieron el ejercicio de la cirugía ortopédica y traumatología a nuevas promociones de cirujanos que en ellos dispusieron de los medios necesarios para desarrollar la especialidad en condiciones antes no disponibles, pero sí conocidas por estancias en el extranjero. Estas tres lumbreras de los tiempos fundacionales de nuestra sociedad labraron y sembraron el camino que tanto ha fructificado.

El libro se divide en ocho capítulos dedicados el primero a sistemática, valoración muscular del aparato locomotor, reeducación funcional y metámeras sensitivas y motoras de las extremidades. Los que siguen se dedican a las articulaciones de extremidad superior, raquis y extremidad inferior explicando en cada uno la anatomía, la mecánica funcional, arquitectura y geometría e índice muscular. Una profusión de bien elaborados dibujos la hacen esclarecedora y didáctica. Pecaríamos de injustos si no recordásemos aquí que la primicia de haberse interesado por la mecánica del aparato locomotor le correspondió en 1935 al profesor doctor Rafael Alcalá Santaella, catedrático de la Facultad de Medicina de Valencia que publicó “Los fundamentos científicos y la práctica de la educación física”.

- Las diferencias en longitud de las extremidades inferiores y su tratamiento (Editorial Científico Médica, 1963).

Esta obra casi póstuma fue elaborada en colaboración con F. Vaquero González y F. León Vázquez y corresponde a la ponencia del IX Congreso de la SECOT de 1962. Los grandes aciertos fueron ante todo proponer este tema cuyo desarrollo estaba al alcance de pocos equipos quirúrgicos españoles hace medio siglo y luego concederlo a un equipo que tenía gran solera y experiencia en cirugía ortopédica. Los autores llaman la atención sobre el aspecto de la responsabilidad quirúrgica en estas operaciones, que es de tipo moral. Desde el punto de vista técnico ninguna de las operaciones posibles ofrece aparentes dificultades para un cirujano, a pesar de que sean de ejecución delicada; lo que ocurre es que a menudo un acto quirúrgico no es más que un eslabón de una cadena que puede ser complicada, porque el plan terapéutico resulta complejo a lo largo del crecimiento y obliga a explicar al paciente y a sus padres los riesgos y las ventajas. La multitud de técnicas y de planteamientos aparecidos desde principios del siglo XX hace necesaria su ordenación de acuerdo con un esquema didáctico que permita confeccionar el largo plan terapéutico, y así se comprueba a lo largo de los siete capítulos en los que se divide la obra. Los dos primeros se dedican a ciencias básicas en el crecimiento

óseo y son fundamentales porque hablan de la histofisiología del crecimiento en longitud de los huesos tubulares y de la etiopatogenia y clínica de las disimetrías de las extremidades pelvianas. Los tres siguientes corresponden a la exposición de las diversas operaciones y técnicas de estimulación del crecimiento en longitud, hasta un total de diez, y de detención del crecimiento en longitud de las extremidades inferiores y después se exponen las teorías que se han ideado para explicar la fisiopatología de la reacción de hipercrecimiento. Los dos últimos están dedicados a las técnicas de alargamiento y de acortamiento de fémur y de tibia, ya sean individuales ya sean consecutivos de ambos huesos. Al dar normas y consejos para hacer el plan terapéutico separan dos grupos: los que ya terminaron de crecer y los que todavía están creciendo; exponen los tratamientos conservadores y las posibilidades quirúrgicas de alargamiento del lado corto, de acortamiento del largo o la combinación de acortamiento y alargamiento.



Libros Monográficos

FISIOTERAPIA Y RECUPERACIÓN FUNCIONAL.

Cuando Sanchís Olmos obtuvo en 1950 la plaza de Profesor y Jefe de Servicio del Hospital Provincial de Madrid una de las primeras y grandes aportaciones que hizo a nuestra especialidad fue la creación de un departamento de fisioterapia y de recuperación funcional para completar y mejorar los tratamientos quirúrgicos, al modo de lo que organizó Codivilla en el Instituto Rizzoli bajo el nombre primitivo de fisioquinesiterapia. En 1955 prologó el libro de Rehabilitación escrito por su amigo el doctor Luís Esteban Mújica y dedicado a las posibilidades terapéuticas en los tratamientos de poliomiélicos, de accidentados de trabajo y del tráfico. En aquel momento se asistía en Europa a una floración de centros destinados a este fin y por ello era necesario preparar una numerosa legión de fisioterapeutas, de médicos y de auxiliares capaces de llevar a cabo el trabajo en tales centros. Este deseo tropezaba con innumerables dificultades de las que no era la menor la falta de libros que orienten en la preparación técnica y teórica de los profesionales y para Sanchís Olmos este libro era el primero en nuestro país.

En mayo de 1954 se celebró el 1er Congreso de la Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional y tuvo como sede el Hospital Provincial de Madrid bajo la presidencia de Sanchís Olmos. El temario y los ponentes demuestran el predominio quirúrgico en esta nueva sociedad: Rehabilitación de los operados de tórax, C. Martínez Bordiu; Fisioterapia de las secuelas poliomiélicas, F. Barnosell; Hidroterapia y recuperación funcional, J. San Román; Recuperación funcional de los reumatismos crónicos, J. Poal; Profilaxis de las rigideces articulares de la rodilla en los escayolados, T. Epeldegui; Recuperación funcional de los fracturados, F. Jimeno Vidal; Rehabilitación laboral de los mineros, V. Vallina y F. García Díaz; La recuperación de los deportistas profesionales, J. Cabot Boix; Organización de los centros de recuperación, A. Guardiola. En el discurso inaugural el Presidente comentó que el hecho de que en el nombre de la Sociedad figuren los términos de fisioterapia reeducativa había sido objeto de discusiones y, si bien resulta algo caprichoso, se decidió así para no crear recelos en otras sociedades científicas. Al lado de la terapéutica médica y de la terapéutica quirúrgica se está desarrollando en el mundo una corriente como para considerar la Medicina Física como una nueva especialidad. La electroterapia -historiaba Sanchís Olmos- procedía de la radiología y de la terapéutica física, desde antiguo se utilizaban los baños a distintas temperaturas y los lodos calientes, se añadieron las actividades deportivas, las prácticas higiénicas de cultura física, los ejercicios gimnásticos y el masaje. La presidencia de la Sociedad en la persona de un cirujano la justifica porque estriba en el hecho de que al tratar trastornos del aparato locomotor hemos sido los primeros en valorar los beneficios de la reeducación funcional. Ésta no debe limitarse a tratar el postoperatorio de la lesión primera sino que también será importante en el tratamiento de las secuelas, de manera que o bien pueda reintegrarse a sus primitivas ocupaciones o bien, en caso de amputación o de secuelas definitivas, pueda orientarse hacia otras actividades sacando el máximo provecho de las capacidades conservadas. Sus indicaciones se han ido ampliando hacia otros campos de la patología del aparato locomotor como son las enfermedades reumáticas y las neurológicas. Al final del Congreso se celebró la asamblea y se nombró la Junta Directiva: Presidente, Sanchís Olmos; Vicepresidentes, García Tornel y Vallina García; Secretario, Poal; Vicesecretario, Vaquero González; Tesorero, Barnosell; Vocales, Calzadilla, Clavel Nolla, Echevarren y García Díaz; en suma un reumatólogo, Poal, un rehabilitador, Barnosell, y el resto cirujanos de la SECOT.

El crecimiento de esta sociedad y del número de profesionales implicados en la recuperación funcional nos explica que al cabo de dos años del 1er Congreso se llegara a la creación de una revista especializada con el nombre de Acta Fisioterápica Ibérica, bajo la dirección de Barnosell y Poal, con un consejo de redacción integrado por Clavel Nolla, García Díaz, García Tornel, Gubern Salisachs, Sanchís Olmos, Seral Casas y Soler Roig, y cosa insólita el catedrático profesor Jiménez Díaz, y finalmente con

31 colaboradores europeos y americanos. Resulta tener mayoritariamente una filiación muy próxima a la misma SECOT, si bien con sus objetivos concretos orientados hacia unos grupos profesionales a los que sirve y da apoyo científico, pero que con el tiempo desarrollarán su propio perfil profesional y acabarán formando dos sociedades, la de médicos rehabilitadores y la de fisioterapeutas, con sendas revistas. En el primer número se publican los textos de los temas presentados en el primer congreso por los oradores más arriba citados y en el Pórtico, como llama al prólogo, Sanchís Olmos recuerda que la medicina física cada día gana mayor interés entre los médicos y también entre los gobiernos de diversas naciones por la posibilidad que les brinda de recuperar a muchos incapacitados, haciéndolos aptos de nuevo para el trabajo. El artículo que encabezaba el primer número fue escrito por el doctor Van Breemen de Amsterdam y llevaba por título "Albores de la medicina física mundial" y narra los inicios de la fisioterapia a finales del siglo XIX e inicios del XX gracias al trabajo del profesor Winternitz en Viena y de su ayudante el profesor Strasser y del profesor Baruch en Nueva York. El primer Congreso Internacional se organizó en 1905 bajo la presidencia del profesor Gunzburg del Hospital Brugmans de Bruselas. El segundo Congreso de la especialidad se celebró en Roma, el tercero en París en abril de 1910 y el cuarto en Berlín en 1913; al año siguiente estalla la primera guerra mundial y se interrumpen las actividades hasta 1925 con una nueva reunión de los supervivientes. En 1950 se constituyó en Londres la Federación Internacional de Medicina Física.

El segundo congreso de la Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional se celebró en 1957, al cabo de tres años del primero, y tuvo como sede el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. El presidente doctor Sanchís Olmos pronunció su discurso inaugural, que también era de despedida por cesar en el cargo, y en él aludió al nombre de la sociedad, complejo y confuso, no demasiado feliz –dice- que esperaba ver pronto cambiado por el de Sociedad Española de Rehabilitación, entendiendo por rehabilitación la restauración física y psíquica de un enfermo hasta el grado que tenía antes de su enfermedad o el más aproximadamente posible. Además de una especialidad se trata de un concepto terapéutico cuya finalidad habrá que enseñar a los médicos y que, por el hecho de necesitar determinadas instalaciones y medios, justificará disponer de médicos idóneos y sobre todo de personal auxiliar entrenado. En su servicio del Hospital Provincial, aunque el núcleo de trabajo esté constituido por un médico rehabilitador y unas enfermeras fisioterapeutas, por él pasan en servicio rotatorio todos los médicos que hacen la especialización en cirugía ortopédica y traumatología. Sería equivocado creer que la rehabilitación es una panacea terapéutica y añadir un nuevo componente al clásico antinomio internista-cirujano, en el que parecen enfrentarse el bisturí al recetaario. No vamos a añadir a este marchito y superado concepto el de Médico Rehabilitador como el solucionador de problemas que por ser complejos no pueden tener soluciones simplistas.

Los fisioterapeutas fueron creciendo en número, en experiencia y en calidad profesional hasta adquirir la personalidad propia para formar su sociedad y crear su revista, cuya idea partió del XVI Congreso Internacional de Fisioterapia celebrado en Barcelona en 1976. En la primera editorial de Fisioterapia aparecida en marzo de 1979 se invita a todos los fisioterapeutas a participar para un intercambio constante de experiencias profesionales, a exponer los resultados obtenidos y a utilizarla como un medio de comunicación; su éxito solamente será realizable si se crea sensibilidad para un interés común. Los pioneros de este impulso de la fisioterapia fueron sus directores R. Gonzalez Fernández y A. Núñez Pérez, el secretario R. Valeta Queralt y los consejeros V. Querol Orti, R. Serra Gabriel y P. Van Blik. A partir de ellos fue creciendo el edificio cuyas primeras piedras fueron colocadas por Sanchís Olmos a mediados del siglo XX.

DOCENCIA.

Cuando Sanchís Olmos obtuvo la jefatura de servicio en el Hospital Provincial de Madrid no tardó en organizar un plan de docencia para la cirugía ortopédica y traumatología. Hasta entonces la especialización era de tipo voluntario y sin currículo concreto y los jóvenes tenían que buscar un puesto en una cátedra universitaria de patología quirúrgica general, que funcionaba sin especificidad alguna para la especialización, y para dedicarse a una especialidad tenían que encontrar un profesional con ganas de enseñar que les aceptara a su lado. En otros hospitales no universitarios donde se practicase parte de la especialidad, ya ortopedia infantil ya de adultos, con o sin urgencias de traumatología, la conducta era similar junto a una figura calificada. Correspondía a los colegios de médicos provinciales el permiso para ejercer la especialidad escogida y avalada por un informe del hospital donde el candidato trabajaba. En 1952 apareció la primera regulación del Ministerio de Educación Nacional con el nombre de Ley de Especialidades Médicas, la cual obligaba a haber trabajado un mínimo de dos años en un servicio de la especialidad para poder pedir a dicho ministerio el título de especialista. En este terreno difuso y escasamente regulado inició Sanchís Olmos su plan docente, adelantándose a las cátedras universitarias, que no contaban con programas específicos. El plan de enseñanza se centraba en el hospital, donde el servicio de nuestra especialidad se denominaba de "Traumatología, Huesos y Articulaciones", y constaba de actividades asistenciales y científicas equilibradas desarrolladas por la mañana y por la tarde a lo largo del año académico desde el día 1 de octubre hasta el 30 de junio:

- Enseñanza práctica matinal de nueve de la mañana a dos de la tarde tanto con enfermos ingresados en las salas como en los dispensarios.
- Asistencia a los consultorios diversificados con sus secciones de traumatología, ortopedia, salas de escayolas, reumatismo, poliomieltis, recuperación funcional y fisioterapia y departamento de patología ósea.
- Asistencia programada y distribuida en los programas operatorios en calidad de ayudantes.
- Clases teóricas estructuradas en forma de cursillos monográficos de unas doce lecciones cada uno y además seminarios.
- Por las tardes y hasta las cinco y media proseguía la enseñanza clínica y se intercalaban prácticas con cadáver.

Algunos temas muy importantes fueron redactados por Sanchís Olmos con sus colaboradores como manuales para los alumnos y su número alcanzó hasta el quinto manual y aquí los enumeramos:

1ª. Tumores óseos (1956) con M. Ferrer Torrelles.

2ª. La técnica de los vendajes enyesados (1957) con F. Vaquero González .

3ª. La tuberculosis del esqueleto (1957).

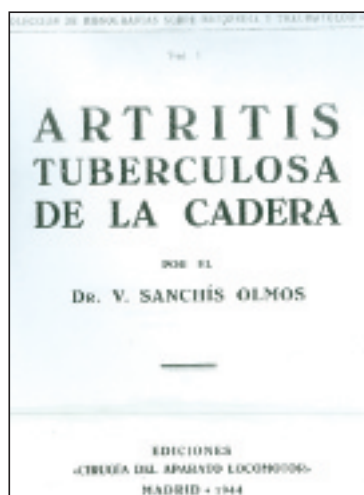
4ª. La mecánica del aparato locomotor (1959) con F. León Vázquez.

5ª. Las diferencias de longitud de las extremidades inferiores (1963) con F. Vaquero González y F. León Vázquez.

El lector advertirá que excepto los vendajes de yeso los demás temas ya habían sido publicados como libros y que su aparición como manuales obedece a la idea de compendiar los temas para uso de los estudiantes de la especialidad, ya sea para los de su servicio ya sea de cualquier otro hospital, que de esta guisa podían tener a su alcance las enseñanzas de los cursos del Hospital Provincial y participar de ellas a distancia. Resultaría incalculable saber a cuantos jóvenes cirujanos llegó a ayudar en su formación esta docencia única que se desparramaba como un apreciado bien mucho más allá de su epicentro en el servicio de Sanchís Olmos.

El número de alumnos aceptados cada año era de diez y su selección se hacía de acuerdo con su expediente académico. El profesorado lo formaban Sanchís Olmos y sus colaboradores de los que

destacamos los que aparecieron en el programa de 1955: García Recio, Gómez Barnuevo, Esteban Mújica, Ferrer Torrelles, Prieto, Salinas, Sánchez Albalá, Silva Azaustre y Vaquero González. Siempre eran llamados los especialistas peninsulares de mayor renombre según la actividad en que destacaban y su lista sería muy prolija porque todos los más conocidos pasaron por el Hospital Provincial como profesores invitados, tanto españoles como portugueses. Eran tiempos de fraternidad entre ambos países, que llevaron a una etapa de unificación de la Revista y que en la política se manifestaba con la amistad entre Franco y Salazar. De idéntico modo en cada cursillo solía aparecer una lección a cargo de un destacado profesor europeo y podemos recordar en los programas, publicados siempre en la Revista, a Alexander Law (Londres), Lorenz Böhrer (Viena), Max Lange (Munich), Smith Petersen (Boston), Mac Bride (Oklahoma), Kallio (Helsinki), Wilson (Nueva York), Chaves (Rio de Janeiro), De Anquin (Argentina), los hermanos Jean y Robert Judet (París), Raoul Tubiana (París), Russe (Viena), Merle d'Aubigné (París), Zuco (Roma), Nicol (Lausana). Este gran elenco de figuras sobresalientes en el mundo de la cirugía ortopédica y traumatología europeas estuvo en contacto con los jóvenes en vías de especialización, que así pudieron aprender de primera mano las más avanzadas técnicas quirúrgicas del momento. Al esfuerzo de Sanchís Olmos se debe esta abertura docente que en su momento no tuvo parangón, ya que los años cincuenta fueron un período de reciente postguerra mundial y de aislamiento político de los españoles y al morir en 1963 los cursos no se interrumpieron porque su sucesor, Vaquero González, tomó el relevo y prosiguió la tarea de su maestro.



Publicaciones monográficas para sus alumnos.

DISCURSOS.

En la plenitud de su vida profesional, con el prestigio ganado como cirujano, como investigador y como profesor, Sanchís Olmos recibió en edad precoz más honores y continuas invitaciones para exponer su pensamiento y sus trabajos en cursos, en congresos y en variados foros nacionales e internacionales. Al referirnos a su vida profesional hasta el año 1950, cuando fue nombrado jefe de servicio del Hospital Provincial, relatamos los nombramientos honoríficos que había recibido con tan solo 40 años de edad y a partir de esta época siguió cosechando honores académicos por parte de sociedades de cirugía ortopédica y traumatología, como fueron estos que recoge José Carlos Trilla en su tesis ya mencionada:

- Miembro de honor de la Sociedad Portuguesa.
- Miembro correspondiente de la Sociedad Ecuatoriana.
- Miembro de la Sociedad Internacional.
- Miembro de Honor de la Sociedad Italiana.

Los años cincuenta fueron una década de gran actividad como conferenciante invitado en hospitales y sociedades españolas y portuguesas y en varias ocasiones sudamericanas. Algunas de sus conferencias son merecedoras de aparecer en este relato biográfico porque en ellas expone inquietudes, esperanzas y convicciones, y sus textos fueron publicados en la Revista, de la que él era director.

- Sobre el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1958).

Transcribimos su propio relato porque es importante en este caso ser fieles a sus ideas que tuvieron un alcance en la política sanitaria. "En el desarrollo y auge de nuestra especialidad interviene fundamentalmente la necesidad de que existan especialistas del aparato locomotor. Cuantas trabas y obstáculos se interpongan serán finalmente arrollados, porque el verdadero progreso no puede ser detenido por los intereses bastardos de unos pocos.... No cabe duda que la calidad de nuestra labor podría ser mejorada si en lugar de una anárquica floración de especialistas, la selección de los puestos de trabajo se hiciera de acuerdo con normas razonables y si la formación y entreno de las nuevas generaciones correspondiera a los hombres y a los servicios con capacidad adecuada para ese fin.... Al Seguro Obligatorio de Enfermedad se le debe el reconocimiento oficial de nuestra especialidad y la creación de la escala de Especialistas en Traumatología. También hay que poner de relieve la justicia con que resolvieron sus Tribunales las oposiciones a las plazas de jefes de Clínica en las residencias. En cambio el sistema de puntuación de méritos para las Escalas de Traumatología es injusto, al valorar los de Cirugía general. Por otra parte tampoco es lógico aceptar o permitir el que un facultativo pueda poseer la plena capacidad técnica en dos especialidades como se estima en el Seguro. La consecuencia de esta doble injusticia es que figuren y actúen como traumatólogos muchos que no lo son, en detrimento del derecho de los auténticos y bien formados."

- Pasado, presente y futuro de la cirugía ortopédica (1959).

Afirma que pocos ignoran la existencia de nuestra especialidad y cada vez son menos los que discuten su recia personalidad científica y social, pero nuestra denominación es variada y según los países se nos denomina ortopedistas, traumatólogos, cirujanos osteoarticulares, cirujanos ortopédicos, todos ellos nombres imperfectos e incompletos pero orientan al profano y nos caracterizan suficientemente. Nuestra especialidad es realmente tan antigua como la patología de la que se nutre y los rastros de muchas afecciones están presentes en los esqueletos de los primitivos habitantes del globo, en los que se ven huellas de osteítis, tumores, fracturas, etc. Aquí nos lega Sanchís Olmos una exposición conceptual y sucinta del estado de la cirugía ortopédica y traumatológica a mediados del siglo del siglo XX y nos explica los cambios que

va sufriendo para así dar entrada y protagonismo a su visión de futuro. Hace un resumen histórico de precedentes de fracturados en el antiguo Egipto, de tratamiento de las fracturas en el Corpus hipocrático y en la obra de Galeno, en la cultura americana precolombina, en la cultura califal cordobesa (Abul Kasim) y en la obra de Ambroise Paré. Nos recuerda el nacimiento del término Ortopedia y de su símbolo el árbol torcido y atado a una estaca para enderezarlo que ideó Nicolás Andry en 1741. La antisepsia y la asepsia permiten transformar en quirúrgica la ortopedia manipulativa y los RX marcan un hito en la exploración osteoarticular; Mathijsen describe y divulga el vendaje enyesado (1852).

A principios del siglo XX la ortopedia comienza a llamarse cirugía ortopédica porque son ya cirujanos quienes se ocupan de los enfermos osteoarticulares en tanto que las fracturas seguían siendo objeto predilecto de los cirujanos generales, con la excepción de las del cuello femoral que solían dejar a los ortopédicos. La opinión de Sanchís Olmos es muy crítica: "Esta tendencia operatoria de las fracturas originó una ola de sangre, seguida de otra ola de pus, que anegó a los pobres fracturados y, como consecuencia de ello, comenzó la marcha atrás en el tratamiento de las fracturas". Fueron los grandes maestros Codivilla y Putti quienes crearon en el Istituto Rizzoli el concepto moderno y actual de nuestra especialidad, definiéndola como constituida por las afecciones del aparato locomotor, sin tener en cuenta la edad, ni la naturaleza congénita, adquirida o traumática. Las guerras, los avances industriales, la mecanización de la vida y el aumento de tráfico, por una parte, y la disminución de la mortalidad infantil unido a los avances de la geriatría, por otro lado, amplían el campo de acción de nuestra especialidad y el número de los pacientes.

Durante la primera guerra mundial los cirujanos ortopédicos británicos demostraron que mejoraban los resultados cuando ellos atendían a los pacientes y así delimitaron el campo de actuación que comprendía; 1º fracturas y secuelas, 2º deformidades del raquis y los miembros, 3º afecciones traumáticas o no de las articulaciones, incluyendo la columna vertebral y 4º las lesiones de los nervios periféricos. En los países católicos del continente se inició en los centros para inválidos que habían ido creando los miembros de la orden hospitalaria de San Juan de Dios. Con la industrialización aumentó el número de accidentes de trabajo y se crearon hospitales especializados como el Unfallkrankenhause de Viena, fundado por Lorenz Böhler. El aumento enorme del tráfico ha obligado en muchos hospitales a crear servicios de urgencia y nuestro conferenciante añade que deberían separarse los accidentados con fracturas y los enfermos agudos, abdominales o torácicos. La menor mortalidad infantil se ha reflejado en un mayor contingente de pacientes con deformidades y malformaciones congénitas y con traumatismos obstétricos, y a éstos se suman los efectos de las epidemias de poliomielitis. El aumento del término medio de la vida hace aflorar la patología osteoarticular senil.

Nuestra especialización exige experiencia y conocimiento previo de los aspectos básicos de la cirugía, de la fisiopatología quirúrgica común a todas las especialidades y de las ciencias básicas como son la anatomía, la histología, la fisiología, la bioquímica, la endocrinología y la anatomía patológica. El número de técnicas y de conocimientos para llevarlas a cabo crece y en consecuencia disminuyen las posibilidades para que nadie pueda ser maestro en todos los campos. Los antibióticos y las vacunaciones preventivas trastornarán el equilibrio entre los diversos grupos patológicos, entre ellos la poliomielitis, la tuberculosis y la osteomielitis; en cambio las enfermedades como los reumatismos degenerativos, las afecciones congénitas, distróficas y tumorales tendrán tendencia a aumentar en el futuro.

En la cirugía ortopédica es el concepto funcional el que domina, el del sistema o aparato locomotor, porque no solo tratamos enfermos y curamos inválidos, sino que además aspiramos

a evitarlos, concepto profiláctico que se acerca a la medicina preventiva. Los especialistas en medicina psicosomática aseguran que la mitad de los enfermos son actualmente psíquicos y no orgánicos, y Sanchís Olmos no duda en referir que en la mayoría de enfermos del aparato locomotor existe un componente psicosomático. El concepto amplio de recuperación funcional y social, no limitado a la recuperación física, distingue al cirujano ortopédico de la época actual. Dice que somos cirujanos de la cirugía posiblemente más difícil, delicada, exacta y compleja que existe, que nuestro arsenal terapéutico no es exclusivamente quirúrgico y que estamos por encima del clásico antinomio médico o cirujano. Nuestra finalidad terapéutica es la rehabilitación del paciente, y este es un concepto filosófico en virtud del cual pretendemos restaurar al paciente a la normalidad o lo más cerca posible de ella. Consideramos al enfermo como unidad biológica y como miembro de una colectividad, y si la normalidad física no es alcanzable debemos procurar que recupere la normalidad psíquica, social y profesional.

El cirujano ortopédico estará al día de las medicaciones antirreumáticas, de las técnicas de reeducación funcional, de terapéutica física y de técnica ortopédica y ortésica, de neurocirugía y cirugía plástica. En el momento de este discurso de hace medio siglo él ya distingue una parcela de superespecialización, cual es la cirugía de la mano. El futuro es la organización de servicios de la especialidad con un equipo amplio del que formen parte el patólogo óseo, el reumatólogo, el cirujano plástico, el neurólogo y fisioterapeutas. Solamente así será posible conservar la unidad en el estudio de la patología y de la terapéutica del aparato locomotor, sea o no traumática. Este largo discurso de siete folios pronunciado en la Universidad de Bahía (Brasil) el 21 de noviembre de 1958 le otorga la categoría de premonitor de los cambios y avances que hemos vivido a lo largo del medio siglo que ha transcurrido desde que tuvo lugar el acto académico. Pocos han diseñado una imagen de futuro tan acertada como él y desde nuestra común y ya lejana perspectiva de la historia reciente los lectores pueden valorarla y conceptualizarla como acertadamente profética en el campo de nuestra especialidad

- Discurso inaugural de las V Jornadas de la SECOT de 1959.

Desde el púlpito del salón de congresos de Granada pide una constante cohesión entre los cirujanos ortopédicos para solucionar los problemas planteados, unos intrínsecos ligados al desarrollo de la especialidad, otros extrínsecos que son fruto de las orientaciones de los organismos oficiales sobre la enseñanza, los sanitarios y la asistencia. El crecimiento lento y sostenido de nuestra especialidad se debe al aumento del número de pacientes, a una mayor profundidad de conocimientos y al enriquecimiento del arsenal diagnóstico y terapéutico, de tal manera que muchos antiguos inválidos pueden ser rehabilitados actualmente. Por tanto es cada día más difícil ser un buen especialista. Nuestra cirugía es casi siempre reconstructiva y es fruto de un largo proceso en el que la indicación terapéutica, la preparación del paciente, la selección de la técnica y la reeducación adecuada constituyen factores tan fundamentales como la realización del acto quirúrgico. Ahora bien, solo un bajo porcentaje de pacientes del aparato locomotor, alrededor del 20%, necesitan ser operados y la mayor parte serán tratados con medidas conservadoras, como son vendajes, aparatos, fisioterapia, infiltraciones, psicoterapia, reeducación funcional, quimioterapia. Por lo tanto no somos sólo cirujanos, sino que tratamos los enfermos del aparato locomotor combinando todos los sistemas terapéuticos gracias a una labor de equipo, que permitirá afrontar las nuevas orientaciones sociales de la medicina, del mismo modo que en el aspecto económico la industria y la agricultura tienen que prepararse para su incorporación al mercado común europeo. Aquí Sanchís Olmos se adelanta a los acontecimientos con una exacta visión de futuro, como el tiempo ha confirmado. Termina diciendo que es misión de los cirujanos ortopédicos y traumatólogos evitar que se produzcan

tantos inválidos del aparato locomotor y recuperar el mayor número posible de los existentes y “pedimos decididamente que se nos confíe esta misión porque somos nosotros los que conocemos el problema y sabemos la manera de resolverlo”.

- Discurso del Presidente en la reunión de la SECOT de 1960.

En este discurso pronunciado en el salón de actos de la Universidad Laboral de Gijón renueva los conceptos expuestos en la conferencia pronunciada en Bahía de Brasil y en el discurso inaugural de las Jornadas del año anterior.

- La SICOT y el idioma español (1963).

Sanchís Olmos escribió esta editorial de la Revista cuatro meses antes del próximo Congreso de la Sociedad Internacional en Viena y en ella se quejaba de que en el programa los idiomas oficiales serían alemán, francés e inglés, excluyendo de modo arbitrario la lengua castellana, hablada por uno de los contingentes más importantes de personas entre los idiomas occidentales. Formaban parte de la SICOT 49 países y en ellos los idiomas más frecuentemente hablados son los siguientes: alemán, 3 países; francés, 4 países; italiano, 2 países; inglés, 8 países; español, 10 países. No se conocían los criterios de esta selección por parte de la Comisión organizadora, ni las razones para que hubiese sido excluido arbitrariamente, que quedarían ocultas; se trataba a todas luces de una discriminación injusta. Los hechos son como quedan expuestos. Al Comité Español en el seno de la SICOT le correspondía adoptar la actitud que dignamente correspondía. Al cabo de los años todos hemos vivido como el problema se ha resuelto al imponerse el inglés como la lengua franca en los acontecimientos científicos.

- IX Congreso de la SECOT (1962).

En la Revista de enero de 1963 se publicó el discurso que leyó el día 8 de octubre de 1962 en la solemne sesión inaugural, ya que él era el Presidente de la Comisión Organizadora, y después del suyo tomó la palabra el profesor Jimeno Vidal para pronunciar el propio como Presidente de la SECOT. Sanchís Olmos puso de relieve la importancia de este Congreso por diversas razones que refirió sucesivamente:

- Nuestra Sociedad vive una etapa de pujanza como demuestran los 443 miembros actuales a partir del escaso número de refundadores de 1947. Al principio tuvimos un período de alternancia entre Congresos y Jornadas, después fueron bianuales, se llegó a la alternancia de sedes entre españoles y portugueses hasta que en Gijón en 1962 la asamblea acordó que el Congreso sería anual (así ha sido desde entonces) y por tal razón esta reunión se convirtió en el IX Congreso; en él figuran inscritos 301 españoles y 79 extranjeros.
- Nuestro horizonte científico abarca el estudio de la patología del aparato locomotor, sea aquélla traumática, congénita, infecciosa, degenerativa, distrófica o tumoral. Aunque somos cirujanos también tratamos a nuestros pacientes con medidas conservadoras como vendajes, aparatos, fisioterapia y medicamentos y en la selección de nuestra terapéutica domina el concepto unitario del ser humano, por cuyo motivo nuestra finalidad es la de rehabilitar al enfermo socialmente para reintegrarle a la sociedad en una situación moral, profesional y económica semejante a la que tuvo antes de caer enfermo.
- El aspecto científico de este Congreso pone de manifiesto su trascendencia, que ya se aprecia en el título de las dos ponencias, “Tratamiento de la desigualdad de los miembros inferiores” y “La asistencia urgente a los lesionados de tráfico en carretera”, que constituyen dos capítulos de excepcional interés, clínico uno y social y de organización el otro, en cuyo desarrollo colaboramos con una empresa, la Jefatura de Tráfico, que se ha mostrado eficaz y para la que serían pocos los elogios que hiciéramos; puede ser este Congreso el punto de

- partida de una estrecha colaboración de la SECOT y de sus miembros con las autoridades. Además de las ponencias se presentan 86 comunicaciones científicas y películas.
- Como miembro de honor de las Sociedades de Ortopedia portuguesa, italiana y alemana ha conseguido la participación de notables miembros de éstas y para mayor entendimiento ha organizado un servicio de traducción simultánea en francés, alemán e italiano. Están presentes catedráticos de ortopedia de Roma, París, Lausana, Berlín, Munich, Pisa, Siena y Catania y aprovecha esta tesitura para llamar la atención de las autoridades sobre el hecho de ser nuestro país casi el único en el mundo que carece de Cátedras Universitarias de Ortopedia y Traumatología, y que si aspiramos los españoles a formar parte de la comunidad europea tendremos que ponernos también en este sentido al nivel europeo.
 - A varios profesores europeos se encargó que estudiaran en sus respectivos países la organización de la asistencia a los traumatizados de carretera y nos hicieran partícipes de sus impresiones y expresa su agradecimiento a Robert Merle d'Aubigné, Louis Nicod, Marino Zuco, Arnaldo Rodo, Otto Russe y Max Lange por haberlo llevado a la práctica de una manera tan útil y brillante. La participación de este elenco fue posible gracias al prestigio de que gozaba Sanchís Olmos en los medios ortopédicos europeos y de esta guisa entrelazó a nuestra sociedad con miembros de otras sociedades continentales y colaboró en la eliminación del aislacionismo que se había sufrido.
 - Agradeció al Ministerio de la Gobernación la colaboración recibida por parte de la Jefatura de Tráfico, al Ministerio de Asuntos Exteriores la ayuda de la Dirección General de Relaciones Culturales para la llegada de personalidades europeas y al Instituto Nacional de Industria por haber dado facilidades para que se pudieran utilizar sus instalaciones y disponer de tan magnífico local con una cifra moderada de alquiler. Finalmente manifiesta su agradecimiento a su Excelencia el Jefe del Estado porque hizo el alto honor de patrocinar el Congreso y, como español, por la paz que hemos gozado desde hace veintitrés años y, como europeo, porque cualquier ocasión es buena para recordar a propios y extraños que a él se debe el que España se salvase en 1936 y que sea, pese a todos los que se empeñan en ignorarlo, un bastión para la defensa de nuestra común civilización occidental.



Sanchís Olmos en su plenitud.

Este fue su último discurso porque aquel año estuvo enfermo durante casi seis meses y afortunadamente pudo levantarse para presidir el congreso para el que había hecho muchos esfuerzos y en el que había puesto muchas esperanzas, que se vieron compensadas y realizadas por la proyección internacional que consiguió y por su definitiva normalización anual. Su salud le permitió asistir a la reunión de la Sociedad Francesa de Ortopedia y Traumatología en París en noviembre del mismo año, pero en primavera del año siguiente recayó y en verano, en agosto, se agravó la enfermedad que acabó con su vida en plena juventud intelectual y profesional cuando tenía 51 años. Su vida fue más bien breve pero la intensidad de la actividad que hemos relatado nos revela que su obra fue enorme, que dio un gran impulso a la cirugía ortopédica española y que se esforzó para modernizarla y para europeizarla, con todo lo cual marcó una nueva era para nuestra especialidad.

Su alumno Vaquero González redactó una semblanza biográfica del maestro en la que dijo "Lo que su trabajo representó para la formación de las jóvenes promociones de cirujanos ortopédicos españoles, la mayor parte de los cuales aprendieron directamente de él o de sus publicaciones el verdadero camino de la cirugía ortopédica y en cuya formación influyó de una manera decisiva, hablan mejor que cualquier elogio de

la fecunda y trascendente tarea que se puede realizar, aunque un destino trágico truncara su vida"... "Su existencia fue breve, pero como los elegidos la vivió con una intensidad poco común". Estas palabras recuerdan las mismas que Sanchís Olmos escribió como nota necrológica de su maestro Vittorio Putti, como corresponde a un espíritu de escuela que se transmite al sucesor, es decir, a una realidad escolástica del mundo académico.

LA BIBLIOTECA.

Sanchís Olmos fue un empedernido estudiante que estuvo al día de la literatura mundial sobre cirugía ortopédica y traumatología, como lo demuestra la gran biblioteca personal que legó a la SECOT. Quien nos ha explicado de forma diáfana el origen de esta importante colección de libros de nuestra especialidad ha sido el profesor Vaquero González al decirnos que el maestro fue un autodidacta puro y rígido, basado en la disciplina y en el estudio hasta los límites de una dureza espartana, comprando infatigablemente libros y devorándolos en las horas libres de vigilia, cuando prescindía de las más elementales, no ya comodidades, sino necesidades de su hogar. Le conoció joven aún, sin triunfar económicamente, con una biblioteca impresionante y con un hogar realmente modesto, elemental e improvisado. Es éste uno de los aspectos de su personalidad que más le impresionó cuando llegó a trabajar con él a su retorno de Bolonia. Pero el autodidactismo creo que sería muy parcial porque a partir de su paso por Bolonia se notó siempre la impronta dejada por el maestro Putti y quizás más tarde, ya regresado a su hospital madrileño, tuvo que componérselas él sólo para reproducir con su propia iniciativa y su propia pedagogía lo que había aprendido, lo que había descubierto en el Istituto Rizzoli. He utilizado profundamente esta biblioteca para elaborar la historia de la cirugía ortopédica y traumatología europeas para el Congreso de la EFORT celebrado en Madrid en 2010 y puedo asegurar que de los grandes tratados generales de nuestra especialidad y de los libros temáticos por regiones, por patologías, por técnicas, no faltaba ninguno que no lo hubiese estudiado: sus páginas estaban subrayadas y tenían anotaciones, del mismo modo que pude descubrir en el Istituto Rizzoli al visitar el despacho personal de Vittorio Putti, como comenté con anterioridad.

La biblioteca de la SECOT, que tiene como fondo inicial la donación de la familia de Sanchís Olmos, consta de aproximadamente 2000 volúmenes y de muchas revistas; se ha ido enriqueciendo con donaciones, con suscripciones y con remisión de novedades editoriales, siendo la aportación más importante la de Ramiro Carasa, después de su fallecimiento en manos de ETA en 1982. El fondo documental de Sanchís Olmos lo constituían unos 500 volúmenes y un centenar de obras consideradas fondo histórico. La institucionalizada Biblioteca Prof. V. Sanchís Olmos fue inaugurada oficialmente en la mañana del 17 de enero de 1965 en una reunión de la Junta Directiva, del Consejo de Dirección de la Revista y con asistencia de su viuda doña Margarita Linares de Sanchís y de su hija Margarita Sanchís Linares; fue bendecida por el capellán castrense reverendo Francisco Tato. Los asistentes comprobaron la magnífica instalación que se le había dado, con unos ficheros puestos al día, todo lo cual tenía que redundar en beneficio de nuestros socios. Hoy en día en la actual sede de la SECOT dispone de algo más de espacio y acomodo. Estas noticias aparecieron en la Revista en el volumen de 1965. La historia completa de la Biblioteca fue publicada por Llanos Alcázar y Ortiz Cruz en el libro Historia de la SECOT (2002).

EL LIBRO HOMENAJE.

La publicación de un libro con artículos escritos por aquellos prestigiosos especialistas en cirugía ortopédica y traumatología ibéricos, europeos y americanos, de cuya amistad disfrutó el profesor Vicente Sanchís Olmos, fue posible gracias a la iniciativa de su colaborador y alumno Francisco Vaquero

González que con gran tesón llevó a buen puerto tal obra, empeño que fue posible porque también él, antiguo bolonio, mantenía amistad con los amigos del maestro que accedieron gustosamente a colaborar en el homenaje. En la presentación sus palabras justifican la pérdida del maestro y del amigo: "Con la satisfacción de un deber cumplido, pero con el dolor de la ausencia aún no lejana del Maestro, presento hoy a nuestros lectores.... este testimonio vivo de la enorme trascendencia internacional de su recia personalidad. La idea de este libro fue acogida de manera entusiástica entre los más distinguidos cirujanos ortopédicos de todo el mundo que generosamente, apasionadamente, nos enviaron sus trabajos de colaboración. Nosotros no hemos hecho más que aunar esfuerzos y dar cuerpo a la idea. Es una obra de justicia... el reconocimiento universal de una vida dedicada al trabajo y a la investigación con desprecio de cualquier otra actividad y de la vida misma... por ello quemó en este gigantesco esfuerzo hasta la última de sus energías. Pero este libro es también una obra de amor, es el afecto y el respeto imperecedero de sus discípulos". La obra, dice en la presentación, el regalo al Maestro en el día de San Vicente de 1965.

Los artículos que lo componen como seleccionado florilegio son obra de cincuenta colaboradores y creo que está justificada en esta ocasión la publicación de sus nombres para que quede patente la grandeza de nuestro personaje, apreciada por tantos amigos y bien amada por sus alumnos, como colofón y pleitesía de quienes hemos deseado que su memoria alcance a las nuevas generaciones: Pierre Bertrand (París), José de Borja Araujo (Lisboa), Bruno Calandriello (Florencia), Paolo Canè (Bologna), Catulla, G.F. (Turín), Juan Colmenares (Caracas), Alfredo Coronil (Caracas), Dagmar Chaves (Rio de Janeiro), Alessandro Dal Monte (Bologna), Giorgio Domenella (Bologna), Walther Ehalt (Graz), Ildfonso Fernández (Valencia), Alvaro Ferreira (Oporto), Max Francillon (Zuric), Italo Goidanich (Pavía), Francisco Gomar Guarner (Valencia), Osvaldo Ghidini (Brescia), Marc Iselin (París), Pablo Izaguirre (Caracas), Francisco Jimeno Vidal (Barcelona), Jean y Robert Judet (París), Edward Kimbrough (Columbia), Alexander Law (Londres), Jean Lelièvre (París), Luciano Lenzi (Pavia), E.M.Lunceford (Columbia), Earl Mac Bride (Oklahoma), José Maestre Herrero (Valencia), Francesco Mandruzzato (Brescia), Silvano Mastragostino (Génova), Robert Merle d'Aubigné (París), Giorgio Monticelli (Roma), Louis Nicod (Lausana), Carlos Ottolenghi (Buenos Aires), Michel Postel (París), Jacques-Odilon Ramadier (París), Attilio Rampoldi (Roma), Carlo Re (Turín), Luigi Romanini (Roma), Francesco Russo (Catania), José María Sánchez Bordona (Madrid), Raoul Tubiana (París), Ricardo Tucci (Roma), José Valls (Buenos Aires), Francisco Vaquero González (Madrid), A.N. Witt (Berlín), Raffaele Zanolli (Bologna), Jorge Zaragaza (Córdoba, Argentina).

SU EPÍGONO.

Cuando falleció Sanchís Olmos tomó las riendas del Servicio su alumno Francisco Vaquero González que consiguió mantener las actividades y la organización sin que existiera interrupción, en especial en lo referente a los cursos de docencia de la especialidad, que había organizado su maestro y fundador. Por tales razones me resulta preceptivo exponer y comentar su obra para poner de manifiesto esta continuidad escolástica, que no ha sido frecuente en la docencia universitaria española, donde la llegada de un nuevo catedrático por oposición llevaba consigo la mayoría de las veces la reestructuración de la cátedra según los criterios del recién llegado y la ruptura con el pasado. La docencia en el Hospital Provincial quedaba al resguardo de estos cíclicos avatares porque jerárquicamente no dependía del Ministerio de Educación Nacional, como las universidades, y los nombramientos seguían por otros caminos, muy frecuentes hoy en día, que podían preservar la esencia de una escuela y la continuidad de sus miembros si eran competentes.

Vaquero González era madrileño, siguió de joven sus estudios en la capital y en su facultad de medicina se licenció en 1946 con un brillante expediente en el que constan quince matrículas de

honor; se licenció en 1946 y tomó la decisión de enfocarse hacia nuestra especialidad. La brillantez de sus estudios de medicina fue reconocida en 1948 con la adjudicación de la beca de la Universidad Internacional de Santander al mejor alumno del último curso de licenciatura. Obtuvo el premio de la Fundación Dr. Rivera Sanz para el mejor alumno de patología quirúrgica con el ejercicio Fracturas del escafoides. La Exma Diputación de Madrid le había otorgado el Premio al Alumno Interno del primer semestre de 1947 por haber ganado el concurso de la Beneficencia Provincial con su trabajo "Las fracturas espontáneas del olécranon en el adolescente con raquitismo tardío". Recibió nuevamente el premio para el primer semestre de 1948 por el trabajo "Tratamiento de las osteomielitis"; ambos premios fueron el resultado de sus períodos de prácticas en el Servicio de Sanchís Olmos y fue así como empezó a acreditarse ante el que sería después su maestro.

Al año siguiente el Ministerio de Asuntos Exteriores le concede una beca en el Real Colegio de San Clemente de los Españoles para cursar estudios de cirugía ortopédica y traumatología en el Istituto Rizzoli de Bolonia. Al final de sus estudios el profesor Delitala, sucesor de Putti, firma el certificado de permanencia desde el 1 de enero de 1949 hasta el 1 de julio de 1950 y hace constar que había conseguido la "laurea" (=doctorado) en medicina y cirugía de la universidad de Bolonia con el máximo número de votos por su trabajo sobre "El tratamiento de las fracturas supracondíleas del codo con tracción continua"; los doctorados de Bolonia eran convalidados en la universidad española desde que nació la Fundación del Cardenal Albornoz. Al regresar a Madrid el Consejo Superior de Investigaciones Científicas le nombró becario del Instituto Ramón y Cajal para todo el año 1950. En este año hizo una visita al Unfallkrankenhaus del profesor Lorenz Böhler. Cuando el profesor Sanchís Olmos fue nombrado jefe de servicio del Hospital Provincial contó con Vaquero González al estructurar su equipo de colaboradores. Su trabajo como médico de entrada del Hospital fue tan bien valorado que la Diputación Provincial, a propuesta de la Comisión de Sanidad, le otorgó el premio especial, como consta en el bello diploma expedido en marzo de 1955. De sus primeros años como especialista junto a Sanchís Olmos son los trabajos elaborados y publicados bajo la supervisión del maestro casi siempre en la Revista:

- La presión directa del esqueleto en el tratamiento de las fracturas (1951).
- Una nueva técnica de enyesado del miembro inferior (1953).
- Tacón para vendaje de escayola ambulatorio (1954).
- Sobre un caso de neurinoma gigante del cubital (1954).
- Nuestro criterio en el tratamiento de las fracturas de tibia (1956).
- La férula enyesada en L y sus aplicaciones (1956).
- La artrodesis subastragalina con cuña libre (1957).
- Desprendimiento apofisario de la espina ilíaca anteroinferior (1958).
- Fracturas de la extremidad distal del cúbito y del radio (1958), trabajo exhaustivo de 130 páginas que fue la ponencia oficial del VII Congreso de la SECOT.
- Nuestra experiencia en el tratamiento de las fracturas de los platillos tibiales (1962).

En el índice bibliográfico de nuestra Revista están fichados 23 artículos de los cuales los veinte primeros corresponden al período de colaborador de Sanchís Olmos. El primero de los publicados fue la versión castellana del material de su tesis doctoral boloñesa en la Revista de 1951 y al cabo de 16 años retomó el tema añadiendo su experiencia personal posterior y lo publicó en 1967 con el nombre de "El tratamiento quirúrgico de las fracturas supracondíleas del codo. Sus resultados lejanos", en la Rev. Esp. Cir. OstArt. de Valencia.

Bajo la dirección del profesor Vaquero González prosiguió la enseñanza de la especialidad en el Hospital Provincial siguiendo el modelo de Sanchís Olmos. Si éste se había inspirado en el modelo boloñés de Putti, su sucesor, que se había formado y doctorado en el mismo Istituto Rizzoli, no

tuvo ninguna dificultad en darle continuidad. En el último curso de Sanchís Olmos en 1963 los cursillos desarrollados a lo largo del año fueron: Luxación congénita de cadera, Lesiones obstétricas y traumáticas del plexo braquial, Luxaciones y fracturas de la cadera y Alargamiento quirúrgico del fémur y de la tibia. El Curso de Especialización de 1964 fue el XIV y al no haber aún un nombramiento de sucesor se convocó a nombre del Servicio, haciendo constar que así se perpetuaba la labor docente del Maestro y se continuaban sus enseñanzas, aprovechando el material clínico acumulado, que ascendía a más de 20.000 historias clínicas; la convocatoria del año siguiente ya lleva el nombre del nuevo Jefe de Servicio, el profesor Vaquero González, y se anuncian las mismas condiciones y características que transcribimos en los inicios docentes de Sanchís Olmos, con la salvedad que los alumnos admitidos por año serían seis y que deberían permanecer dos años, por lo que los médicos en formación en el Servicio pasaban a ser doce. Periódicamente a lo largo del año se anunciaban en la Revista cursillos de actualización intensivos que duraban tres días, para los antiguos alumnos y los actuales. El del segundo trimestre de 1974 coincidió, con un mes de distancia, del que organizó y anunció el también alumno de Sanchís Olmos doctor Ferrer Torrelles, que practicaba la ortopedia y traumatología en la Fundación Jiménez Díaz. En el programa del Hospital Provincial de 1984 la docencia se establecía con una duración de tres años y con cuatro alumnos por año, sin sobrepasar así los doce alumnos en el Servicio. En febrero de 1984 el director médico del hospital comunica al profesor Vaquero que "la asistencia de los médicos asistentes contraviene la normativa vigente aprobada por el Consejo de Administración... y es posible que entre en conflicto con la legislación que regula la formación de Médicos Especialistas en nuestro país". Con el traslado desde el antiguo edificio a la nueva Ciudad Sanitaria Provincial "Francisco Franco" el Servicio se adhirió al programa MIR, recibió nuevos residentes y entró en la convocatoria anual de plazas como todos los hospitales docentes españoles para postgraduados. En este nuevo hospital se inauguró un aula docente llamada "Aula Sanchís Olmos" que en relación a la antigua se había restaurado, mejorado y ennoblecido; se descubrió una lápida de bronce ofrecida por los discípulos con la inscripción "Desde aquí renovó la ortopedia española Vicente Sanchís Olmos".



Placa recordatoria de sus alumnos

El profesor Vaquero González había ampliado el alcance de su labor docente desde que en 1964 fue nombrado "libero docente" por la Universidad de Roma mediante las pruebas de aptitud correspondientes, como fueron la presentación de la Memoria, presentación y discusión de los Trabajos Científicos y exposición oral de dos Temas del Programa sacados a la suerte; la concesión del título era temporal para cinco años. En 1968 fue nombrado "libero docente en clínica ortopédica" por la Universidad de los Estudios de Bolonia y trasladó el cargo a ésta donde dictó cursos sobre alargamientos de los miembros y sobre prótesis no cementadas de la articulación de la cadera; el cargo duró hasta 1983. Debido a la colaboración entre la Universidad Complutense y el Hospital Provincial, nombrado Hospital Docente Asociado, el Servicio recibió alumnos de licenciatura para enseñanza práctica y Vaquero González fue nombrado por el Rectorado Profesor Clínico de las Prácticas de los alumnos en 1966. Cuando en 1972 en el Hospital Provincial la docencia de licenciatura alcanzó a impartir asignaturas del período clínico, la Universidad de Madrid le nombró profesor Contratado, con responsabilidad académica de Agregado y para el curso 1973-1974 el profesor Vaquero González publicó su primer programa para el 2º cuatrimestre de 6º curso que constaba de

59 lecciones de cirugía ortopédica y traumatología. El Servicio había entrado de lleno en la enseñanza universitaria de licenciatura y nuestro actual Profesor llegó a dirigir siete Tesinas de Licenciatura, pero no se acabó aquí el reconocimiento docente ya que finalmente el ministerio aceptó la tipificación de la especialidad como materia con área propia durante la licenciatura y convocó por primera vez concurso de Profesores Titulares de Universidad, es decir, numerarios para Cirugía Ortopédica y Traumatología en 1983 (BOE 25 agosto). En la resolución del tribunal fueron nombrados, por orden alfabético, Alfonso Carreño Martínez, Manuel Clavel Sainz, Fernando Collado Herrero, Rafael Esteve de Miguel, Alfonso Fernández Sabaté, José María López Porrua, Pedro Rubiés Trias, , José Luís Vallejo Ruiz, Francisco Vaquero González y Antonio Viladot Pericé. (BOE 4 enero 1985) La docencia universitaria en Cirugía Ortopédica y Traumatología había alcanzado su plenitud en el Hospital Provincial, ya Ciudad Sanitaria, de la mano del "Profesor Titular Numerario" Francisco Vaquero González cuando ya llevaba colaborando con la Universidad Complutense desde 1966, subiendo poco a poco los escalafones y acreditando la institución hospitalaria en la que venía trabajando desde que Sanchís Olmos formó su equipo. La antigua modalidad de docencia creada por este último y substituida por la vía MIR, pudo sin embargo subsistir gracias a una sugerencia de la misma dirección cuando comunicó la necesidad de adaptarse a la nueva legislación: se incorporó esta antigua docencia, con tres años de Cursos de Especialización, a las actividades del Instituto de Cooperación Ibero-Americana y en su XXXVI "Convocatoria general para realizar estudios en España", que correspondía al curso 1982-83, reaparece el anuncio del Curso para candidatos ibero-americanos. En su currículum hacía constar que en estos cursos se habían formado más de 180 especialistas.



Francisco Vaquero González. Presentación del Profesor Ramadier de París (a su izquierda); le acompañan Hernández-Ros (a su derecha) y Sentí Montagret (extremo de la mesa).

La exposición de su labor científica oral y escrita fue intensa y siguió fiel al listón marcado por su maestro. El mismo profesor Vaquero lo expuso según sigue:

- Comunicaciones internacionales 13.
- Comunicaciones y conferencias nacionales importantes 4.
- Trabajos publicados de primera categoría 31.
- Trabajos publicados de segunda categoría 15.
- Capítulos en libros 9.
- Notas de investigación en revista 9.

A estas actividades curriculares ordenadas por el propio autor debemos añadir las monografías de las ponencias de congresos que publicó siguiendo la misma tradición de Sanchís Olmos y utilizando el material del Hospital Provincial, de manera que en ellas parte de las ideas y del trabajo de este último, seguían estando presentes; ya se mencionó la colaboración entre ambos en "Las diferencias en longitud de las extremidades inferiores" de 1962 y aquí añadimos:

- Fracturas de la extremidad distal del cúbito y del radio, ponencia oficial del Congreso SECOT de 1958, con 132 páginas y 104 grabados.
- Displasias óseas , ponencia oficial del Congreso SECOT de 1973, con 287 páginas, en colaboración con Francisco Gomar Guarner y Manuel Clavel Sainz.
- Indicaciones actuales de las artrodesis de los miembros, ponencia oficial del Congreso SECOT de 1978, con 255 páginas. Se trata de una obra que todos los jóvenes cirujanos deberían conocer en la actual época de imperio protésico, al igual que ocurre con las osteotomías olvidadas, para ser capaces de deslindar correctamente, en el abanico de posibilidades

quirúrgicas, la conveniencia de estas soluciones para situaciones excepcionales. Su autor nos dice que "Si todos los dogmatismos son recusables, mucho más los que afectan a problemas en los que indudablemente se mezclan lo orgánico y lo anímico, lo material y lo espiritual, la reacción biomecánica y los problemas psicológicos".

A lo largo de su vida como especialista desempeñó cargos en los que dio muestras de trabajo desinteresado y solidario, como fue el de secretario de la Revista entre 1953 y 1969 y el de director desde 1970 hasta 1986. Fue miembro del Editorial Board de International Orthopaedics, miembro correspondiente español de la Revue de Chirurgie Orthopédique y Editor-corresponsal de Journal of the Western Pacific Orthopaedic Association. Fue designado Miembro de Honor de las Sociedades de nuestra especialidad de Italia, Francia, Portugal, Argentina y Chile y en nuestro país de Andalucía y de Madrid; a título póstumo fue nombrado Miembro de Honor de la SECOT, que había presidido entre 1974 y 1976. Presidió también la Comisión Nacional de Cirugía Ortopédica y Traumatología y fue miembro del Consejo Nacional de Especialidades Médicas. En 1964 se le distinguió con el nombramiento de Cavaliere de la Ordine al Merito de la Republica Italiana y en 1976 ascendió a Comendatore; el gobierno español le distinguió con la Gran Cruz al Mérito Civil.

Tuve unos días de convivencia con él porque juntos asistimos a las VIIas Jornadas Internacionales del Fijador Externo en Aviñón organizadas por el profesor Jacques Vidal, catedrático de cirugía ortopédica y traumatología de la Universidad de Montpellier los días 10 a 12 de enero de 1980. A últimos del año anterior le comenté que se celebraría este curso y demostró interés en ello y así pude ofrecerle que si venía en avión le recogía en el aeropuerto barcelonés y en mi coche seguiríamos hasta Aviñón; y así fue. El viaje de unas tres horas de duración fue ameno y conversamos sobre asuntos diversos de nuestro quehacer, hasta que al llegar a la frontera de La Junquera le dije que entrábamos en Francia pero que seguíamos en Cataluña porque tradicionalmente llamamos la Cataluña Norte a todo el territorio perdido en 1659 después de la larga guerra entre las coronas española y francesa, cuyos nuevos límites fueron marcados con el Tratado de los Pirineos firmado este año en la Isla de los Faisanes del Bidasoa. La monarquía española sufrió uno de los mayores descalabros de su historia y perdió muchas plazas de Flandes y, lo más grave de todo, el norte de Cataluña, allí donde había empezado la reconquista peninsular desde el lado del imperio de Carlomagno bajo el nombre de Marca Hispánica. Por parte francesa la diplomacia estuvo bajo el mando de Jean du Plessis Cardenal de Richelieu (1585-1642) y después le sucedió el Cardenal Mazzarino (1602-1661), ambos regentes por minoría de edad del Rey Sol Luís XIV (1638-1759). La mayor fuerza militar francesa y la importante colaboración de sus geógrafos Pèire de Marca y Ramon Trobat, hizo que los delegados del rey francés se marcaran los nuevos límites fronterizos y se quedaran con el norte de Cataluña compuesto por la región del Rosellón y las comarcas del Vallespir, del Conflent, del Capcir, de Fenolleda y de la mitad de La Cerdaña, que en la geografía francesa recibieron el nombre de Departamento de los Pirineos Orientales y el nº 66. La autopista que desde la frontera española sigue hacia el norte se llama La Catalana y su recorrido nos permitió contemplar las grandes extensiones de viñedos hasta que llegamos al poblado del Fitó (en francés le Fitou), que no es otra cosa que "el mojón" que marcaba la frontera antigua catalana con la francesa, y donde el gran castillo de Salses, maravillosa obra de ingeniería militar medieval, defendía esta frontera desde que el rey Fernando el Católico lo mandó construir. Para Francisco Vaquero fue un descubrimiento de algo que la historiografía española ha olvidado o ha silenciado en los libros de texto, donde el joven estudiante debe descubrir el pasado hispánico, sea favorable o no. La conversación prosiguió y yo le comparé el desastre que significa esta gran amputación territorial catalana, y por lo tanto española, con el de la Guerra de Sucesión, contienda de ámbito europeo entre las coronas española, francesa, austríaca e inglesa que acabó el 11 de septiembre de 1714 con la ocupación de Barcelona por las tropas del duque de Berwick, el

general de Luís XIV. La paz se firmó en el Tratado de Utrecht en 1713 y la monarquía española cayó en manos del Rey Sol quien la había entregado ya en 1700 a su nieto Felipe de Anjou (1683-1746) un joven de 17 años nacido y educado en Versalles. Así acabó la España tradicional y casi federal, como la de sus familiares de Viena, de la misma familia Absburgo, y se introdujo en España una nueva monarquía borbónica y centralista que se apoyó durante más de un siglo en el gobierno exclusivo del Real Consejo Superior de Castilla. Yo le comparaba la extensión del territorio perdido en la Paz de los Pirineos, que fue de 4.000 km² y el perdido en el Tratado de Utrecht, que fue de 6 km², que había pasado a la historia por haber desembarcado en Jebel Tariq su conquistador árabe Tariq ibn Ziyād en 711. Todas estas conversaciones se produjeron sobre el terreno atravesando estas bellas comarcas que la autopista permite cruzar raudo, donde era fácil tener justa idea de lo que significa comparativamente en la política española la reclamación permanente de Gibraltar a los hijos de la "pérfida Albión", según terminología franquista, y el silencio asumido de lo que fue un adelantamiento de fronteras por parte de los monarcas Borbones, política aplicada a todo el contorno del llamado exágono francés. La amistad con Francisco Vaquero me permitió poner sobre la mesa de nuestra conversación este tema que, a él como a la casi totalidad de españoles no enterados de estos pasados de nuestra historia, les ocasiona la extrañeza de lo hasta entonces desconocido y la sorpresa de su descubrimiento. Un presidente español del postfranquismo dijo que hablar del Rosellón era un tema de naturaleza identitaria e irredentista pero ¿acaso no lo es también el tema de Gibraltar aunque a gran distancia del nuevo poseedor? En los Pirineos Orientales estos catalanes, al cabo de tres siglos y medio de su anexión, son y se sienten franceses de pleno derecho; una consecuencia más.

Pasear por la ciudad medieval de Montpellier, muy restaurada, fue un placer. Su catedral es colindante con los edificios universitarios de la antigua facultad de medicina, recordándonos el origen de las cátedras universitarias. En la fachada de la facultad de medicina dos grandes estatuas sedentes custodian la puerta a lado y lado, los antiguos profesores Barthès y La Peyronie, y en el vestíbulo una gran lápida decora la pared con los nombres de los grandes maestros de su historia y entre ellos Arnau de Vilanova o Arnaud de Villeneuve, cuyo nombre llevan actualmente tres hospitales, uno en Montpellier, otro en Lérida y el tercero en Valencia. Esta universidad tuvo su origen en la escuela judía de medicina en el siglo XI y se amplió con permiso para otras enseñanzas en tiempos de su señor Guillermo VIII (1180). Éste era en aquel momento súbdito de los Condes de Barcelona por motivos feudales desde que Carlomagno creó la Marca Hispánica y así llegó al siglo XIII con la dependencia del Señorío de Montpellier respecto a Jaime I, el Conquistador. Éste impuso en 1272 la obligatoriedad de los exámenes para poder ejercer, Alfonso III lo ratificó en las Cortes de Monzón en 1289, y en este mismo año el papa Nicolás IV emitió su Bula para crear el Estudio General con los estudios de artes, derecho y medicina. En aquellos tiempos una universidad con Bula Papal tenía mayor categoría porque los títulos que emitía eran válidos en todo el occidente cristiano, en tanto que para las universidades de creación real sus títulos solo tenían validez en el propio reino. Fue la primera universidad de los territorios de la Corona de Aragón y sirvió de modelo para la fundación de la primera universidad en territorio catalán, que fue la de Lérida con permiso real de Jaime II en 1300 y con Bula Papal de Bonifacio VIII. En el siglo XIV los Condes de Barcelona pactaron con la monarquía franca y aquellos renunciaron a todos los condados sufragáneos ultrapirenaicos a cambio de que el rey franco renunciara a sus posibles derechos feudales que habrían heredado de Carlomagno sobre los condes catalanes (1382). Montpellier es siempre un baño de historia, una ciudad querida donde nació Jaime I como reza en occitano o lengua de Oc la lápida de la Torre dels Pins: "Ací nasqué Jacme lo Conquistaire" = aquí nació Jaime el Conquistador. La convivencia con Vaquero González durante aquellos tres días permitió compartir estas enseñanzas que nada tenían que ver con los fijadores externos, pero que para él representaron el descubrimiento de un pasado que se produjo más allá

de los Pirineos, esta frontera física pero también mental para la clásica historia española encerrada en los acontecimientos del suelo peninsular y centrada en el nacimiento, desarrollo y avatares de la nación castellana.

Su labor en la Ciudad Sanitaria Provincial se acabó en 1989 por jubilación a los 65 años y a partir de entonces y hasta los 70 años siguió trabajando en la consulta privada. Poco antes de su jubilación sus colaboradores del Hospital General Gregorio Marañón le organizaron las Jornadas de Actualización en Ortopedia y Traumatología de 1988 como homenaje y para recordar el origen de esta escuela quirúrgica desde los tiempos de Sanchís Olmos en el programa imprimieron que las organizaba la "Escuela de Cirugía Ortopédica del Hospital Provincial de Madrid". Participaron como profesores treinta y un conocidos y acreditados profesionales de la especialidad que así le testimoniaron su amistad y su admiración, entre los cuales citaremos a Grosse (Estrasburgo), Monticelli (Roma), Cañadell (Pamplona), Forriol (Madrid), Lazo Zbikowski (Sevilla), Lord (París), León Vázquez (Salamanca). El resto de sus años los dedicó a cuidar de su esposa enferma de Alzheimer hasta que ésta falleció en agosto de 1999 y al cabo de dos meses un problema agudo de tipo cardíaco o vascular acabó súbitamente con la vida de él a los 75 años.

VICENTE VALLINA GARCIA (1914-2003).

SUS ORÍGENES.



Vicente Vallina García.

El 5 de febrero de 1914 nació Vicente Vallina en una pequeña aldea del valle minero del Nalón: Sampredo; se encuentra situada por encima de Sotrondio, capital de San Martín del Rey Aurelio y nos estamos refiriendo al corazón de Asturias, el Principado que en la segunda mitad del siglo XIX encontró en el carbón el auténtico "oro negro" de la época. Sobre un total de unos cuatro millones de toneladas de producción anual de hulla el subsuelo asturiano proporcionaba el 65% y con él se sentaron las bases de un desarrollo que fue creciendo hasta que al final fue substituido por las nuevas fuentes de energía menos contaminantes y más competitivas económicamente, como ocurrió de modo general en las cuencas mineras de la Europa occidental. Seguramente este ciclo de la economía carbonífera marcará a su vez el ciclo de la medicina

y de la cirugía en las minas, como podremos apreciar a lo largo del relato biográfico. La vida de Vallina corrió paralela al orto y al ocaso de este mundo y se asumieron en el trayecto común; la fidelidad a su circunstancia rigió en su devenir vital y explicará el porque de su selección para estar entre aquellos que de una manera u otra, cada uno según su tiempo y lugar, han marcado profundamente nuestra especialidad desde sus inicios. El conocimiento y el acercamiento a él nos ha sido facilitado por la narración de Luís José de Ávila que en sus contactos y entrevistas ha exprimido con amor y cariño sinceros todas las vivencias y cuitas que nuestro personaje alcanzó a contarle, casi desnudándose anímicamente en favor de todos los que llegaríamos a leerlo. Para la posteridad ha sido un generoso regalo que impedirá que tan notable trayectoria caiga en el olvido y que transformará en indelebles los tañidos de la vida de quien sus convivientes recibieron el amor y que por ello tanto le amaron.

Era hijo de Graciano Vallina y de Celestina García de la cuenca del Nalón, donde el padre desarrolló su actividad como minero, al igual que el abuelo, a partir de los puestos más duros hasta que fue ascendiendo en categoría, gracias a su capacidad y al aprecio de sus superiores. Al cabo de veinte años ascendió a vigilante de grupo en una mina de la empresa Duro-Felguera, que con la fusión empresarial se integró en Hunosa. La dirección estaba a cargo del ingeniero Antonio



Casa natal de don Vicente en Sampredo (San Martín del Rey Aurelio).

Lucio-Villegas, un hombre que apreciaba mucho a su padre y que pasó a ocupar un puesto central en la dirección desde Madrid; siempre se interesó por el hijo y con el tiempo llegaría a colaborar en decisiones sobre el futuro estudiantil del guaje Vicente.

SUS ESTUDIOS.

Vicente Vallina acude de pequeño a la escuela de su aldea Sampredo, donde asisten los hijos de mineros, y allí aprende a leer y le enseñan las materias más básicas hasta que hacia los diez años empieza los estudios de bachillerato en Sotrondio. Llegan unos años de buenos recuerdos en los que él se afirma y recuerda a sus primeros compañeros como los mejores amigos y a su maestro Juan José Calvo como el primer docente que le marcó con su labor diaria. En el pueblo

existía una entidad que actuaba a modo de casino y allí se daban a los niños unas horas de formación complementaria durante los dos años finales del bachillerato a cargo de profesores del Instituto para que adquirieran hábito de estudio y mejor formación personal y colectiva. Vallina fue un buen estudiante y sacó adelante su bachillerato obteniendo buenas notas, de lo cual su padre iba informando al ingeniero Lucio-Villegas cuando éste le preguntaba por el hijo.

En 1930 llegó el momento de tomar por vez primera en su vida una decisión determinante del futuro: ¿qué estudios seguiría? Su padre no quería que optara por la minería y mucho menos verle en el tajo y él pensaba que cómo podría llegar a unos estudios universitarios dada la estrechez económica en que vivían y que podría hundirlos económicamente. Aquí interviene la amistad del ingeniero Antonio Lucio-Villegas que pidió entrevistarse con nuestro joven Vallina y cuando éste se presentó en su despacho le animó a seguir la carrera de sus deseos y le prometió la ayuda necesaria mientras él siguiera en su puesto de mando. La ayuda no se hizo esperar y entregó a su padre Graciano un sobre con 5000 pesetas para los primeros gastos universitarios y con la tranquilidad que este soporte económico y moral suponía la decisión fue tomada. Se matriculó en medicina, posiblemente influido por el ejemplo del que él consideraba extraordinario médico de pueblo Dimas Martínez, cuyas vivencias habían ido creando un poso vocacional y cuya amistad se mantuvo a lo largo de los años de estudio y más tarde, ya jubilado justo cuando Vallina acabó la carrera.

LA LICENCIATURA.

Se matriculó en la facultad de medicina de Madrid e hizo sus estudios en el antiguo hospital de San Carlos donde la excelencia de su esfuerzo y su dedicación quedaron demostrados al llegar a aprobar los siete cursos de carrera en cinco años; se trata de una hazaña universitaria que solamente está al alcance de quienes son capaces de una total dedicación a su tarea, de una permanente renuncia, de una dura austeridad y de una capacidad de sacrificio en pro del objetivo propuesto. Si estas virtudes no se pierden en la vida futura aquél que las posee podrá allanar el camino a venir en el que escollos y obstáculos deberán ser vencidos.

En su vida universitaria llegó a descubrir aquellos profesores que con su ejemplo serían motivo de recuerdo y de pauta a seguir. Destacó sobretodo el doctor Modesto Martínez Piñeiro, gran conocedor de la anatomía, que de forma altruista y con gratuidad económica daba una clase extra a las siete de la mañana para ayudar a los voluntarios que a ella asistían, los cuales, en un futuro no lejano, podrían interpretar situaciones clínicas y quirúrgicas y así aplicar los más acertados medios terapéuticos. En el Hospital Provincial consiguió una plaza de alumno interno que le abrió las puertas de los servicios de medicina interna y lo acercó más a los enfermos y por añadidura le permitió conocer al profesor de cirugía Jacinto Segovia Caballero, que pronto descubrió el interés de Vallina y le propuso si quería ser alumno interno de su servicio; así empezó el futuro traumatólogo su andadura por los quirófanos. Él mismo contó la anécdota de que para tener mayor acceso a examinar a los pacientes guardaba una parte de sus emolumentos para comprar tabaco para los enfermos y golosinas para las enfermas, treta que surtía sus efectos y facilitaba la tarea con simpatía añadida. No olvidando que las bases para el ejercicio de todo futuro médico, con independencia de la especialidad que llegara a elegir, eran siempre el dominio de la propedéutica clínica y de la medicina en el más amplio sentido, dedicó horas de asueto al lado del doctor Baudilio López Durán, cardiólogo de fama que le adiestró en el arte de la auscultación y de la palpación. Otro tanto diremos de sus contactos con el profesor Laureano Olivares, eminente cirujano de la época, -siendo catedrático tenía plaza por oposición en el Hospital Provincial- cuyos interrogatorios se apoyaban en preguntas bien escogidas y certeras seguidas de una exploración meticulosa...“palpa arriba, palpa abajo”, relataba en sus recuerdos. Reconocería ya de mayor que este bagaje, adquirido al lado de maestros libremente escogidos por él, explicaba

su ordenación exploratoria, su meticulosidad y la ligazón fiable entre la mente y la mano al lado del enfermo. Estas dotes de médico le hacían posible el acercamiento al diagnóstico sin empezar por lo que actualmente es usual en los jóvenes: la batería de pruebas, como se llama a la petición inicial y simultánea de análisis, radiografías, resonancias, exámenes complementarios todos ellos de enorme coste no justificado sin haber empezado por la correcta propedéutica. Estas fueron sus más destacables experiencias hospitalarias hasta julio de 1935, año en que culmina con éxito sus estudios de medicina.

EL EJERCICIO PROFESIONAL Y BÉLICO.

Ya médico regresa a su localidad natal Sotrondio para ejercer la medicina rural y pronto pudo demostrar las recias bases de su formación clínica en casos difíciles que consiguió diagnosticar como fueron los que contó desgranándolos con detalles minuciosos al cabo de los años: gangrena pulmonar con aliento putrefacto, tuberculosis galopante con diseminación hematógena, osteomielitis del húmero con endocarditis maligna, trombosis cerebral. De esta suerte creció su prestigio como buen diagnosticador y fue acumulando una casuística de males raros que otros colegas del Valle del Nalón le planteaban cuando se encontraban en apuros para solucionarlos. Durante un año ejerció la medicina general y vivió en casa de sus padres, el hogar minero que le vio nacer.

En junio de 1936 se produjo una vacante en el Sanatorio Adaro de la empresa carbonera Duro-Felguera y con la ayuda de Antonio Lucio Villegas -una vez más ejerciendo de protector- empezó el joven médico Vicente Vallina su vida de traumatólogo de los mineros bajo la dirección del doctor Julio Jolín Daguerre. Este médico había sido asaltado por unos desconocidos en el portal de su casa y asustado decidió ir a dormir a Oviedo, por lo que cedió a Vallina el puesto de médico de guardia. Para su labor disponía de un quirófano aceptable y de tres salas de hospitalización con dieciséis camas que, dada la accidentabilidad minera, sufrían una ocupación agobiadora y al poco de iniciar sus guardias tuvo que enfrentarse con las consecuencias de tres explosiones de grisú en pozos de la cuenca; el Sanatorio en estas circunstancias llegaba al límite de su posibilidad asistencial. La sociedad española se encontraba desde el mes de julio en guerra civil y a finales del año la contienda obligó a movilizar médicos que eran imprescindibles en los botiquines de vanguardia.

Desde que empezó la guerra recibió en el Sanatorio Adaro heridos de ambos bandos que fueron tratados sin distinciones de clase, raza o ideología, sobretodo a partir del 27 de julio cuando llegó una avalancha de heridos que obligó a operar día y noche y a dormir en el sanatorio durante los escasos momentos de descanso. Algunos de estos heridos temían por sus vidas porque podían ser secuestrados por elementos del bando contrario para ejecutarlos y para evitarlo se fugaban del sanatorio de noche, si bien el dominio territorial en aquellos inicios de la guerra pertenecía a los milicianos republicanos. El historiador de la guerra civil Hugh Thomas plasmó perfectamente esta cruel situación cuando escribió que "los médicos de ambos bandos tuvieron dificultades para evitar, incluso, que fusilaran a los heridos en sus camillas". La organización del ejército republicano incorporó a los milicianos en batallones y los mezcló con soldados incorporados por quintas, gracias a lo cual disminuyeron de modo importante los "paseos" de los revolucionarios por los caminos y las cunetas de las carreteras, que durante los primeros días asesinaron a todos los que consideraban enemigos con toda libertad y sin control militar. En octubre se estableció el cerco republicano a Oviedo para tomarlo y los nacionales enviaron una columna gallega para evitarlo, entablándose una muy sangrienta batalla desde el 4 de octubre hasta el 14 del mismo mes en la que Vallina vio morir a muchos amigos y conocidos de su cuenca minera; alguno desapareció y fue dado por muerto hasta que al cabo de muchos años regresó del exilio sudamericano. El puesto de sanidad se encontraba en la planta baja de un edificio en cuyo sótano estaba el polvorín y en el primer piso el puesto de

mando, curiosa combinación alejada de todo criterio de seguridad sanitaria en el frente de guerra. Vallina abandonó este puesto cuando se dio la orden de "sálvese quien pueda" y en su huída campo a través consiguió llegar a Gijón donde se presentó a las autoridades sanitarias quienes, después de ocho días de descanso, le enviaron al hospital de retaguardia de Covadonga instalado en un hotel. Aquí no permaneció más de un mes porque a últimos de noviembre fue destinado a Oviedo como jefe de equipo quirúrgico y tuvo que afrontar el tratamiento de heridos muy graves y organizarse ante la llegada de muchos a la vez; en el depósito del hospital se acumularon en un día hasta ochenta cadáveres; en una noche de trabajo sin interrupción alcanzaron a operar hasta más de treinta casos graves.

En abril de 1937 es destinado al hospital de Villamanín en León como cirujano director y en julio de 1937 pasa al Hospital Militar de Gijón donde el intenso trabajo y los buenos medios de que disponía le permitieron adquirir una experiencia quirúrgica importante, sobretodo en traumatismos abdominales y craneoencefálicos, a los que se añaden las habituales fracturas de extremidades por arma de fuego. Cercano a su hospital se encontraba el Hospital de Granda donde era cirujano jefe y director su amigo Benigno Morán Cifuentes, gran traumatólogo alumno de Bastos Ansart, y su contacto con el primero hizo posible que se imbuyera de las enseñanzas de este discípulo del gran maestro del Hospital Militar de Carabanchel, donde el tratamiento de las fracturas de guerra procedía de una experiencia inicial en la guerra del Rif en Marruecos, compartida con Trías Pujol y enriquecida con las aportaciones de Friedrich, de Carrel y de Böhler. Del frente llegaban heridos de extremidades con torniquetes apretados en la raíz del miembro que evitaban la hemorragia causante de la muerte por anemia, pero como contrapartida si permanecían colocados más de dos horas –cosa no infrecuente- la isquemia prolongada generaba muerte de los tejidos y pérdida de la extremidad por la obligada amputación. El 16 de octubre de 1937 las tropas del ejército nacional franquista estaban a punto de alcanzar Gijón y el miedo se apoderó de muchos heridos operados y para evitar el caer prisioneros se vestían y huían hacia el puerto, donde se disputaban los escasos puestos de embarcación. Gijón cayó y fue ocupada al día siguiente y nuestro cirujano se presentó a las autoridades de sanidad militar franquista, las cuales le destinaron al Hospital Hermanitas de los Pobres para que siguiera controlando el tratamiento de los heridos republicanos, tarea que duró hasta abril de 1938. Entonces sufrió el proceso de depuración ante la Auditoría militar de Gijón de las autoridades vencedoras y se le declaró depurado sin sanción, como era habitual en quienes carecían de delitos incluso de opinión.

Durante el cerco republicano de Oviedo los heridos eran atendidos en el Hospital Provincial en el que trabajaba el gran maestro y profesor de cirujanos Francisco García Díaz ya polarizado hacia la ortopedia y la traumatología. Los receptores de sus enseñanzas, algunos colaboradores y alumnos, habían quedado separados por la guerra y se encontraban en bandos enfrentados, pero como miembros de una misma escuela llevaban a cabo los tratamientos de acuerdo con idénticas directrices y pautas. Esta unidad de tratamientos se dio en todos los hospitales de guerra y los alumnos del Hospital de Carabanchel donde Bastos Ansart había formado a los cirujanos y traumatólogos de la sanidad militar también fueron a parar a bandos opuestos y utilizaron las mismas técnicas. De aquí que en puridad el método de tratamiento de las heridas y fracturas abiertas en la guerra deba ser denominado "método español" sin más. Y cuando acabó la guerra civil empezó la guerra europea y los cirujanos que se exiliaron lo difundieron, como son los casos de Jimeno Vidal en Viena, Trueta en Oxford y Ponsetí en Iowa (EUA).

Vicente Vallina vivió radicalmente la entrega a sus heridos sin distinción de credos ni de procedencias, sobretodo porque en esta guerra civil las personas difícilmente podían elegir su bando y se encontraron allí donde las fuerzas de unos u otros habían triunfado o perdido a causa del

levantamiento militar franquista. Entre los médicos se produjeron muchos casos de republicanos que quedaron en zona nacional y de franquistas en zona republicana pero que casi siempre siguieron en su puesto atendiendo a los combatientes heridos y a la población enferma o lesionada sin distinciones de ningún tipo. Vicente Vallina García narró a su entrevistador Luís José de Ávila el caso del capitán médico Angel Soutillo López que fue un paradigma de estas situaciones aleatorias ante las cuales solo queda el recurso de la fidelidad al juramento hipocrático. Por este motivo lo contamos y transmitimos a las nuevas generaciones que no vivieron tales desmanes, para que descubran la fortaleza de unos héroes que expusieron su vida por mantenerse fieles a un código moral médico.

El doctor Soutillo, que se encontraba en zona nacional, era el capitán médico del regimiento de Simancas, cuerpo militar que se acreditó con heroísmo durante la guerra en Asturias, de donde procedía el lema de su banderín "disparad sobre nosotros el enemigo está dentro", situación contradictoria que nos introduce a la siguiente que lo fue aún más. Durante el asedio de Oviedo curó a sus heridos en el cuartel mismo con escasos medios y cuando culminó el asalto fue hecho prisionero. Consiguió no ser ajusticiado de forma sumarásimas por los asaltantes republicanos apelando a su condición de médico y fue llevado ante el Comité de Guerra que sí lo juzgó y allí él mismo apeló a los principios de la Cruz Roja Internacional que afirmaban la neutralidad del médico entre los contendientes y su obligación de curar a los heridos. Recordemos someramente estos principios constituyentes de la obra fundada por el suizo Henry Dunant en Ginebra (1864): humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia, servicio voluntario, unidad y universalidad. El tribunal aceptó las consideraciones y dio permiso para que colaborara con la sanidad militar republicana que lo incorporó a un batallón al que sirvió con idéntica dedicación a la que había demostrado con el regimiento de Simancas. El ejército franquista recuperó el terreno perdido y los republicanos fueron rechazados y apresados, entre ellos el capitán médico Soutillo, que esta vez volvió a ser juzgado pero por los jueces militares del ejército nacional. En el consejo de guerra al que fue sometido el fiscal solicitó la pena de muerte por alta traición y rebelión y en cambio el capitán defensor pidió para Soutillo la Cruz Laureada Individual de San Fernando por tratarse de un héroe del regimiento de Simancas durante el cerco de Oviedo: fue condenado a doce años de prisión. Su salud se deterioró y salió de la cárcel al cabo de seis años y al poco tiempo falleció.

Cuando las tropas nacionales entraron en Gijón Vallina obtuvo el aval de amigos y gente reconocida que llegó con el ejército franquista y como que no se le comprobaron delitos fue admitido en la sanidad militar nacional y fue destinado a Galicia. La guerra civil estaba llegando a su tramo final y tenía que dirimirse en el frente del río Ebro donde se entabló la más cruenta batalla entre ambos bandos durante 116 días en la que el ejército republicano, que perdería la ayuda de las brigadas internacionales, tuvo que recurrir a jóvenes adolescentes llamados a quintas para incorporarlos en la defensa de aquellas últimas líneas a pesar de ser todos ellos bisoños. Miles murieron en la contienda y han pasado a la historia como la "quinta del biberón" para poner de relieve su extrema juventud. Allí fue destinado Vicente Vallina a sus 24 años para enfrentarse a la última gran rapacidad de la parca en la lucha entre hermanos. Como en ningún otro lugar vio repetidamente cercana la muerte en su entorno, con las trincheras llenas de cadáveres, cuyos restos aún se siguen encontrando en excavaciones a lo largo de las sierras de Pándols, de Cavalls y de la Fatarella que durante años fueron peligrosas para los excursionistas por el riesgo de tropezar con restos de proyectiles. El día de Santiago se encontraba en Corbera de Ebro y volvía de misa cuando el sacristán le anunció que los rojos habían atravesado el río y que era urgente replegarse hacia Gandesa; aquel día al final sonó una vez más aquel grito de alarma desgarrador que había oído ya en Asturias, el "sálvese quien pueda". Logró llegar a Gandesa en poder de los nacionales que mantenían a toda una bandera de la Legión en la plaza del pueblo. A los pocos días el contraataque republicano fue intenso y todos aquellos

legionarios, "novios de la muerte" como reza su himno, perdieron la vida en combate. Vallina tenía fiebre debido a una infección de riñón que iba en aumento y tuvo que ser evacuado a un hospital de Zaragoza y más tarde a La Coruña donde aún estaba el día en que acabó la guerra, el 1 de abril de 1939; fue licenciado el 13 de julio siguiente y regresó a su pueblo Sotrondio. Seguramente con el paso del tiempo llegó a tener noticias, ya transformadas en una fría estadística, de que la gran concentración de artillería y de fuerzas aéreas en la batalla del Ebro, a las que se sumarían los estragos de la sed, había diezmado casi la mitad de los combatientes de las divisiones que se enfrentaron; un cálculo aproximado del lado republicano cifra en unas 20.000 sus bajas. En Corbera de Ebro el pueblo quedó totalmente destrozado por las bombas y así se ha mantenido como monumento, como cadáver de pueblo, en recuerdo de un horrible pasado fratricida y aún se descubren los muros de lo que fue una iglesia, aquella en la que Vallina oyó misa por última vez en aquel frente, seguramente la última misa que en ella se ofició. Las antiguas trincheras sirvieron para acumular tantos cadáveres y sepultarlos con la tierra de su alrededor, resultando así una kilométrica tumba de los soldados desconocidos cuyo recuento jamás se ha podido hacer con exactitud.

EL REGRESO AL VALLE DEL NALÓN.

Exponer su actividad profesional a partir de su graduación como médico fue un proyecto de la biografía desviado por tres años de guerra que no eran previsibles al acabar la licenciatura. Estos años dejaron su impronta en dos aspectos vitales: primero, la formación quirúrgica se aceleró con la experiencia de los heridos de guerra y al tener que solucionar cualquier situación con los medios al alcance y, segundo, la tensión de la guerra y la participación del azar en la conservación de la vida día a día, sin saber si estaría vivo mañana, modela el ánimo de las personas y las endurece de tal modo que muchos no vuelven a ser como eran y se enfrentan a la vida con otro talante que está dotado de duras dosis de austeridad; lo afirmamos por la propia vivencia militar durante año y medio en tierra marroquí. Ante la adversidad la convicción de haber sido capaz de soportar situaciones peores nos da la confianza de poderlo superar una vez más. Mi generación vivió la infancia en plena guerra civil y la adolescencia durante la guerra mundial, pasada la cual nuestros mayores tuvieron que enterrar física y espiritualmente a sus muertos y un silencio se formó alrededor de las familias, que raramente nos explicaban las intimidades de la tragedia. Solamente a partir de los primeros atisbos de oposición al régimen empezaron a asomar interrogantes y sospechas que desembocaron en los balbuceos y hálitos de rebeldía de las nuevas juventudes obreras y universitarias de los años cincuenta. Actualmente se ha acuñado el concepto de memoria histórica, como si no fuera que toda memoria es histórica de por sí, al tener su fundamento en lo pretérito.

En 1940 Vallina se encontraba de nuevo en el Sanatorio Adaro en tiempos difíciles de reconstrucción, de necesidades de carbón por parte de las potencias europeas en guerra, con escasos medios técnicos y con mineros de boina y alpargata como únicos elementos de protección al alcance. Simultaneó la traumatología con el estudio para oposiciones a sanidad del ejército del aire y a médico de prisiones, y ambas las ganó. Estuvo a punto de presentarse a las de médico colonial pero de nuevo apareció la figura de Antonio Lucio-Villegas, su protector o padrino, que argumentó a su padre Graciano que veía mejor futuro para Vicente en la cuenca minera del Nalón en la empresa Duro-Felguera, y éste se decidió por sus mineros de siempre.

A lo largo de diez años ejerció de traumatólogo y de cirujano, capaz de resolver los múltiples problemas que se presentaban en la clínica sin tener a mano el recurso actual de la interconsulta propia de los modernos hospitales. De su integración en el medio no podremos hablar diciendo que ya fuera total, como expresión al uso cuando un ajeno llega a un lugar, porque él había nacido allí, porque era hijo de minero, porque era nieto de minero y por lo tanto no venía de fuera sino

que era –permítaseme el retruécano- carne de la misma carne, como siempre se le reconoció. Dijo de él en público un líder sindical que su médico “era uno de los nuestros y nunca nos defraudó” refiriéndose a su dedicación y al trato siempre cariñoso. En 1950 gracias a su fidelidad al sanatorio, a su compenetración con los mineros, a su competencia profesional, a su prestigio en las cuencas mineras, fue nombrado director del Sanatorio Adaro. El respeto y la admiración que se había ganado y que públicamente se le profesaban hizo de él una figura emblemática que irradiaba amor a los enfermos y que amor recibía de ellos, como el tiempo se encargaría de demostrar de modo incluso oficial. Para todos era Don Vicente y con este apelativo nos referiremos a él a partir de ahora.

Nos tenemos que retrotraer un lustro para recordar que en 1945, a los 31 años de edad, se casó con María Anselma García Prendes, de su mismo pueblo y de familia conocida de los Vallina, e instalaron su vivienda en Sama de Langreo a escasa distancia del Sanatorio Adaro. De este matrimonio nacieron cuatro hijos de los cuales dos llegaron a ser traumatólogos, un tercero odontólogo y el cuarto abogado; Graciano y Vicente son nuestros colegas especialistas en cirugía ortopédica y traumatología y miembros de la Secot.

EL SANATORIO ADARO.

En 1878 Juan Palacios, concejal de Langreo, expuso la necesidad de crear un hospital civil para atender a la población y sobretodo a los mineros en sus accidentes laborales. Pasaron treinta y dos años hasta que la idea triunfó con la ayuda de presiones políticas que desencallaron la indolencia administrativa y la irresponsabilidad de quienes no se sentían obligados a soportar estas inversiones sanitarias a pesar de la dramática situación de los “mordidos” por la mina. Entre los relatos de don Vicente destaca el que puede ser uno de los cuadros más cruentos de la realidad española de los valles mineros hasta principios del siglo XX: “Un pobre minero se desgració en una mina del concejo; al parecer quedó sin piernas y al mediodía andaban con él en una camilla por las calles buscando en qué llevarle a Oviedo, porque aquí, vergüenza da decirlo, no hay un mal cuartucho siquiera dedicado a tan humanitario servicio”. Los vecinos de Langreo, en un alegato de 1904, decían: “Es bastante triste que cuando un obrero, ya en la mina, ya en otro lugar, sufre un grave accidente, tenga que ser transportado a hombros hasta el hospital de Oviedo”. Esta desolación alimentó los odios y los resentimientos de las poblaciones desatendidas y explotadas que tarde o temprano tenían que estallar y que solamente se podrían acallar cuando una situación de justicia substituyera las benevolencias paternalistas o el hábito limosnero.



Fachada del primitivo Sanatorio Adaro en Sama de Langreo.

Este sanatorio fue construido a principios del siglo pasado (1910-14) por iniciativa de Luís Adaro, ingeniero y director general de Duro-Felguera, con una capacidad de dieciséis camas y posteriormente, a partir de 1930 cuando se creó la mancomunidad sanitaria de empresas, se fue ampliando hasta las 200 camas que tenía en 1950. En esta adaptación a las exigencias de una cada vez mayor atención a mineros heridos procedentes de toda la cuenca hullera, jugó un papel determinante el ingeniero Antonio Lucio-Villegas que tanta vinculación guardó con la familia Vallina. Gracias a él la disponibilidad de la administración empresarial permitió a don Vicente adecuar y modernizar las instalaciones sanitarias a partir del momento en que tomó la dirección del sanatorio, después de una década de postguerra trabajando a las órdenes del doctor Julio Jolín, su predecesor en la dirección.

Para actualizar las técnicas y adecuarles las instalaciones don Vicente realizó varios viajes de estudio por los más acreditados centros europeos relacionados con la traumatología y la problemática laboral minera. En Inglaterra pudo conocer el trabajo de Holworth y de Nicoll, que coordinaban los hospitales mineros de su país; el segundo era autor de uno de los mejores trabajos mundiales sobre tratamiento de las fracturas de tibia, que no podía ser ignorado por nadie que se dedicara a la traumatología. En el Adaro aplicó lo aprendido y más tarde pudo mostrarles sus resultados cuando le visitaron tan renombrados especialistas. En Alemania visitó el hospital de Bochum, importante centro minero, donde eran atendidos unos 300.000 trabajadores, y recibió las enseñanzas de su director el doctor Burcle Delackum que aplicaba un modelo estricto de disciplina.

Fue a París para conocer en el Pabellón Ollier del Hospital Cochin el servicio de cirugía ortopédica y traumatología organizado por el profesor Robert Merle d'Aubigné, que en aquel momento era, con sus 200 camas, el más grande y mejor dotado de Francia y una de las más acreditadas escuelas de Europa. Allí descubrió la existencia de una unidad de quemados, que tan innovadora era entonces y que dirigía Raoul Tubiana, el gran patriarca de la cirugía plástica y reconstructora de la mano; éste a su vez había adoptado los tratamientos de los quemados implantados por Colson en Lyon y Vallina fue a visitarlo, llegando a un extraordinario acuerdo: dos ayudantes lyoneses se trasladaron al Sanatorio Adaro durante dos semanas para estudiar las posibilidades de instalar una unidad de quemados que atendiera a los heridos por grisú. Los responsables de las administraciones mineras comprendieron el alcance de esta propuesta y asumieron su coste elevado, que fue compensado con los resultados ya que al cabo de dos años de funcionamiento la mortalidad de los mineros con quemaduras por grisú se redujo un 50%. La administración decidió reinvertir en la mejora de las instalaciones el ahorro obtenido en indemnizaciones.

Del propio Merle d'Aubigné aprendió el tratamiento de las lesiones de los nervios periféricos y las posibilidades de las suturas diferidas resecaando los neuromas así como la conducta ante los trágicos casos de causalgia que en algunos enfermos podía llegar a incitar al suicidio. Una de las grandes experiencias del profesor eran las secuelas de traumatismos, cuyo tratamiento quedó expuesto en los libros llamados de Traumatismos Antiguos, que sus discípulos debíamos aprender al pie de la letra, y a ellos se refiere también don Vicente.

Otros centros que merecieron su atención plasmada en interesantes visitas fueron el dirigido por el doctor Schaffer en Edimburgo; el hospital de Lille en el noreste francés –centro de cuenca minera- donde permaneció unas semanas; uno de la cuenca del Rhur en el que se atendía una ingente población de mineros y en él pernoctó para poder ser llamado por el médico de guardia y estar presente en el tratamiento de las urgencias a cualquier hora. Aunque aparezca al final del relato la visita en Viena al Unfallkrankenhaus del profesor Lorenz Böhler no debemos olvidar que quizás ésta fue una de las más importantes de su vida porque entró en contacto con la planificación global de la traumatología llevada hasta los mínimos detalles con toda minuciosidad. La ingente obra de este maestro universal que ha marcado medio siglo de la especialidad europea fue expuesta en un principio en una pequeña monografía de inicios de los años treinta, después en un volumen importante, más tarde en dos volúmenes y finalmente la obra constaba de cuatro volúmenes en los años sesenta. El conocimiento de las pautas de Böhler llegó a todos los cirujanos españoles e hispanoamericanos gracias al trabajo no interrumpido de su único traductor el profesor Jimeno Vidal que marchó a Viena por encargo del profesor Trías Pujol y llegó a ser uno de los grandes discípulos de Böhler. Los métodos de esta escuela vienesa fueron incorporados a la cotidianidad en los tratamientos realizados en el Sanatorio Adaro, es decir, la traumatología conservadora tenía sus indicaciones preferentes. A la par quedó la amistad entre Vallina y Jimeno Vidal alimentada por las conductas paralelas siguiendo las enseñanzas del maestro común, que en el Sanatorio Adaro se podían comprobar al visitarlo y que no

todos los que decían “yo estuve con Böhler” lograron implantar con tanta fidelidad creando un servicio propio. Solamente se abrió una rendija en esta conducta y fue la introducción de los enclavados intramedulares de Kuntscher, que el propio Böhler también practicó y defendió; don Vicente conoció directamente a este pionero del enclavado y adoptó el método.

En la década de los sesenta el Sanatorio Adaro estaba alcanzando la plenitud de su modernización y ampliación a cargo de un cuadro médico de once miembros que cubrían las labores de dirección, traumatología, cirugía, cuerpo de guardia, oftalmología, radiología, anestesia y rehabilitación, y con la ayuda y colaboración de diez técnicos sanitarios, once camilleros y veintiséis monjas. El sanatorio tenía doscientas camas y disponía de dos ambulancias, laboratorio, instalaciones de radiología, dos quirófanos, una sala de esterilización, una unidad de quemados y un servicio de rehabilitación con gran gimnasio, piscina caliente cubierta y elementos de electroterapia. En estas instalaciones la vida hospitalaria discurría con orden y rigor desde primeras horas del día y empezaba a las siete de la mañana con el pase de visita a los heridos y proseguía en los quirófanos y en las salas de yesos; resaltemos que guardaba un horario fijado para la información diaria a la familia de los heridos. Los sábados por la mañana, cuando aún no se había establecido la llamada “semana inglesa”, se efectuaba el pase de visita general del equipo a los hospitalizados que era una auténtica sesión de docencia al comentar tratamientos, incidencias, pronósticos y soporte documental o bibliográfico de los problemas, como han recordado siempre sus alumnos más cercanos y predilectos los doctores José Manuel Antuña Zapico, que trabajó en el Sanatorio durante dieciséis años y con quien mantengo una sincera amistad, y Sergio Montes Mortera, que ayudó a don Vicente durante seis años y a quien debo mi nombramiento como miembro Correspondiente de la Sociedad Asturiana de COT.

En el Sanatorio Adaro tuvo don Vicente un colaborador adicto, discreto y silencioso desde el año 1950: el doctor Luís Donate Vigón le acompañó en el trabajo durante más de 40 años hasta la jubilación. Antuña Zapico le define como hombre de fidelidad inquebrantable, callado, magnífico cirujano y mejor compañero, una de las mejores personas que había conocido. Suplió a don Vicente durante sus múltiples ausencias por motivos de congresos o viajes de estudio tanto en el Sanatorio Adaro como en el Sanatorio La Salve, que era una clínica particular con despachos médicos, buen quirófano y diez camas de hospitalización. Aquí trabajaban a partir de las cinco de la tarde, cuando se había acabado la labor en el Sanatorio Adaro, y atendían a enfermos de distintas procedencias tanto locales como del resto de la península que no pertenecían a la Mancomunidad Sanitaria de las Empresas Mineras.



Fachada del Sanatorio Adaro después de las ampliaciones.

Las salas de hospitalización tenían una distribución adaptada a la gravedad, a las patologías y a las lesiones regionales. La confección de las historias clínicas era cuidadosa, contenía las hojas de curso y los controles radiográficos, y finalmente entraban en el archivo ya correctamente ordenadas y codificadas para que estuvieran disponibles para estudiar y elaborar trabajos basados estrictamente en la casuística acumulada; refiere su autor que alcanzaron los cien mil casos. Eran fruto del trabajo llevado a cabo atendiendo a una comunidad de 26.000 trabajadores y mineros que sufrían una morbilidad de 1.700 asistencias anuales en 1970 por

accidentes sobretodo debidos al grisú, a los barrenos, a las explosiones de vapor, a los derrumbes de carbón y a los aplastamientos entre topes. De ellos han procedido siempre los trabajos clínicos

que a lo largo de los años fue presentando el doctor Vicente Vallina, el cual solamente hablaba de su experiencia propia y de su criterio y gracias a ello gozaba de la máxima credibilidad ante su auditorio, que escuchaba con atención y respeto, satisfecho de conocer llanamente cómo hace las cosas y con qué resultado. Se había mantenido fiel a la expresión de Böhler que, cuando en una reunión se presentaban métodos de tratamiento que según él podían carecer del necesario refrendo de la experiencia, decía taxativamente "mis teorías son los números". Los más importantes trabajos que elaboró y expuso a partir de la experiencia vivida en el Sanatorio Adaro serán expuestos más adelante.

Don Vicente se sentía orgulloso de una experiencia quirúrgica –tremenda y emotiva historia la llama– que en su momento fue realmente excepcional y que solamente un equipo muy preparado podía llevar a cabo, por cuyo motivo la exponemos según su relato. En uno de los planos de la mina el bombero Logín (como le llamaba) y un ayudante estaban colocando un cable nuevo cuando súbitamente el carro se salió de los raíles y descarriló aplastando la cabeza del ayudante, que murió en el acto, y arrancándole a él el brazo en el arrastre de su cuerpo durante unos cincuenta metros. En el sanatorio fue atendido de urgencia por el doctor Antuña Zapico, cuyo padre era primo del herido, y a no tardar llegó don Vicente. Se pusieron manos a la obra para casi reimplantar el brazo que pendía de unos colgajos aún vitales y les llevó unas horas de meticuloso trabajo de reconstrucción y de estabilización interna con un implante; el herido fue inmovilizado con un enyesado tóracobraquial durante seis meses. Transcurrido este largo período empezó la recuperación funcional pero la desdicha hizo que el implante se rompiera y tuviera que ser recambiado. La consolidación se presentaba difícil y el doctor Vallina propuso al enfermo su traslado a un centro de Madrid para solucionar el problema, pero éste, Logín, se negó y le pidió que lo arreglara él mismo en quien tenía depositada toda su confianza. Esta tercera operación se llevó a cabo pues en el Adaro y duró varias horas y salió de quirófano con un brazo cinco centímetros más corto y una nueva osteosíntesis interna. Finalmente consolidó y volvió a recuperación funcional y se reintegró finalmente a un puesto de bombero en la mina, después de un tratamiento global de dos años; se trataba del brazo derecho de un minero diestro. Durante dieciocho años más trabajó en la mina y la funcionalidad de la mano le permitió tocar instrumentos musicales. A Logín le daba satisfacción que lo presentaran a eminentes médicos que visitaban el sanatorio como ejemplo de las posibilidades de reconstrucción de la moderna traumatología y entre ellos el paciente recuerda la exploración que le hizo el profesor Bastos Ansart cuando visitó el centro con ocasión de una reunión de especialistas organizada por don Vicente. La noche de la cena en el casino la esposa del profesor Bastos tuvo necesidad de ir al lavabo y cayó por la escalera con tanta desdicha que se golpeó en la cabeza y falleció al cabo de dos días.

La experiencia de don Vicente en la patología traumática minera fue muy valorada por el profesor Vicente Sanchís Olmos, que había creado un servicio especializado de cirugía ortopédica y traumatología en el Hospital Provincial de Madrid y que impartía cursos de postgrado a los que acudían jóvenes especialistas españoles para formarse y otros más maduros para reciclarse. Aquí en la década de los cincuenta invitaba a Vallina García para dar tres lecciones: traumatismos craneales, fracturas de la columna vertebral y fracturas de pelvis; la confianza en la calidad asistencia del Sanatorio Adaro llevó a Sanchís Olmos a enviarle en verano a algunos alumnos suyos para que completaran su formación.

FRANCISCO GARCÍA DÍAZ, MAESTRO Y AMIGO.

En la vida del doctor Vicente Vallina García jugó un importante papel la figura del doctor Francisco García Díaz con quien mantuvo una persistente proximidad, una profunda admiración como maestro y una relación amistosa. La vida les mantuvo cercanos en Asturias en los momentos duros de guerra,

en la participación profesional frente a problemas de traumatología laboral de difícil solución y en la elaboración de trabajos científicos compartidos. Son razones suficientes para esbozar unos apuntes biográficos basados en los momentos que frecuentemente compartieron, a los que don Vicente se refiere continuamente durante las entrevistas con De Ávila. Vaya por delante la afirmación de que don Vicente, que recorrió los centros médicos europeos más importantes y conoció a verdaderos maestros de la medicina y la cirugía, no encontró nunca quien lo hiciese mejor que el doctor Francisco García Díaz.

Nació el día 30 de enero de 1897 en la población asturiana de Santa Cruz de Mieres en el seno de una familia minera pues su padre había trabajado de capataz en una empresa Hullera. Fue a Madrid a estudiar medicina, recibió la ayuda de beca para su sostén y consiguió ganar una plaza de alumno interno por oposición de la cátedra de patología quirúrgica del profesor León Cardenal, que era hijo del profesor barcelonés Salvador Cardenal introductor de la cirugía antiséptica de Lister. A los 25 años regresó a su tierra y ganó por oposición la plaza de médico de guardia del Hospital Provincial de Oviedo en el que la calidad de su trabajo y su buena formación quirúrgica le permitieron alcanzar la jefatura de servicio de cirugía ortopédica y traumatología en 1933, cuando tenía tan solo 36 años. Tenía una amplia experiencia en cirugía general ya que había operado muchos bocios y practicado gangliectomías, toracoplastias, craniotomías. Consciente de la responsabilidad de una jefatura de especialidad defendió su tesis doctoral sobre "Resección-artrodesis de la cadera" y se esforzó en mejorar su formación acudiendo junto a acreditados maestros europeos, que podemos conocer por la aproximación biográfica que hizo el profesor Paz Jiménez el cual cita los siguientes: en Alemania, George Perthes (Tubingen), Bier (Berlín), Magnus (Bochum), Föester (Breslau); en Francia, Nové-Josserand (Lyon); en Italia, Vittorio Putti (Bologna); en Gran Bretaña, Seddon y Trueta (Oxford); en Austria, Lorenz Böhler (Viena); también llegó hasta los Estados Unidos para visitar la Clínica Mayo de Rochester.

El 6 de julio de 1935 formó parte del grupo de especialistas que fundaron en Madrid la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología bajo el impulso de los profesores Joaquín Trías Pujol, su primer presidente, y Manuel Bastos Ansart, su primer vicepresidente. En la fotografía emblemática de los fundadores descubrimos a García Díaz junto al borde de la mesa siendo el cuarto por la derecha. El primer congreso tuvo lugar en Barcelona en junio del año siguiente, pocas semanas antes de la sublevación militar del general Franco, y sus actividades cesaron durante la guerra civil y durante la guerra europea, y pudieron reemprenderse en 1947. García Díaz fue vocal de la junta de la Secot del período de 1951-53, bajo la presidencia de José María Vilardell, y Vallina García fue vicepresidente en el período 1955-58 siendo presidente Antonio Hernández-Ros.



El doctor Francisco García Díaz en 1970.

El inicio de la guerra civil le sorprendió como jefe en su hospital ovetense de zona nacional que fue cercada por las fuerzas republicanas, atrincheradas a una distancia de dos a tres kilómetros de la ciudad, entre cuyos médicos se encontraba Vicente Vallina, como referimos anteriormente al hablar de la guerra civil y del sanatorio Adaro. La defensa de los nacionales fue heroica y los cirujanos trabajaron con escasez de medios y sin interrupción, por cuya razón recibieron la Gran Cruz Laureada de San Fernando colectiva, entre ellos Francisco García Díaz; acabó la guerra con el grado de capitán de sanidad militar. Durante la contienda aplicó al tratamiento de las heridas y de las fracturas abiertas el que se denominaba método español, preconizado por Bastos y por Trías, que tenía vigencia en la sanidad de ambos bandos.

Su hospital quedó destruido y fue menester construir uno nuevo que recibió el nombre de Virgen de Covadonga y fue asignado a la red hospitalaria del Instituto Nacional de Previsión; fue complementado con el Centro de Rehabilitación que tan grande impulso dio a esta nueva faceta de la medicina desarrollada con la construcción de las Residencias de la Seguridad Social. García Díaz había sido nombrado en 1948 cirujano de la Caja Nacional de Accidentes y dicho cargo le proporcionó mayor experiencia en accidentes del trabajo y le acercó más al mundo casi monográfico de Vallina. La experiencia adquirida entre ambos sería el material utilizado para la ponencia presentada en el congreso de la SECOT de 1954 en Valencia que tanto influyó en la modificación de la legislación sobre accidentes de trabajo, siendo ministro del ramo José Antonio Girón de Velasco. Éste amplió a dos años el período de recuperación amparado por la Seguridad Social que hasta entonces era de un año.

Durante unos veinte años, nos recuerda Antuña Zapico, don Vicente se desplazó a Oviedo los jueves para asistir al servicio de García Díaz, que organizaba una sesión operatoria especial y otra de comentarios sobre las incidencias del trabajo realizado durante la mañana. La especialización del servicio de García Díaz en cirugía del aparato locomotor era fruto del acuerdo a que había llegado con el doctor García Morán, jefe del otro servicio quirúrgico, que se responsabilizó de la cirugía general y digestiva, y así ambos concentraban el mayor número de casos de sendas patologías. Esto ocurría en 1934 y era una conducta idéntica a la que adoptaron los hermanos Joaquín y Antonio Trías Pujol en el Hospital Clínico de la universidad barcelonesa: el primero especializó su cátedra en patología osteoarticular y el segundo en cirugía visceral. Esto sucedía en un momento en el que en las universidades europeas existían las cátedras de cirugía ortopédica, mientras que las españolas se mantenían en patología quirúrgica general. Uno de los ayudantes de don Vicente en el sanatorio Adaro fue el doctor Sergio Montes Mortera, que al cabo de seis años pasó a trabajar con García Díaz, y conocedor de ambos pudo decir: "Personalmente, como discípulo de los dos, puedo testificar que el afecto, el cariño y la compenetración entre ellos fue total y absoluta, como prueba evidente de su talante humano, de una categoría profesional y de su alto nivel científico" y a García Díaz lo llamaba "el maestro del maestro".

García Díaz publicaba sus trabajos en la revista de la Secot que se llamó en sus inicios, entre 1944 y 1952, Cirugía del Aparato Locomotor y cambió después por el de Acta Ortopédica-Traumatológica Ibérica, entre 1953 y 1956, y finalmente quedó en Revista de Ortopedia y Traumatología desde 1957. En el índice global encontramos dieciocho trabajos publicados entre 1944 y 1961 y los temas principales fueron la rehabilitación laboral (con Vallina García), los traumatismos vertebrales con afectación medular, las fracturas del extremo proximal del húmero, las artrodesis de cadera (con García Morán), las fracturas del cuello del fémur, la cadera parálitica, el tratamiento antibiótico de la tuberculosis osteoarticular y los enclavados endomedulares. De sus múltiples aportaciones destaca la designación de un proceso de Osteocondritis de Astrágalo, que fue presentado en la reunión de la Sociedad de Cirugía de París en 1928. Entre sus trabajos sobre cirugía general queremos destacar la ponencia que presentó en las Jornadas Médicas de Sevilla en 1945 cuyo título era "Tratamiento quirúrgico de los trastornos del sistema nervioso vegetativo", donde demostró que era un pionero en el conocimiento y en la práctica de una cirugía tan delicada y limitada a unos pocos como ésta, llamada comúnmente "cirugía del simpático", desde que el francés René Leriche empezó a difundirla. En trabajos de este calibre reconocemos la auténtica talla quirúrgica y científica del hombre y por tal razón esbozaremos algunos detalles de tan importante aportación.

Empieza su presentación centrándose en las posibilidades de actuación sobre el simpático y en la explicación acordada por Danielopolu (1923) para el mecanismo de sensibilidad visceral. Los estímulos dolorosos procedentes de las vísceras son captados y transmitidos por fibras de conducción sensible vehiculadas por el simpático y estas fibras tienen sus células de origen en la cadena ganglionar; las

prolongaciones centrífugas de estas neuronas sensitivas viscerales establecen sinapsis en el ganglio raquídeo con la neurona somática de su misma metámera, con lo que esta última actúa como eslabón interpuesto o "neurona intercalada". Reivindica que idéntico fenómeno había sido observado por el cirujano español Celestino Álvarez en 1897 cuando resecoó una tumoración de pared torácica posterior que infiltraba los espacios intercostales 7º, 8º y 9º y por la tracción ejercida durante la enucleación los correspondientes nervios intercostales fueron dislacerados y resecoados. La enferma padecía desde hacia 33 meses un síndrome doloroso epigástrico, con irradiaciones e intolerancia gástrica, y quedó libre de sus molestias hasta un control último de cinco años después. Álvarez denominó a esta técnica "conmoción del simpático por sección y elongación de los nervios intercostales" y la aplicó a 14 casos de enfermos ulcerosos con buenos resultados; refiere García Díaz que Martín Lagos la aplicó con resultados que confirmaban tal experiencia. El ponente prosigue con en el tratamiento de la hipertensión esencial mediante denervación simpática o bien operación sobre las suprarrenales, y con el de la angina de pecho mediante simpatectomía cervico-torácica o con extirpación del ganglio estrellado (método de Leriche); acaba la exposición terapéutica comentando las posibilidades en el tratamiento de la enfermedad de Raynaud, en la que las simpatectomías lumbares para las extremidades inferiores dan mejores resultados que las cervicotorácicas para las superiores. Refiere los resultados transitorios de las simpatectomías periarteriales y los buenos de sus 31 operaciones de gangliectomía lumbar. En accidentados atendidos en la Clínica del Trabajo practicó infiltraciones anestésicas del simpático con 10 a 20cc de novocaína al 1% sobre el ganglio estrellado en 107 casos (=535 infiltraciones) y sobre el simpático lumbar en 87 casos (=435 infiltraciones). Con aportaciones como éstas demostró García Díaz que era una de las personalidades más preparadas y actualizadas de la cirugía española y sobre todo de entre los que fundaron la SECOT. Falleció en Oviedo en 1977 a los ochenta años de edad.

LA CIRUGÍA EN LA GUERRA CIVIL.

Al cabo de medio siglo desde que empezara la guerra civil, con la política española en plena democracia parlamentaria y constitucional, se había alejado el espíritu de guerra y la división del pueblo se había suavizado por necesidad, aunque no se había olvidado el pasado que, al contrario, había condicionado toda la transición. La actuación de los médicos durante la guerra podía ser comentada sin temor, con independencia del bando en el que le había tocado vivirla a cada uno, contando incluso con viejos profesionales que habían ostentado graduación entre los vencedores o que habían sido silenciados por pertenecer a los perdedores. Con aquella intención el laboratorio Beecham publicó una monografía con la colaboración de veinticinco protagonistas de la sanidad militar en la guerra para dejar constancia de lo acontecido, con objetividad suficiente para hacer real el consejo de Claudio Sánchez Albornoz que aparece en el encabezamiento de la obra: "El historiador tiene el deber de no dejarse ganar ni por la saña ni por la hipérbole". Entre los llamados a dejar su testimonio en este precioso fresco histórico sobre la conducta de nuestros predecesores en época de lucha fratricida se encuentra don Vicente Vallina García, que tan valorado ha sido como testigo de tiempos aciagos que soportó de modo ejemplar.

La justificación de la obra corrió a cargo del doctor Domingo García-Sabell que desde un principio nos advertía de que las heridas parece que están restañadas, pero los hábitos de la contienda aún andan sueltos, verdad que se ha puesto de manifiesto en nuestros días al poner límites judiciales a los hechos del pasado en los que se puede o no hurgar. Afirmaba que esta guerra civil produjo atroces desgarros y sembró toda clase de desdichas físicas y morales, que España fue un enorme hospital y, en gran parte, un triste manicomio. En este entorno los médicos fueron adsorbidos por los agobiantes menesteres de otro combate: arreglo de los destrozos de la metralla, improvisaciones para atender a

los heridos a menudo con escasos medios, cuidados a los mutilados, atención a todos los sufridores de la guerra. De éstos nadie queda, todo ha desaparecido y ya no tenemos ante los ojos a quienes el combate o los ataques en la retaguardia dejó inermes, amputados, desvalidos, arruinados, y concluye "¡Tanto esfuerzo para tan triste resultado!". En la ritualización de la agresividad al prójimo la guerra se transforma en un rito de matar hermanos.

La actividad quirúrgica durante la guerra civil ha sido comentada al exponer el trabajo "profesional y bélico" de don Vicente a lo largo de la contienda. Al principio la ciudad de Oviedo quedó como zona nacional y fue rodeada por el ejército republicano, de manera que a poca distancia y en bandos opuestos estaban trabajando cirujanos muy conocidos entre sí, unas veces con vínculos de amistad y otras con relación de maestro y alumno, como sería el caso de García Díaz en Oviedo y Vallina García en Sama de Langreo. Las informaciones sobre sus actuaciones respectivas y las de otros equipos quirúrgicos de uno y otro lado del frente de batalla, revelan una unidad de conducta al tratar los heridos de guerra en Asturias. De igual modo, en los otros frentes durante los tres años de lucha encarnizada entre españoles, se dio la misma situación, como demuestran las diversas manifestaciones de cirujanos aportadas en la monografía de Beecham.

En todos los frentes existían unidades de acogida a los heridos a los que, una vez aplicados los primeros auxilios, se trasladaba a los hospitales base, que se encontraban cercanos al frente y eran cuatro: Hospital Provincial de Oviedo, Hospital de Gijón, Hospital de Avilés y Sanatorio Adaro de Sama de Langreo. En éstos la atención tenía que ser definitiva y posteriormente seguían siendo tratados y controlados, sin evacuaciones, por el mismo equipo médico que les operó de urgencias. Afirmaba Vallina que este tratamiento continuado es el más eficaz para los lesionados por su cualidad de no interrumpido, lo cual demostró con ejemplos muy evidentes de lo que acababa de afirmar.

Al que suscribe -decía- le sorprendió la guerra en el Sanatorio Adaro, como médico de guardia que era, y tuvo que hacer frente al tratamiento de todos los heridos que se producían desde los primeros momentos. Por un mes durante los inicios de la guerra Sama de Langreo fue la capital de aquella zona republicana donde estaba el Comité Provincial de Guerra. En Oviedo el Hospital Provincial, con la ciudad cercada, no tenía retaguardia mientras que en zona republicana los hospitales base sí la tenían y estaban alejados del frente unos treinta kilómetros, por lo que al cabo de una hora de iniciar la evacuación los heridos llegaban a ellos. Al relatar los tratamientos aplicados a las heridas y a las fracturas de las extremidades describe sistemáticamente los métodos de Böhler, las curas cerradas españolas y los lavados ideados por Carrel con líquido de Dakin. Los hospitales antes referidos se dotaron de los cuadros de madera para tracción y suspensión, los elevadores de cama en forma de escalera, las férulas de Braun-Böhler, poleas, cuerdas, pesas, tablas con caballete de soporte para la abducción de la extremidad inferior al borde la cama. Todo se puso en marcha tal y como Böhler lo ideó y sistematizó durante la primera guerra mundial en el hospital del Tirol, en la zona que los italianos recibieron como botín de guerra y que rebautizaron como Alto Adige.

El doctor Benigno Morán Cifuentes durante la guerra ejerció como cirujano en Gijón y vivió muy de cerca el asedio a Oviedo. Desde el principio -narra en su capítulo de la monografía- todos los elementos ofensivos se concentraron en el ataque a los cuarteles de Simancas, de Zapadores y de la Guardia Civil. En el Hospital de Caridad, donde recibían a los primeros heridos lo único que existía era carencia de medios, ni siquiera aparato de RX, y tuvo que reunir el comité del hospital, formado por miembros del Frente Popular, que pronto se dieron cuenta y comprendieron las necesidades de hacer frente a tan negro porvenir. En pocas horas pusieron a su disposición técnicos, mecánicos, soldadores, ebanistas, fundidores; abrieron la Escuela de Industrias y sus talleres y trabajando sin descanso produjeron en cantidad suficiente los elementos terapéuticos necesarios para los tratamientos de

acuerdo con los métodos de Böhler, es decir, marcos balcánicos y férulas de todo tipo según los planos y la plantillas que él diseñaba.

A lo largo de la monografía los antiguos cirujanos de guerra refieren la aplicación de los métodos de Böhler y de los yesos cerrados en las fracturas abiertas, que unos aprendieron en la Escuela de Sanidad Militar del Hospital de Carabanchel en Madrid y otros en la cátedra de Trias Pujol junto a Jimeno Vidal su profesor auxiliar en el Hospital Clínico o bien con Trueta en el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, en Barcelona estos últimos. Algunos reconocen que la experiencia de Bastos Ansart partía de la guerra del Rif en Marruecos -como nos narran Moral y Vallina-, donde coincidió con otro cirujano militar el capitán Trias Pujol. El doctor Mariano Zumel, exjefe de equipo quirúrgico del Ejército del Centro, fue alumno de Böhler en 1932 y nos explica con todo detalle el método español. Vicente Rojo, que fue ayudante de D'Harcourt y que estuvo en el frente de Teruel, recuerda el avance notorio que representó este método y dice que los cambios de yeso colocados directamente sobre las heridas eran como una prueba de fuego que obligaba a tolerar el aspecto y el olor que desprendían. El doctor Manuel Picardo Castellón había sido cirujano de guardia en el Hospital Provincial de Madrid y en el Hospital Clínico de San Carlos en el servicio del profesor León Cardenal, y en junio de 1937 recibió el nombramiento de cirujano jefe de equipo quirúrgico de la 11ª División destinada al frente de Madrid. Nos describe la formación de los equipos quirúrgicos y el personal que los constituían según la categoría de cada unidad, y a todos se les aconsejó aplicar la "Cura Española" -como él resalta- en vista de los buenos resultados y de lo práctica y cómoda que era la evacuación y los sucesivos traslados de estos heridos. El doctor Luís Mazo Burón fue requerido por la Cruz Roja de León para instalar un hospital de sangre en un asilo de ancianos y en él trató oleadas de heridos en sesiones quirúrgicas de hasta 36 horas seguidas, aguantando toda suerte de penalidades "porque fue necesario". Llegó a acumular un archivo de 35.000 historias clínicas que fueron destruidas por el fuego y recibió la inspección de un jefe de Sanidad Militar que, al ver los tratamientos con las curas ocluidas españolas le preguntó que donde lo aprendió, a lo cual respondió que en el Hospital Militar de Carabanchel, donde había trabajado durante siete años a las órdenes del profesor Bastos Ansart. ¡Siempre aparecen las raíces comunes!

Don Vicente Vallina ya había utilizado estos métodos en el Sanatorio Adaro con anterioridad a la guerra, aprendidos directamente de Böhler y de Bastos, pero durante la guerra civil fueron enseñados y recomendados siguiendo instrucciones del Ministerio de Sanidad del gobierno republicano. La ministra era Federica Montseny, que tenía 80 años cuando se publicó la monografía Beecham, y ella misma refiere en ésta que el ministerio fue creado en noviembre 1936 en parte para responder a la necesidad de dar cuatro carteras ministeriales a la CNT, que agrupaba a los anarquistas; fue la primera vez que existía un ministerio de sanidad español. En tiempos de guerra de él emanaron disposiciones sobre principios técnicos, clasificación y selección de heridos, y se organizaron cursos sobre tratamiento de heridos, camiones quirúrgicos y trenes hospital con quirófano. Los principios técnicos que se debían cumplir fueron:

- Que todo herido de guerra debe ser confiado lo antes posible a un cirujano competente.
- Que dicho herido debe ser operado en el plazo de tiempo más breve posible después de su herida.
- Que en el manejo de las heridas de guerra deben aplicarse todos los métodos y técnicas que la cirugía moderna pone a nuestro alcance.
- Que se hace recomendable, por ser mejor para el herido, que su tratamiento, hasta donde sea posible, sea hecho por el mismo cirujano.
- Que, desde el punto de vista médico, los heridos muy graves se considera que no se pueden evacuar.

A lo largo de la narración del doctor Vallina estos principios han ido aflorando y se demuestra que existía un consenso previo en su casi cumplimiento en el quehacer de los cirujanos cercanos

al frente. La clasificación de los heridos y su selección en los puestos cercanos al frente según la gravedad - tarea conocida con el galicismo de "triaje"- para su traslado a un hospital estableció que podían ser enviados al hospital tan solo:

- Los heridos penetrantes de vientre o con sospecha de serlo.
- Los heridos penetrantes de tórax.
- Los heridos de cráneo con cuadro de compresión o hemorragia.
- Los heridos de miembros con cuadro de shock o hemorragia.
- Los grandes quemados con shock.
- Los heridos con graves cuadros de shock o problemas respiratorios, como son los de cara y cuello.

En el Instituto Pedro Mata de Reus el ministerio puso a disposición del doctor Trueta salas para que en ellas se enseñaran los métodos de tratamiento de heridas y fracturas abiertas. En 1938 el profesor Rodolfo Matas de Nueva Orleans, que era hijo de una familia catalana de Mataró y que fue el padre de la cirugía vascular yanqui, realizó por encargo de la Sociedad de Cirugía del Sur (EUA) un viaje a su tierra catalana para que les informara sobre el tratamiento con el "método español". En la LII asamblea de dicha sociedad dijo que le había sorprendido cómo la herida, después de la limpieza quirúrgica, se mantenía limpia bajo el yeso con un simple taponamiento con gasas estériles, que en los últimos períodos al abrir el yeso se olía una pestilencia nauseabunda, pero que todo el pus se podía eliminar con un lavado de agua estéril templada y entonces la herida presentaba un estado de granulación magnífico.

LAS PUBLICACIONES.

Los trabajos publicados por el doctor Vallina son el fiel reflejo de la complejidad de las lesiones en muchos mineros accidentados que llegaban al Sanatorio Adaro y la resultante de la pormenorizada recogida de datos con que fueron rellenadas las historias clínicas de su voluminoso archivo. El material publicado apareció hace medio siglo y corresponde a las historias de accidentados elaboradas entre las décadas de los años treinta, cuarenta y cincuenta; situando a don Vicente en su tiempo las publicaciones que glosaremos son fruto de la labor ingente de un pionero. Seleccionamos las más importantes y las exponemos siguiendo el orden cronológico de aparición; coinciden con los temas que él dominaba casi en exclusiva en el panorama de la traumatología española de su época, por cuyo motivo el doctor Sanchís Olmos le invitaba para que los expusiera en los cursos de su servicio especializado del Hospital Provincial de Madrid.

Tratamiento de las fracturas de la pelvis (1953, 8 páginas)

La experiencia en estas lesiones en los accidentes mineros alcanza a 80 casos, procedentes de los archivos de Vallina García y de García-Díaz entre 1945-1951, lo que da una incidencia de 13 casos anuales durante el período referido. Dividen su exposición en tres tipos: Fracturas-luxaciones de Malgaigne, Fracturas del acetábulo y Fracturas únicas del arco anterior; fallecieron cuatro pacientes por la gravedad del accidente, mortalidad que es del 5%.

Fracturas-luxaciones de Malgaigne: Es el grupo más importante por la gravedad de las lesiones; excepto uno los demás reanudaron el trabajo habitual de las minas al cabo de un plazo de seis a nueve meses. En diez existía luxación sacro-ilíaca, en cinco disrupción del pubis, en uno luxación de cadera; lo habitual es el ascenso de la hemipelvis fracturada. El mecanismo de producción se explica teniendo en cuenta la estrechez de las galerías y el escaso espacio que queda entre sus paredes y el tren, de manera que el minero queda apesado entre ambos elementos y a su cuerpo se le imprime un movimiento de rotación que aplasta la pelvis. La edad de la casi totalidad de estos mineros se

encontraba entre los dieciséis y los veintitrés años. El tratamiento seguido fue siempre el de Böhler, de extensión continua sobre la extremidad correspondiente a la hemipelvis ascendida, asociada a hamaca pélvica suspendida. Todos tuvieron un buen resultado y en la revisión todos trabajaban en su oficio habitual.

Fracturas del acetábulo: Son fracturas articulares de la cadera y los autores hacen tres subgrupos; a) fracturas del borde del cotilo, que pueden complicar luxaciones coxofemorales y en las que empieza a dominar el criterio intervencionista con osteosíntesis atornillada; b) fracturas lineales del fondo acetabular, de pronóstico favorable; c) fracturas del fondo acetabular, que son de pronóstico sombrío por las secuelas incapacitantes que siempre se aprecian.

Fracturas únicas del arco anterior: Fracturas únicas del arco anterior: Son de pronóstico tan favorable que todos han sido recuperados y han reanudado su oficio en un plazo medio de tres meses.

Tratamiento de los quemados. (1959, 22 páginas).

Organiza una unidad de quemados siguiendo el ejemplo de Merle d'Aubigné y Tubiana en París y de Colson en Lyon, para solventar el problema de su alta mortalidad cuando eran tratados y cuidados por profesionales bisoños y personal subalterno. Aconseja simultanear siempre el tratamiento general y el local, ya que ambos están totalmente relacionados entre sí, constituyendo "la enfermedad de los quemados". Sentó estos principios:

Primero: Las muertes en las primeras 48-72 horas se deben a los grandes disturbios plasmocelulares.

Segundo: Una vez restaurado el equilibrio hemodinámico el tratamiento tiene como fin principal substituir la piel quemada por otra sana y viviente.

Tercero: A mayor tiempo transcurrido mayor dificultad para conseguir tal fin.

Cuarto: En las quemaduras que no afectan todo el espesor de la piel la regeneración puede ser espontánea.

Quinto: En las quemaduras de todo el espesor hay que actuar con rapidez y eliminar la escara, porque el organismo se agota.

En la fisiopatología del quemado la plasmorragia juega un papel determinante y en las quemaduras extensas las reservas plasmáticas quedan exhaustas. Calcula la extensión según el esquema de Berkow o "regla de los 9" y valorando extensión y profundidad afirma que la extensión mata en los primeros días y la profundidad en las primeras semanas o meses. Para reconocer la vitalidad de la piel o sus vestigios aconseja la exploración del territorio quemado con la punta de una aguja en busca de una sensibilidad delatora. Describe el gran movimiento de líquidos hacia las zonas quemadas y los fenómenos de hipovolemia, hemoconcentración y la destrucción de hematíes, que son la antepuerta del shock y de la aparición de anoxia tisular y fallo renal. De su experiencia deduce que el shock en el quemado se puede presentar como forma latente, forma reversible y forma irreversible.

Establece normas de conducta para el tratamiento, como son la evacuación rápida sin desnudarlo sino envuelto en sábanas, limitar la administración de morfina que aumenta la anoxia y traslado rápido al sanatorio para iniciar el tratamiento global. A su llegada se preparará una habitación caliente y desnudo se envolverá en sábanas estériles. Bajo sedación anestésica se practican el balance lesional y la limpieza quirúrgica, se transfunde sangre y plasma así como otros líquidos, tales los coloides, se mantiene dieta total durante 2-3 primeros días, se practica traqueotomía si hubo quemadura respiratoria; la alimentación puede precisar de sonda nasogástrica. Comenta que la llama del grisú es fugaz, su temperatura puede alcanzar los 1500 grados y su duración solo es de una fracción de segundo; con frecuencia existe ignición de polvillo de carbón que es responsable de más serias quemaduras y de la afectación respiratoria..

Una vez limpiada la piel aconseja el tratamiento desnudo con exposición al aire a temperatura de 25 grados; se observa al cabo de tres semanas el desprendimiento de la escara y si no tenía extensión profunda debajo aparece piel epidermizada. Para las manos utiliza férulas posturales, baños en cubetas con SSF caliente y ejercicios activos y pasivos de las articulaciones. Nos relata los enormes beneficios de las bañeras calientes que descubrió al visitar la unidad de Tubiana en el Hospital Cochin de París. En los casos de lesión profunda preconiza la excisión de las escaras y el recubrimiento de las superficies cruentas con injertos de piel, porque sino las pérdidas de sangre y de líquidos de los tejidos pueden abocar al shock. Dice que cuando se ha tapado el agujero del cántaro roto las transfusiones surten sus efectos. En las lesiones limitadas pero muy profundas de las extremidades con lesión muscular hay que recurrir a veces a la amputación. El autor analiza treinta casos de quemados graves tratados siguiendo estas pautas y la mortalidad no rebasa el 10%.

Problemas que plantean los grandes traumatizados. (1965, 43 páginas).

Se trata del más voluminoso de sus trabajos dedicado al proceso de mayor dificultad en la traumatología, causante de un tercio de muertes de los lesionados antes de llegar al hospital. Lo dedica a su amigo y maestro el profesor García Díaz como prueba de admiración, cariño y gratitud.

Define el concepto de politraumatizado y expone las medidas que deben adoptarse en su recogida y la dotación personal y material de las ambulancias para aplicar una venoclisis, una sonda nasogástrica, una sonda urinaria, dejar expeditas las vías respiratorias altas y taponar una brecha torácica. Describe cómo deben ser los hospitales para traumatizados y su plantilla médica permanente bajo la dirección básica del traumatólogo responsable, porque el enfermo no puede ser tratado por una comunidad.

El capítulo sobre exploración, inventario de las lesiones y orden de preferencia de atención de las mismas es muy detallado y docente. Para las actuaciones en el sanatorio tiene establecidas seis preferencias: 1º mantener libres las vías respiratorias ; 2º cerrar un tórax abierto ; 3º establecer un drenaje cerrado en caso hemotórax o neumotórax a tensión ; 4º cohibir la hemorragia interna o externa ; 5º evacuar un hematoma epidural o subdural y 6º inmovilizar los miembros fracturados; se trata de un orden de prioridades y se complementa con el cuando y el cómo se debe practicar una traqueotomía.. Narra sus experiencias sobre shock traumático y hemorragias y establece un orden de exploración para descubrir las lesiones y ordenarlas según su prioridad terapéutica, sean de cráneo, de tórax o de abdomen, o bien osteoarticulares de pelvis y de extremidades o del raquis. Lo ilustra con casos clínicos seleccionados de su archivo con iconografía abundante. La embolia grasa y el fallo renal agudo de tipo postraumático son objeto de detallado estudio fisiopatológico para justificar su tratamiento.

En el capítulo de tratamientos expone lo que ha hecho para las lesiones de cada región anteriormente citadas, con técnicas variadas que están a su alcance debido a su capacidad quirúrgica para llevar a cabo craniotomías, toracotomías, laparotomías, reparaciones diversas viscerales y osteoarticulares. Este tipo de cirujano traumatólogo ha desaparecido de los grandes hospitales donde los cirujanos generales o digestivos y los ortopédicos y traumatólogos se arropan en el cirujano de guardia de cada especialidad.

Experiencia obtenida del tratamiento de 400 casos de fractura del cuerpo vertebral.(1967, 33 páginas).

En esta amplia serie, que es la mayor de la literatura española de su tiempo, cincuenta pacientes presentaban lesiones vértbromedulares. Para decidir el tratamiento en cada caso de fractura hay que concretar el criterio de estabilidad y la exploración radiográfica necesaria para descubrir los casos inestables, que vienen dados por la configuración anatómica de las vértebras. Aconseja ser cauto

ante casos inicialmente estables pero que más tarde pasan a ser inestables, y nos explica el papel que desempeña el disco intervertebral y su importancia en las formas anatómicas y evolución de las fracturas vertebrales.

En las fracturas estables con escasa lesión anatómica, de menos de un tercio de acúñamiento vertebral, indica el tratamiento funcional, que dista mucho de ser un simple reposo en cama, ya que por el contrario tiene por misión el convertir los músculos de las gotieras vertebrales en verdaderos tutores y tirantes o férulas activas que impidan toda agravación anatómica. Se tiene que conseguir con la práctica sistematizada de los ejercicios activos bajo el adiestramiento de un competente monitor durante un mes en el lecho y sin cargar sobre el cuerpo vertebral fracturado.

Las lesiones inestables se exponen en dos grupos según sean fracturas sin o con afectación neurológica. En las primeras practica reducción en hiperextensión seguida de un corsé de yeso durante unos cinco meses con ejercicios activos de los músculos espinales y abdominales, pero excluye de este método las raras fracturas por hiperextensión, las que presentan enganche de las apófisis articulares, las conminutas con invasión del canal medular y las espondilolistesis traumáticas. De entre las fracturas sin afectación neurológica solamente opera las fracturas-luxaciones con enganche de las apófisis articulares y completa la reducción operatoria con artrodesis mediante injertos paravertebrales y osteosíntesis con placas. Durante la reducción es imperativo que un ayudante controle continuamente la sensibilidad en las extremidades inferiores y los movimientos de los dedos. Cuando existe un componente moderado de afectación neurológica por posible compresión medular cree oportuno explorar el espacio raquídeo por si existe un fragmento de disco o de muro posterior proyectado.

Las fracturas-luxaciones con paraplejía se producen en el 20% de su estadística y su diagnóstico es clínico y radiográfico; la experiencia enseña que si el parapléjico no demuestra en los primeros momentos ninguna sensación a la aplicación de fuertes estímulos la lesión es definitiva. El tratamiento de mayor predicamento es el de Guttman mediante control postural en cama con almohadas y rehabilitación programada según patrones adaptados a los cuadros lesionales. La laminectomía seguida de artrodesis con osteosíntesis tiene indicaciones limitadas, confiando en que si bien la médula no se regenera en cambio las raices se comportan como los nervios periféricos. Fruto de su experiencia concreta en seis situaciones precisas esta indicación quirúrgica. En las paraplejas por compresión medular la liberación operatoria solamente da resultado si se practica antes de las veinticuatro horas. Finalmente se refiere a los casos especiales de lesión cervical a los que aplica tracción continua craneal con el compás de Crutchfield y más tarde los artrodesa y fija por vía posterior.

Esta pormenorizada exposición de las lesiones vertebrales y medulares acaba con veinte conclusiones que el análisis de su dilatada casuística le permite deducir para orientar el tratamiento y adaptarlo a los diferentes tipos lesionales.

Síndrome de aplastamiento. (1968, 53 páginas).

La Sociedad de Cirugía encargó esta ponencia al doctor Vallina para el congreso de Barcelona y la elección recayó en él porque era uno de los pocos cirujanos, sino el único, que tenía experiencia en las consecuencias del enterramiento de mineros por desprendimiento y hundimiento de tierra y carbón, el llamado derrabe. Los primeros casos del síndrome se dieron en Barcelona durante los bombardeos que el bando nacional ordenó para desmoralizar a la población, frente los cuales solo cabía la defensa de los mil refugios subterráneos que se construyeron siguiendo el modelo del ingeniero municipal Ramon Perera, que al acabar la guerra fue captado por los ingleses al igual que Trueta y que Duran Jordá, el organizador del primer banco de sangre con transporte al frente; en un principio se habló de shock misterioso. Al desencadenarse la segunda guerra mundial se reanudaron

los bombardeos sobre población civil, esta vez en Londres, y al final de ésta el Medical Research Council había contabilizado un centenar de casos del síndrome de aplastamiento, ya mejor conocido, gracias a los estudios de Bywaters (1941). Al principio recibió nombres varios como edema traumático, anuria traumática, uremia traumática, "crush kidney", necrosis tubular y necrosis muscular isquémica según Bywaters (1953). Para éste durante los bombardeos muchos casos pasan inadvertidos debido a las complejidades lesionales; hasta la guerra del Vietnam no volvieron a publicarse revisiones del síndrome a cargo de cirujanos militares.

En la vida civil los casos son limitados y las publicaciones corresponden en su mayoría a accidentes mineros de las cuencas británicas, con casuísticas de un caso, dos casos, tres casos, siete casos y ocho casos, en cinco trabajos respectivamente. La casuística del doctor Vallina, procedente del Sanatorio Adaro, es de ocho casos, es decir, como la que más entre las que revisó antes citadas; eran mineros que habían permanecido sepultados entre tres y doce horas. Después de esta introducción general describe el cuadro clínico del síndrome de aplastamiento siguiendo los estudios de Bywaters después de la guerra mundial y de Stuart Weeks después de la guerra del Vietnam. Acto seguido expone uno a uno sus ocho casos, demostrando el profundo estudio a que fueron sometidos, el control y las exploraciones y el tratamiento; dos fallecieron y seis se salvaron, uno de ellos gracias a la diálisis peritoneal en el Hospital General. Según su experiencia y la revisada, de los casos graves un tercio se recupera y dos tercios fallecen.

La descripción clínica va seguida de una profunda y meticulosa exposición de la anatomía y fisiología del riñón, la estructura y función de la nefrona, el filtrado glomerular, la estimulación simpática de los riñones y la resorción tubular. Aquí demuestra don Vicente los profundos conocimientos de fisiopatología quirúrgica que había acumulado, poco frecuentes entre nuestros especialistas, y prosigue con la descripción de la anatomía patológica, en la que distingue entre lesiones comunes a varios procesos y lesiones propias del síndrome de aplastamiento. La lesión común básica es la necrosis tubular aguda, con alteraciones glomerulares, presencia de mitosis por regeneración epitelial, rotura de membrana basal o tubulorrexis, establecimiento de vasos directos entre las ramas aferente y eferente entre muchos glomérulos yuxtacorticales; éstos últimos forman parte del trabajo de Trueta que describió definitivamente la circulación renal, su mayor aportación científica a la fisiopatología quirúrgica. Las lesiones específicas del síndrome serían el daño glomerular, el intenso catarro del túbulo proximal, los cambios degenerativos del segundo túbulo contorneado y su obstrucción por pigmentos intratubulares de mioglobina, liberada desde los músculos aplastados a partir del momento en que se elimina la compresión que bloqueaba la circulación de la extremidad. El autor estudia y revisa los conocimientos sobre la necrosis muscular por aplastamiento, la producción de la mioglobina y el mecanismo de la nefrosis hemoglobinúrica.

Para explicarnos el complejo mecanismo de instauración del síndrome de aplastamiento el doctor Vallina pone al día los conocimientos adquiridos con su casuística y con la revisión bibliográfica meticulosa y exhaustiva, llegando así a establecer unos criterios sobre la patogenia:

- el daño renal provocado por la hemoglobinuria y la mioglobinuria parece depender de la precipitación de cilindros pigmentarios dentro de los túbulos renales.
- esto es más verosímil que ocurra con las orinas altamente concentradas de la oliguria.
- la oclusión de la arteria principal de un miembro durante varias horas produce los mismos efectos que el aplastamiento.
- parece lógico atribuir el fenómeno del síndrome de aplastamiento a una persistente isquemia renal con una degeneración tubular como resultado de la isquemia.
- el fracaso renal en el síndrome es debido a la coincidencia de una isquemia renal vasoconstrictiva con mioglobinuria.

- la lesión renal más importante es la del epitelio de los túbulos por acción de una sustancia tóxica, un producto molecular de la precoz desintegración intermedia de las proteínas musculares.
- a este factor responsable se le denomina como “muscle shock factor” o M.S.F.

La ponencia concluye con la exposición de los medios terapéuticos aconsejables a tenor de los conocimientos de la fisiopatología del síndrome, que en su día estaban en manos de las unidades de cuidados intensivos y de los nefrólogos encargados de la diálisis peritoneal y de la hemodiálisis.

Valoración de los signos clínicos en los traumatismos craneoencefálicos. (1969, 13 páginas).

En el “Libro Homenaje” dedica don Vicente Vallina este capítulo al profesor Bastos Ansart, con quien compartió las horas más angustiosas de su vida, las que precedieron la muerte de su esposa a causa de una caída por las escaleras, la noche de la cena de gala con motivo de su visita al Sanatorio Adaro. Sobrevino el óbito a consecuencia de un “Traumatismo Craneoencefálico”.

La evolución de las técnicas de exploración y de operación han hecho que los traumatismos craneoencefálicos pertenezcan actualmente al campo de la neurocirugía. No obstante la justa valoración de la semiología puede poner al alcance del traumatólogo unas indicaciones terapéuticas generales que resuelvan, en la mayoría de los casos, las graves situaciones representadas por los síndromes compresivos intracraneales. Pretende dar a este capítulo un matiz marcadamente práctico que refleje la experiencia del Sanatorio Adaro, ateniéndose a la verdadera realidad de los problemas vividos.

Dando muestras de conocimientos sobre fisiopatología nerviosa, poco comunes en un traumatólogo, estos traumatismos que divide en cerrados y abiertos, son descritos de forma muy pedagógica. Comienza por analizar los cerrados en función de la semiología general, local, vegetativa y nerviosa:

- Síntomas generales. Según el estado de conciencia distingue las situaciones de coma, conmoción funcional, semicoma, estado confusional y lúcido. Hay que conocer en todo momento las variaciones del estado de conciencia y sobretodo el importante “intervalo lúcido” que si se presenta justifica la rápida intervención por hematoma intracraneal.
- Síntomas locales. Se trata de hematomas subcutáneos, hundimientos, crepitaciones, tumefacciones; deben controlarse las equimosis tardías.
- Signos vegetativos. Con intervalos horarios deberán controlarse el pulso, la bradicardia y la taquicardia, la respiración que puede ser disneica, la presión arterial, la presión del líquido cefalorraquídeo por punción lumbar y la temperatura.
- Síntomas nerviosos. La exploración de los pares craneales será meticulosa uno por uno; en las extremidades se explorarán tono muscular y reflejos; se prestará atención al control de esfínteres; con movimientos pasivos se conocerá el grado de plasticidad o resistencia, la hipertonía o bien la parálisis flácida monopléjica o hemipléjica.

Es muy importante saber descubrir la presencia de edema cerebral, que puede ceder con tratamiento médico o, si fracasa éste, precisar de una trepanación. La punción lumbar y el estudio el líquido en el laboratorio pueden ser determinantes para el diagnóstico de la otra causa compresiva, la hemorragia subaracnoidea. Expone con maestría la correlación entre las lesiones anatomopatológicas y la clínica en los traumatismos cerrados comatosos y afirma que en ellos encuentra mayores sorpresas que en el abdomen agudo: cuidado con las lesiones por contragolpe en el lado opuesto al sitio del impacto; hay hematomas extradurales originados por rotura de la meníngea media o una de sus ramas, pero también por lesiones venosas; variantes en forma y evolución de una licuorragia; lesiones encefálicas que se producen sin la más mínima lesión ósea.

El capítulo final de este sabio artículo corresponde a los traumatismos abiertos en los que, salvo raras excepciones, la intervención quirúrgica se impone por sistema fuese cual fuese el estado del sensorio. La intervención tiene por fin cohibir la hemorragia, practicar la limpieza quirúrgica del foco, evitar la compresión, extraer los cuerpos extraños, prevenir la infección y procurar transformar el foco en cerrado. Las brechas encefálicas con salida de sustancia cerebral se deben tratar con extirpación de toda la masa mortificada, hemostasia con clips y reparación de la duramadre mediante plastia para cerrar el defecto. En las brechas óseas, después de la esquirolectomía, repara la pérdida mediante el tipo más adecuado de cranioplastia.

LA REHABILITACIÓN LABORAL.

En el transcurso de la presidencia del doctor José-Tomás López Trigo se organizó en Valencia el V Congreso de la SECOT en el año 1954. La primera ponencia fue leída en la Facultad de Medicina por los doctores Francisco García Díaz y Vicente Vallina García y llevaba por título "El problema de la rehabilitación laboral en los accidentados de trabajo, especialmente los mineros. Su trascendencia social y económica". Eduardo Jordá, historiador de estos acontecimientos en el libro "75 aniversario SECOT", narra que las conclusiones que se extrajeron, cuyos párrafos fueron ratificados uno por uno con ligeras modificaciones, pusieron de manifiesto la necesidad de que las especialidades de traumatología y ortopedia fueran ejercidas en centros y por personal idóneo, tal como se realizaba en otros países. Se solicitó la creación de servicios de cirugía ortopédica y traumatología en todos los hospitales provinciales y, al menos, el estímulo para la de centros de rehabilitación públicos y privados; se consideró también mejorar la organización y el funcionamiento del Centro Nacional de Inválidos, así como mejorar, organizar y prestar la ayuda económica necesaria a centros de reeducación y rehabilitación ya existentes. Además se aconsejó la modificación de la vigente Ley de Accidentes de Trabajo para declarar obligatoria la práctica de tratamientos de rehabilitación en todos los casos en los que médicamente se considerara que se había de obtener un beneficio para la capacidad laboral de los lesionados, creando además los organismos que dictaminaran acerca de tal extremo, así como en lo concerniente a la duración del plazo de incapacidad laboral. Concluye Jordá que estas conclusiones se aprobaron por unanimidad y se elevaron a la Jefatura del Estado. Añadimos que el ministro de trabajo, don José Antonio Girón de Velasco hizo posible que tales peticiones fueran realidad.

Volvamos al contenido de la ponencia que desencadenó tal unanimidad, en la que sus autores desplegaron toda una muy larga experiencia vivida codo con codo en el ámbito arduo de los accidentes laborales. Así entenderemos cómo llegaron a la perentoria necesidad de plantear al Estado modificaciones de la legislación. En su preámbulo reconocen que no existen en los inicios de la década de los cincuenta aportaciones en las que se aborde el aspecto puramente doctrinal de la rehabilitación; confiesan sin rubor que en el trabajo se pretende despertar en sectores de opinión lo más amplios posible la inquietud por una urgente reorganización del actual sistema asistencial de los accidentados. El trabajo ocupa 65 páginas de la Acta Ortopédica-Traumatológica Ibérica (nombre de nuestra revista en aquellos años), pero los autores dicen que han redactado el trabajo con el deliberado propósito de hacerlo corto, la única posibilidad a nuestro alcance de quedar de alguna manera incursos en la sentencia de Gracián cuando afirma que "Lo breve, si bueno, dos veces bueno".

Definen el concepto de rehabilitación, hace ya sesenta años, como el proceso en que se resume la aspiración de restaurar al individuo, episódicamente menoscabado en sus posibilidades, a un estado equivalente en el cuádruplo aspecto: mental, físico, social y económico, al que disfrutaba antes de contraer la enfermedad o de sufrir un episodio traumático. Se complementa con los esfuerzos terapéuticos para disminuir la importancia de las secuelas finales y para reducir a la par el lapso de

tiempo entre el momento del accidente y aquel otro en que el interesado consigue reintegrarse a un trabajo productivo. Los centros de rehabilitación los dividen en tres tipos: primero, los talleres que pueden disponerse en la propia fábrica, con máquinas adaptadas a la capacidad del lesionado y con tratamiento ambulatorio; segundo, los que enseñan nuevos oficios a quienes tienen secuelas irreversibles que les hacen ineptos para el trabajo que desempeñaban pero que conservan lo que se llama "posibilidades de rendimiento latentes", aquellas que permiten a un hombre de coraje llegar a recalificarse en un nuevo puesto de trabajo; tercero, son centros destinados a readaptar y endurecer lesionados en principio recuperables, llamados a desempeñar de nuevo su primitivo y rudo trabajo, y en ellos se trabaja en régimen de internado, en conexión estrecha con el hospital. Adelantándose en el tiempo describen los componentes necesarios en cada tipo de centro, tanto en dotación material como profesional.

La etapa inicial de un lesionado es la de reparación anatómica y para que se pueda llevar a cabo en las mejores condiciones es preciso disponer de un centro de traumatología que cubra las diversas contingencias lesionales de los accidentados, es decir, que disponga de los diversos especialistas que puedan ser exigidos para la asistencia, pero bajo la batuta unificadora del traumatólogo. En esta reorganización priman tres exigencias: concentrar los casos hasta entonces dispersos en servicios de cirugía general; conseguir una unidad de control; proporcionar continuidad en el tratamiento desde el accidente hasta la reintegración al trabajo. Apoyan estos asertos con estadísticas de Böhler, que aplicándolos en su Unfallkrankenhause logró disminuir a un 70% el valor de las incapacidades residuales y con las economías obtenidas en 124 casos pudo tratar casi gratuitamente los restantes a lo largo del año; además consiguió rescatar para la producción un insospechado contingente de accidentados. Dedicar un capítulo a exponer el tratamiento funcional de las fracturas en las lesiones vertebrales y en las de calcáneo, siguiendo a Magnus, a Nicoll y a Gosset; precisan las indicaciones según su criterio y reconocen que a menudo no existe correlación entre los resultados anatómicos y los funcionales.

Las posibilidades de rehabilitación están interrelacionadas con los variados aspectos psíquicos de los accidentados; el estado de salud y de enfermedad no son entidades tan distintas que quepa diferenciarlas con nitidez. Hay que prestar atención a los aspectos somático, psíquico, social y económico para lograr un enjuiciamiento global del traumatizado y sus circunstancias, que constituyen lo que los anglosajones denominan "personalidad pretraumática". Para los ponentes juegan un papel preponderante los factores extrínsecos, que agrupan en tres grandes secciones: a) reacciones tendentes a la supervivencia; b) reacciones que se esfuerzan por asegurar la subsistencia; c) reacciones de indolencia.

- a) Los accidentes mineros se viven como catástrofes y tienen repercusión en la cuenca, de manera que se sufren en colectividad. La retirada y el traslado de las víctimas desde la profundidad solo se consiguen tras denodados esfuerzos y a veces determina reacciones instintivas de pánico.
- b) En accidentes menos dramáticos que vulneran la integridad física del obrero aparece una reacción de ansiedad, tendente a asegurar la subsistencia del lesionado y de quienes de él dependen. Salvada la vida la pregunta es ¿cómo quedará? Aconsejan liberar al traumatizado del ambiente familiar donde se ahondará el interrogante y recibirá sugerencias malévolas sobre obtención de beneficios pecuniarios; este ambiente milita casi siempre en contra del retorno precoz del accidentado a una situación de actividad.
- c) La creación de establecimientos de rehabilitación laboral reduciría a cifras exiguas las reacciones de indolencia. Se viven casos en los que el accidentado no desea una recuperación laboral, porque de una forma u otra quiere beneficiarse de la Ley de Accidentes del Trabajo.

En la comparación de las incapacidades temporales medias de ciudadanos no asegurados, de una parte, y de obreros asegurados, de otra, la prolongación del tiempo de recuperación en el último grupo es bien notoria.

Con valentía, necesaria en este momento de la exposición, reclaman poner en marcha los recursos al alcance de la Sociedad frente a la interpretación abusiva de sus concesiones. La legislación de accidentes, sin las modificaciones que se sugerirán, puede acarrear consecuencias desastrosas en el orden económico y social.

Ya que ellos han trabajado con lesionados de las minas de carbón de hulla son conscientes de que este elemento ha permitido el desarrollo de la metalurgia del hierro y la aparición de la máquina de vapor, con su tiránica soberanía sobre toda la industria. El combustible sólido sustituye a la madera y la hulla cruda se sustituye por la hulla tostada que no altera la fundición: el cok. Junto a los pozos mineros crece una cuenca humana con aglomeraciones urbanas, tierras de labrantía pasan a ser zonas industriales, surgen redes y centros de comunicaciones y multitud de industrias auxiliares que absorben mano de obra abundante. Para precisar la siniestralidad en las minas clasifican por categorías los trabajos de su interior y nos los explican, y así relacionamos mejor la peligrosidad de cada uno. Son: porteadores, picadores, ramperos, barrenistas, guieros, vagoneros, caballistas, entibadores, camineros, tuberos, embarcadores, embarcadores señalistas, bomberos y pinches. Dan los porcentajes de siniestralidad anual de cada categoría, que en los picadores es del 110% y en los embarcadores del 24%; la siniestralidad media anual es de 72% sobre la plantilla obrera de interior; el promedio de días de baja por accidente fue de veinte días.

Durante el período 1947-1951, 9.316 accidentados del trabajo españoles quedaron con secuelas que les incapacitaron permanentemente y murieron en el accidente 5.704 obreros. Con estas cifras a la vista se hacen las siguientes preguntas, que incluso tienen alcance político:

¿Todos los que fallecieron estando ya sometidos a tratamiento y los que quedaron inútiles, lo han sido desde todo punto de vista inevitablemente?

¿Se viene prestando en España la debida atención a tan trascendental problema?

¿Podemos comparar nuestra organización en materia de accidentes del trabajo con otras organizaciones sanitarias nacionales, tales como la lucha antituberculosa?

El haber visitado países donde disponen de organizaciones casi perfectas en tal sentido, les hace ver más claramente los fallos de la nuestra y las consecuencias de los mismos al poder comparar los resultados. Entre los fallos de la asistencia comentan ampliamente los de la Primera Asistencia, los de la Organización Hospitalaria y los de Centros de Rehabilitación, y describen detalladamente cómo tendrían que mejorarse en cada uno de estos eslabones y su modo de instalación y organización. Si la organización inglesa, que visitaron concienzudamente, se puede permitir recuperar tantos lesionados se debe a dos factores: 1º disponer del paciente el tiempo suficiente para su recuperación y 2º facultad para cambiar de oficio al lesionado; al minero inglés no se le envía a trabajos duros cuando sufre merma de facultades, pero tampoco se le puede permitir el lujo de ser rentista. Son seleccionados y clasificados según sus aptitudes, se les envía a talleres o a centros de estudio y se ponen en condiciones de poder ganarse la vida.

Dedican un meticuloso apartado al tratamiento de los parapléjicos y aconsejan el método de Guttmann que aplican al 15% de lesionados vertebrales que sufren tal complicación. Como ejemplo de lo que han venido preconizando a lo largo de la ponencia se exponen la organización y los tratamientos que se siguen en el Sanatorio Adaro, prueba fidedigna de que es posible alcanzar una estructura asistencial actualizada. Sin embargo la legislación no ayuda a lograr estos objetivos y pueden afirmar que gran número de sus lesionados cooperan pasivamente, sin el entusiasmo y la energía necesarios; es más, algunos hacen labor negativa y comentan el ejemplo de un vecino que

recibió una renta y que le permite dedicarse a otros “negocios”. Los autores parafrasean al escribir que su sala de ejercicios es un foco infecto-contagioso del virus que produce la psicosis de renta o bien que la atmósfera de su ambiente está saturada de ambición de rentas. Y todo tiene su explicación que recae en el horror a los peligros de la mina, porque al cabo de un año mueren en accidente de trabajo en su zona asistencial de 50 a 60 hombres para un total 25.000 mineros. Esto, uno y otro día, uno y otro año, no siendo raros los casos en que uno o varios miembros de una familia hayan sucumbido en el trabajo de la mina en sucesivas generaciones. En cambio los portadores de secuelas que consiguen una incapacidad acaban colocándose en trabajos livianos fuera de la empresa y en su nuevo destino consiguen unos beneficios superiores a los que obtenían como mineros, y hay que añadir la renta de incapacidad. Para evitar seguir en la mina confiesan haber vivido repetidamente casos de sobrada sospecha de autolesión, frecuentemente amputación del pulgar a nivel siempre metacarpo-falángico, a un ritmo entre seis y nueve casos al año. Recuerdan que en tiempos de guerra algunos fracturados de raquis habían trabajado en las minas para librarse del frente, con un rendimiento normal.

Los plazos para el tratamiento hasta la decisión de aceptar un estado definitivo de secuela son más largos en Inglaterra, en Francia y en Alemania. En España el plazo de un año es suficiente para la recuperación de una mayoría de accidentados, pero es insuficiente para los casos de traumatizados graves y de estados residuales de traumatismos. Al cabo de este breve plazo se llega a considerar incapacitados a los portadores de ciertas secuelas no graves y afirman no estar de acuerdo con estas resoluciones. Nuestra ley es tan rígida que no concede un período de readaptación en trabajos ligeros y al dar el alta se exige al obrero la jornada habitual y un rendimiento normal; los técnicos de las minas tampoco aceptan la concesión de un período de trabajos ligeros, temporalmente y a modo de entrenamiento, y dicen que quieren gente curada; algún magistrado se ha basado en este cambio temporal de categoría para calificarles incapacitados. Si un inspector valora un resultado y sugiere una prórroga del período de baja para terminar de recuperarse, generalmente se deniega por antirreglamentario. Este plazo breve para el tratamiento trae como consecuencia el que el cirujano deba trabajar “contra reloj” y estar siempre pendiente de los meses que faltan para cumplir el año. Proponen como solución que un Tribunal Médico unificado, con inclusión del médico de empresa, exista en cada región e informe en una única pericial a las Magistraturas del Trabajo.

Finalmente afirman haber expuesto la actividad vivida en los últimos 15 años como médicos de accidentes de trabajo, es decir, desde el final de la guerra civil hasta la preparación de la ponencia para el Congreso de 1954, y haber dicho la verdad de manera imparcial. Prometen su inquebrantable adhesión al Excmo, señor Ministro de Trabajo (Girón de Velasco), del que se sienten orgullosos por sus desvelos y afanes por cuanto supone bienestar de la clase productora (término franquista en vez de clase obrera). Y esperan de él que estudie con interés el problema que quedaba planteado en los términos que refería el texto de Eduardo Jordá al enunciar el tema de este Congreso al iniciar el capítulo, que fueron votados y aprobados por unanimidad y con el tiempo dieron lugar a las deseadas modificaciones de la legislación laboral en materia de accidentes de trabajo. Esta ponencia ha marcado un hito en la historia de nuestra especialidad por sus repercusiones posteriores. Cuando el Ministerio del Trabajo, fundador y patrón de la Seguridad Social, inició su red hospitalaria moderna accedió a las peticiones de García Díaz y de Vallina García al construir los Centros de Rehabilitación y Traumatología, conocidos como CRT (léase cerrete, según vulgo), gracias a los cuales pudimos desarrollar nuestra especialidad y como pioneros ponerlos al día en equipo, etapa inolvidable para quienes estrenamos uno de ellos. Al leer la ponencia y fijarme en la descripción de un hospital de traumatología y rehabilitación y su funcionamiento, iba redescubriendo el paralelismo entre lo que pidieron los ponentes al ministro y lo que obtuvimos los jóvenes traumatólogos de los años sesenta. En Madrid la barcelonesa Mutua Metalúrgica de Seguros, representada por su director de servicios

quirúrgicos doctor Alzamora Albéniz y por el jefe del servicio de rehabilitación doctor Barberá, participó en la Semana de Lucha contra los Accidentes de Trabajo. En su conferencia sobre "Aspecto social y humano de la rehabilitación. Necesidad de un programa orgánico" el doctor Alzamora Albéniz, pionero de estas ideas en Cataluña, reconoció en su introducción que la primacía en España le correspondía al Sanatorio Adaro, que en 1957 creó el Pabellón de Rehabilitación Laboral a instancias de la Junta de Gobierno de la Mancomunidad Sanitaria de Empresas, una vez que hubieron examinado y valorado el favorable informe de García Díaz y Vallina García que visitaron las grandes zonas industriales de Francia, Inglaterra y Alemania. El reconocimiento no les faltó en ningún momento y creo que la narración biográfica ha de tener entre sus objetivos la perpetuación de estos acontecimientos para que no caigan en el olvido entre las nuevas generaciones, que se incorporan a la moderna cirugía llevada a un nivel poco imaginable en los años cincuenta pero que debe lo que es a quienes pusieron los cimientos del presente.

A MODO DE HAGIOGRAFIA.

Abordar un trabajo biográfico de un hombre que a lo largo de su vida adquirió notoriedad por su buen hacer y por su dedicación a los enfermos como fue el caso de don Vicente Vallina García entraña el peligro de dejar en olvido las razones íntimas de tal conducta. En mi caso debo aceptar que existía un apriorismo de afectuoso respeto porque conocía de antemano esta admirable trayectoria y uno puede caer, sin darse cuenta, en el ensalzamiento del personaje estimado. Mi filiación de familia obrera portuaria me acercaba aún más a las decisiones que él tomó a lo largo de su vida para servir a un prójimo cercano, físicamente en la cuenca hullera y anímicamente por ser nieto e hijo de minero. Para alejarme de esta subjetividad no hay como recurrir a las manifestaciones de quienes convivieron con él y de aquellos que fueron beneficiarios de su trayectoria médica, sus enfermos, y finalmente exponer los merecimientos oficialmente reconocidos en vida.

El grado de comunión con los mineros quedó grabado en una frase salida del corazón de un dirigente sindical socialista cuando al gran traumatólogo de las minas le propusieron que encabezara una lista electoral con color político y aquél le manifestó: "Pero hombre, don Vicente, cómo va meterse en política. Creíamos que era uno de los nuestros". Y don Vicente no se metió en política, siguió con los suyos que le consideraban suyo, los que libremente eligió desde 1930, los mineros y sus familias y con ellos llegó a ser una figura emblemática de Asturias asentada en su faro el Sanatorio Adaro, una especie de santuario de los mordidos por la mina.

En un reportaje que le hicieron para la revista empresarial de Hunosa declaró en 1973 "Soy un médico proletario y mi corazón y mi vida está por y para los mineros...el día que vi mi padre mordido por la mina decidí que por encima de todo me dedicaría a los mineros. Ofrezco mi corazón quebrado por tantas amarguras y sufrimientos, pero firme sin embargo, a todos los mineros." En la revista Hulla decía Oscar Luís Tuñón, administrativo y graduado social de la empresa, que "Hablar del Sanatorio Adaro sería llenar páginas brillantes con resultados positivos. Pero cuando el dolor es protagonista es mejor hacerlo con esa viva expresión de la esperanza. Ir hacia el beneficio de los hombres...En fin, una historia ejemplar que no debe olvidarse. Algo que es servicio permanente, algo que es alma viva de una tarea hermosa". De él afirmaba Luís José de Ávila: "Su humanidad, la preocupación por el estado anímico del paciente y de su entorno familiar, la paciencia en escuchar sus cuitas, ha sido una característica permanente a lo largo de su vida profesional". Solía visitar a los más graves a media noche si el caso lo requería y en cierta ocasión la madre de un herido, al verle por la noche en el sanatorio exclamó: "¡Pero a qué hora duerme este hombre; si estuvo a las doce de la noche y ahora son las tres de la madrugada y aún anda por ahí!". A don Vicente la proximidad de su domicilio respecto del sanatorio le permitía tomar estas decisiones de control a cualquier hora "para tratarles

como Dios manda y ellos se entregan completamente a uno; son ante todo un ejemplo de solidaridad y sentimiento”.

Su gran alumno el doctor José Manuel Antuña Zapico publicó en la prensa ovetense una semblanza del maestro en la que manifestaba: “Desde los primeros tiempos me encontré con una personalidad médica excepcional que influyó en mi formación de manera decisiva; el modo de comportarse ante el enfermo; su cariñosa conversación con él, la atención y meticulosidad en la exploración clínica, la calma, la tranquilidad, la ausencia de prisas le permitían concentrarse totalmente en la búsqueda de un diagnóstico y en la orientación del tratamiento. Nos transmitía a quienes le rodeábamos la preocupación por el enfermo...Conocía cada enfermo por su nombre...La confianza y la entrega del enfermo a sus decisiones en cuanto al tratamiento eran casi ilimitadas...tal era el inmenso prestigio de que gozaba...reconocimientos justos por sus gigantescos merecimientos avalados por una vida entregada a la atención de los traumatizados de las minas...El médico es un sanador de cuerpos y almas porque don Vicente atendía también al espíritu...Muchas veces he pensado que sólo le faltaba la faceta teológica para ser sacerdote, tal era su entrega al prójimo, sin días ni horas, de día y de noche”.

También el doctor Sergio Montes ha recordado a su maestro al afirmar que los mineros le querían mucho porque con su sentido social y humanístico siempre les apoyaba. En una disputa por motivos profesionales con un colega de otra ciudad, recordada por este discípulo, don Vicente recibió acusaciones a las que le respondió: “Querido amigo, ya sé que estás muy enfadado conmigo pero yo no lo estoy contigo” y a Sergio Montes le impactó ver lo humano y caballero que era. Para éste un profesor sería quien expone y transmite los conocimientos concretos de una determinada disciplina, pero en cambio el maestro, como don Vicente, es algo distinto porque a los conocimientos, a la lección, a la exposición, añade cariño, vida y deseo de que el alumno aprenda y se forme; el maestro enseña cuando habla y cuando calla; enseña con la mirada, con sus gestos, con su ánimo y hasta con sus cambios de humor. El doctor José Luís Rodicio tuvo que tratar como especialista a don Vicente y recordaba de él su tremenda capacidad de liderazgo, que le llevó a cultivar gentes de todas las clases a las que supo ilusionar, y su humildad, que comparaba con muchos fantasmas que andan por ahí pavoneándose sin méritos para nada.

Noel Zapico era un antiguo lampistero de las minas, hijo de minero también, que llegó a altos cargos sindicales y a participar en la creación del Montepío de la Minería y del Instituto Nacional de Silicosis, y de pequeño fue atendido por don Vicente que le trató una fractura del codo. Narró que mientras fue creciendo descubría la devoción que las gentes de la cuenca le profesaban y más tarde, en su etapa sindical, el trato con él le permitió valorar su capacidad científica y humana. Era un hombre -nos decía- que se dedicaba a trabajar en favor de sus heridos de una manera intensa...pero tal era su modestia, que en las esferas oficiales era poco conocido el trabajo que estaba realizando; y para enmendarlo solicitó para él la medalla de oro al Mérito en el Trabajo. El enfermo necesita el consuelo de la palabra y en ello don Vicente era un maestro, concluía.

En los años ochenta los cirujanos ortopedas y traumatólogos asturianos eran ya numerosos, alcanzaban casi el centenar, y sentían la necesidad de establecer entre ellos encuentros con periodicidad para intercambiar experiencias. El espíritu encargado de animar esta situación fue el doctor Antuña Zapico que convocó el 13 de abril de 1985 un acto fundacional para acordar la creación de una sociedad asturiana de nuestra especialidad y a tal fin fueron redactados unos estatutos al pie de los cuales firmaron junto al promotor los siguientes fundadores: Vicente Vallina, Francisco Palacio, Sergio Montes, Enrique Portilla, José Paz, Víctor Álvarez, José López-Porrúa; se aprobaron con 18 artículos. Fueron inscritos en el Registro de la delegación del Gobierno en Asturias el 28 de noviembre de 1985 con el número 2150 y la primera reunión constitutiva de la Sociedad Asturiana

de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SACOT) tuvo lugar en el aula académica del Colegio de Médicos de Oviedo el día 18 de diciembre del mismo año con el orden prioritario de nombrar una Junta Directiva. La unanimidad de los presentes decidió que la presidencia de esta primera Junta le correspondía a don Vicente Vallina, que así recibía el reconocimiento de todos nuestros especialistas asturianos; la vicepresidencia recayó en Francisco Palacios, la secretaria en la persona que había sido alma organizadora José Manuel Antuña Zapico y fueron vocales los otros cinco miembros fundadores. Se acordó celebrar un primer congreso y así fue durante los días 22 y 23 de mayo de 1987 y su presidente fue don Vicente, que así recibía un homenaje oficial de la nueva SACOT. La mesa redonda elegida para exposición y debate fue "Patología del pie del adulto" y fue invitado como conferenciante el profesor Antonio Viladot, entonces presidente de la SECOT, que desarrolló el tema "Hallux valgus" y que sumó al homenaje el sentimiento de cariño y admiración de los cirujanos ortopedas y traumatólogos españoles que él presidía.

En 1998 cuando tenía 85 años de edad recibió un homenaje de su concejo, el de San Martín del Rey Aurelio, y el cura párroco en su glosa durante el mismo dio gracias a Dios por los dones y las cualidades personales que concedió a don Vicente y que éste insigne médico supo, con esfuerzo y tesón, desarrollar especialmente en el campo de los accidentados de la minería, donde concentró su dedicación al prójimo, llegando a ser -según titulares de la prensa- "el hombre de la bata blanca y el corazón de oro". El propio don Vicente reconocía que los mineros le habían correspondido a lo largo de los años en exceso, no solo materialmente, sino también con el cariño que él les correspondía, y sus contertulianos afirmaban que su personalidad se había convertido en santo y seña de la medicina asturiana y que por sus numerosas cualidades había dejado a lo largo de su vida un enorme reguero de amigos fieles y agradecidos. Según el delegado del gobierno, Sr. Fernández Noval, había conseguido llevar el orgullo del trabajo bien realizado de las cuencas mineras y de Asturias fuera de nuestras fronteras, siendo uno de nuestros mejores embajadores. El director de las minas Duro Felguera le dijo: "Es usted un apóstol de la traumatología; deja y renuncia a honores por dedicarse por entero a sus enfermos". Con la emoción que le causó este homenaje don Vicente contestó que era inmerecido porque él, lo único que había hecho era cumplir con su deber, trabajar día y noche, siempre que el enfermo lo necesitara, y se reafirmó en que el enfermo o el herido es lo primero y está por encima de todo sin reparar en horas o en días. Al final el alcalde de San Martín concluyó que este cirujano de los mineros tendría que ser un ejemplo y una llamada de atención a los jóvenes para que sepan que, aún naciendo en un lugar difícil, con problemas económicos y de empleo, no tiene que ser óbice para que trabajen y se esfuercen con el objetivo de conseguir importantes logros en la vida.

En el Sanatorio Adaro el doctor Vallina tuvo siempre el apoyo y la ayuda sin interrupción de unas colaboradoras eficaces y modestas, las monjas dominicas de La Anunciata que entre 1915 y 1996 se encargaron de los heridos en la cuenca del Nalón, primero en el Hospital de Heridos y después en el sanatorio. Su orden había sido fundada por el catalán padre Francisco Coll y Guitart, O.P. y estas monjas siempre fueron queridas y respetadas, incluso en tiempos de la revolución de 1934 y de ambiente anticlerical, cuando en muchos centros hospitalarios tuvieron que esconderse las religiosas o vestirse con atuendo civil para no ser reconocidas. En cambio en el Sanatorio Adaro nadie se metió con ellas dejando que desarrollaran su trabajo y sus rezos, lo que indica sin duda alguna el aprecio de las gentes de entonces por encima de ideologías y enfrentamientos. En el trabajo biográfico de Luís José de Ávila se nos explica el caso de una curación que se consideró milagrosa y que por sus características llegó al dicasterio romano para la causa de los santos; la transcribimos así:

- Ingresó una paciente, esposa de minero, con placenta previa y fue necesario practicarle una cesárea. Durante el postoperatorio tuvo dolor abdominal intenso, fiebre alta, vómitos,

distensión abdominal, y tuvo que ser reoperada urgentemente. Se encontró una peritonitis con ocupación purulenta abundante, plastrón intestinal y perforaciones en intestino delgado y colon; con la manipulación se desparramaron heces en la cavidad abdominal. El anestesista apreció gran deterioración del estado general y pidió que se acortara la operación y se le lavó la cavidad, se efectuó un ano contra natura y se cerró la pared abdominal. El resumen de la hoja operatoria emitida fue "peritonitis aguda purulenta-plástica postoperatoria con fístula yeyuno-cólica y subsiguiente desgarró intraoperatorio del intestino delgado y del colon descendente". La enferma salió de quirófano en situación de extrema gravedad y en espera de muerte inminente, lo cual se comunicó a la familia. La monja de la sala aplicó a la agonizante una reliquia del padre Coll y comenzó una novena, la enferma no murió este día como se esperaba, al día siguiente inició una rápida recuperación, al cuarto día ya expulsó heces y al cabo de un tiempo se pudo comprobar con radiografías de contraste que el colon se había reconstruido y que la cicatriz no se descubría. La Sagrada Congregación para la causa de los santos estudió el caso y el 7 de julio de 1977 promulgó el decreto de aprobación del "milagro realizado por Dios mediante la intervención de V. Siervo de Dios, Francisco Coll".

A don Vicente Vallina sus mineros, sus paisanos, sus amigos, sus colegas y los representantes de la sociedad civil le demostraron el reconocimiento a todo cuanto hizo por la población de la cuenca hullera . Los ayuntamientos de Caso, Sobrescobio, Laviana y Langreo le nombraron Hijo Adoptivo; el de San Martín del Rey Aurelio, Hijo Predilecto. Una calle en Langreo, otra en San Martín y otra en Oviedo llevan su nombre. Los miembros de Hunosa le concedieron la Medalla de Santa Bárbara. Fue nombrado socio de honor de la sociedad cultural La Montera de Sama, con entrega de su insignia de oro. Recibió la insignia de oro del Colegio Oficial de Ingenieros de Minas del Noroeste de España. La Secot , de la cual había sido vicepresidente en 1955, le distinguió con la Medalla de Oro y le nombró Miembro de Honor. También la Sociedad Española de Rehabilitación le nombró Miembro Honorario, de igual modo que lo hicieron las sociedades andaluza y gallega. Cuando se creó la Sociedad Asturiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología fue su primer presidente. El gobierno asturiano le otorgó la Medalla del Principado y el gobierno español la Gran Cruz del Mérito Civil, que le fue impuesta, de acorde con la tradición minera de don Vicente, en un solemne acto celebrado en La Felguera (Langreo) siempre tan cerca de los suyos. Junto al ayuntamiento de San Martín del Rey Aurelio fue descubierto un busto suyo y la corporación por unanimidad le concedió la insignia de oro con el escudo del concejo; en este busto se plasma el amor de reciprocidad entre él y los suyos, el ágape, que impregnó su vida y que quisiéramos hacer sentir al lector. Este hombre, cuya herencia profesional ha sido asumida y continuada por muchos cirujanos ortopedas y traumatólogos asturianos y españoles en general, falleció a los 89 años de edad y esta longevidad permitió que recibiera hasta la saciedad las múltiples pruebas de respeto y afecto que hemos referido por parte de sus compañeros, sus mineros, sus conciudadanos y sus allegados.

IGNACIO PONSETI VIVES (1914-2011)

A la memoria del gran amigo

Jaume Antón Aguadé

AUTOBIOGRAFÍA

Mi padre, Miguel Ponseti Bibiloni, tenía una relojería en la calle Mayor de Ciutadella de Menorca y la familia vivía en el primer piso donde yo nací el 3 de junio de 1914. Miguel era mallorquín. Su padre Ignacio Ponseti Picornell era de Palma y su madre Catalina Bibiloni Figueras de Pollensa. La familia había ido a retirarse a Ciutadella.

Mi madre, Margarita Vives Fedelich, era de antigua familia ciutadallenca. Su padre, Sebastián Vives, era zapatero. Los Fedelich eran hacendados y tenían varias casas en Ciutadella. En la casa donde vivían había un pozo de agua fresca muy apreciada de la vecindad. Desgraciadamente, el pozo causaba periódicamente fiebres tifoideas. Ocasionó la muerte de mi abuelo materno unos meses antes de nacer mi madre y la de mi abuela materna cuando mi madre tenía doce años. Mi madre fue a vivir con su prima Francisca, casada con un negociante, el señor Benejam.

Aunque huérfana, mi madre creció en un ambiente muy agradable con la familia Benejam a cuyos tres hijos y dos hijas, algo más jóvenes que ella, ayudó a cuidar y a educar con mucho cariño.

Las familias Benejam y Fedelich se opusieron al festejo de mi madre y mi padre. En 1910, al decidir ella a los 22 años casarse, se rompieron los vínculos familiares y quedó mi madre desheredada de la mayor parte de su hacienda excepto por tres propiedades urbanas.

Mi hermana, Catalina, nació en 1911. Mis padres se trasladaron a Felanitx, al sureste de Mallorca cuando yo tenía tres años. Mis primeros recuerdos son del pánico causado por la gripe de 1919. Para sanear el ambiente se montaron fogatas sobre las cuales saltábamos los niños atrevidos.

Recuerdo muy claramente el día 30 de enero de 1920 cuando nació mi hermano Miguel. No entendía por qué lloraba mi madre después del parto cuando tenía un niño precioso, y yo la trataba de consolar.

A los seis años fui a la escuela. Mi maestro Riera me enseñó a leer y a escribir una lengua que no hablábamos en el pueblo, singular obstáculo en mi educación. En contraposición, la aritmética que aprendí más tarde era lenguaje universal. Al salir de la escuela jugábamos por la calle y en la fuente de la plaza Sa Raval. Algunas veces subí al Calvario con mi padre. En una ocasión, unos actores itinerantes presentaron "El rey que rabió", obra que me encantó. Los días de feria en verano me iba muy temprano a ver los estantes abarrotados de toda clase de atracciones, la mayor un retablo de las hazañas de caballeros medievales.

Algunas veces iba con mi padre en tren a Palma a visitar a mi tía María Ignacia, hermana de mi abuelo, y a su hija Francisca. Madre e hija estaban peleadas y utilizaban mi inocencia para mandarse mensajes ofensivos. El viaje en tren me fascinaba viendo desfilar los almendros en flor, y en Palma me impresionaba la animación como de capital de Imperio.

A los ocho años nos trasladamos a Palma y meses después a Barcelona. Tras varios cambios de vivienda, acabamos en un piso de la calle Libretería, nº 5, que daba a la plaza Sant Jaume, junto al "Rovell de l'Ou". Fui a la escuela adyacente a la calle del Call, donde enseñaba el maestro Taure, padre de quien más tarde fue catedrático de anatomía de la Facultad de Medicina, el Dr. Taure Gómez.

Uno de mis mejores amigos de aquellos años fue Victor Hellín cuyo padre era el Archivero de la Corona de Aragón. Vivía Victor en el palacio que alberga el Archivo, detrás de la Catedral. Jugábamos por la escalera de la biblioteca cuyo techo es de preciosa madera labrada. Por una puerta secreta subíamos por la escalera de la torre monumental de la Plaza del Rey, desde cuya cumbre vimos,

raras veces, monjas de clausura descansando en la terraza de su convento. Al vernos entraban en sus aposentos construidos dentro de Tinell, desaparecido hasta que durante la guerra explotó cerca una bomba derribando los tabiques de las celdas y poniendo al descubierto la gran sala de los Reyes.

A los once años fui al Colegio de Cataluña de la calle Pelayo que dirigía Segalá, el catedrático de Latín. Allí estudié para pasar el ingreso y los dos primeros años del bachillerato y en el Instituto Balmes cursé los cuatro últimos. Cuando murió Gaudí, muy llorado por la ciudad, fui con mi padre y amigos a su entierro la segunda semana de junio de 1926.

Tuve buenos maestros en el Instituto Balmes. Recuerdo bien a Bartrina, profesor de matemáticas. En sus clases Ernesto Corominas y yo salíamos a menudo a la pizarra a resolver problemas difíciles, lo cual era gran aliciente para nosotros. Ernesto continuó entusiasmado con las matemáticas y después de la guerra fue a la Universidad de Lyon donde fue profesor de fama internacional. Fuimos íntimos amigos, por lo que conocí a sus padres y hermanos mayores. Acompañábamos a veces a su hermano Juan Corominas de excursión por los valles de los Pirineos con una grabadora para estudiar el habla en diversas comarcas. Algunos domingos de primavera salíamos con otros amigos a "herborizar" por las montañas que rodean a Barcelona. Coleccionaba plantas y flores silvestres que secaba en papel secante tras clasificarlas con un libro antiguo de Lineo que me había regalado el farmacéutico amigo de mi padre. También coleccionaba y clasificaba rocas y fósiles que encontraba en Montjuic y en el Tibidabo.

Durante mis años de bachillerato trabajaba buena parte del verano en el taller de relojería de mi padre. El trabajo manual de los relojeros de entonces requería gran precisión en el uso de la lima y del torno. Fue una buena preparación para mis disecciones en biología y más tarde en cirugía.

En 1930, pasé con notas altas el examen de reválida, gracias al cual pude entrar en la Universidad sin pagar matrícula.

Antes de ir a la Facultad de Medicina en la calle Casanovas se hacía un curso de ampliación en la Facultad de Ciencias de la Universidad. Tuve la suerte de estudiar con un grupo escogido en el laboratorio de biología que dirigía el profesor García de Cid. Estudiábamos tejidos vegetales y animales, hacíamos cortes histológicos de cerebros de rana que teníamos para analizar bajo el microscopio. Estos estudios fueron la base del enfoque biológico que me ha guiado en medicina.

Al finalizar el primer año recibí una beca del Ayuntamiento de Barcelona que sirvió para remediar la situación precaria de la familia. Mientras cursaba el primer año de medicina en abril de 1931, habiendo perdido la monarquía las elecciones partió el Rey para Italia y se estableció la República. Estaba yo en la plaza de Sant Jaume con mi hermano y mi padre cuando vimos a Francesc Maciá erizar la bandera catalana en el balcón del Palacio de la Diputación y proclamar l'Estat Catalá. A los dos días vinieron desde Madrid dos ministros catalanes, Marcelino Domingo y Nicolau d'Olwer, junto con Fernando de los Ríos. Maciá tuvo que aceptar la creación de la Generalitat que representaba un cierto grado de autonomía. Poco después Marcelino Domingo, ministro de Educación de la República, decretó la creación de la Universidad Autónoma de Barcelona regida por un patronato. Durante el decanato de Joaquín Trías y los rectorados de Serra Hunter y Bosch Gimpera hubo un gran auge en la enseñanza de la Facultad de Medicina.

En 1933 hubo un cambio radical con la entrada en el profesorado de médicos de gran valía, tales como Pere Domingo, Luis Celis, Joan Cuatrecasas, y con el nombramiento de los profesores libres, Manuel Corachán, Esquerdo, Martínez García, Ribas i Ribas, Reventós, Ignacio Barraquer y otros. Los estudiantes podíamos elegir a nuestros profesores. Yo estudié con Joaquín Trías, Manuel Corachán, Josep Trueta, y los maestros más queridos Solervicens y Alsina i Bofill. Las clases estaban organizadas en pequeños grupos, siempre en contacto con los enfermos de las salas y clínicas. En cirugía pasé un año con Joaquín Trías, otro con Bartrina y otro con Corachán en el Hospital de San

Pablo. Las clases de Trueta, hombre joven y elegante, sobre el tratamiento de heridas y la prevención de infecciones según trabajos de Winnett Orr, fueron de gran interés para mi. Años después, tuve la suerte de trabajar yo con Orr en Lincoln Nebraska.

Era Barcelona en esos años, una ciudad llena de intereses intelectuales y artísticos. Pau Casals dirigía su orquesta y tocaba el violoncelo en el Orfeo Catalá. Cuando Casals recibió la Medalla de Oro de la ciudad en 1934, tocó el concierto de violoncelo de Dvorak ante un gentío enorme que desbordaba del palacio Nacional.

Llegaban al Liceo de Barcelona grandes artistas. En él oí a Chaliapin en el Boris Goudonof, así como las grandes operas de Wagner y el Ballet de Montecarlo. Los domingos por la mañana iba al Palau de l'Art junto al Parque a oír a la Banda Municipal dirigida por La Motte de Griñón. Tocaba Bethoven y los poemas sinfónicos de Respighi. Dalí, Miró y Picasso hacían a menudo exposiciones en la ciudad. Picasso venía a Barcelona a visitar a su madre que vivía en la Pedrera. La Xirgu presentaba los dramas de Eurípides en el Teatro Griego. García Lorca estrenaba sus obras, siempre aclamadas, en el Teatro de Barcelona. Le oí leer el Romancero Gitano en la Sala de Actos de la Escuela Industrial, llenísima de entusiasmados estudiantes. Por las tardes estudiaba en la Biblioteca del Casal del Metge en la Vía Layetana. En la Sala de Actos había un gran piano de cola en el que tocaba García Lorca cuando venía a Barcelona acompañando a Casals al violoncelo.

Por las noches iba media hora a hacer gimnasia en el Ateneo Enciclopédico Popular en la calle del Carmen y, a continuación daba clases de biología y química a trabajadores, estudiantes libres del bachillerato. Algunos fines de semana íbamos todos a museos y a conciertos, y en el verano de excursión.

Acabé los exámenes de la carrera el viernes 17 de julio de 1936, un día antes de comenzar la guerra. Pocos días después, tuve la suerte de ir a trabajar con el equipo de Jimeno Vidal en el Pedro Mata, junto a Reus. Trenes llenos de milicianos habían salido de Barcelona para tomar Zaragoza. El frente de Aragón se estableció desde unos kilómetros al este de Teruel hasta unos kilómetros al oeste de Caspe, y hacia al norte hasta cerca de Huesca. Los servicios de Jimeno Vidal en Reus, y más tarde en la Savinosa, junto a Tarragona y los de Ferrandiz en Lérida, fueron hospitales base para los heridos del frente de Aragón.

La experiencia de trabajo intenso en el equipo de Jimeno Vidal fue básica en mi vida profesional. Jimeno Vidal había estudiado dos años con Bohler en Viena con una beca de la Facultad de Medicina. A su regreso a Barcelona en 1934 participó en la organización del tratamiento de fracturas llevado a cabo en el servicio de urgencias del Hospital Clínico organizado por Joaquín Trías.

Nuestro tratamiento de fracturas y heridas de guerra se basaba en un extenso debridement de heridas, reducción de fracturas seguido de inmovilización según la técnica de Orr preconizada por Trueta. Las fracturas de fémur y tibia se trataban con tracción esquelética unas semanas y se inmovilizaban con vendajes inalmohadillados según las técnicas de Bohler. Los antibióticos aún no se habían descubierto pero mediante estas técnicas la mayor parte de las heridas se curaban rápidamente sin gangrena, sin osteomielitis y con escasas fallas de unión ósea. Tratamos unos 4000 heridos de guerra, muchas de cuyas fracturas eran abiertas. No se hacía ni suturas de heridas, la consolidación de las fracturas y la vuelta a la normalidad. Con el tratamiento funcional de fracturas desarrollado por Bohler la fisioterapia era innecesaria.

Cuando había muchos heridos en el frente se los transportaba por Caspe en el tren hospital que llevaba Jaime Antón Aguadé hasta el hospital base Pedro Mata de Reus y más tarde hasta la Savinosa para el tratamiento definitivo. Los profesores Manuel Bastos y Joaquín Trías pasaron visita varias veces e indicaron cómo solucionar los casos difíciles. Sus charlas después de la comida eran siempre estimulantes.



Fracturados de la extremidad superior con férulas de abducción en el Hospital de la Savirosa en Tarragona. El Dr. Ponseti se encuentra a la izquierda de la foto y el Dr. Jimeno Vidal a la derecha.

El último año de la guerra ascendí a capitán médico provisional y trabajé con González Aguilar y con Adolfo Ley en el orfanato Ribas de Barcelona. González Aguilar era el comandante de la Sanidad militar de la Marina, cirujano experto, autor de importantes publicaciones sobre tuberculosis osteoarticular. Ley estaba muy bien preparado en neurocirugía. Había estudiado con Cushing en Boston, y con Bucy y Percival Baily en la Universidad de Chicago. Al regresar a Barcelona en 1935, Ley inició la práctica de la neurocirugía moderna. En el Orfanato Ribas le ayudé en cirugía de cerebro, innumerables suturas de nervios y trasplantes de tendones con la refinada técnica quirúrgica desarrollada por los neurocirujanos americanos. La precisión técnica que aprendí en el taller de relojería de mi padre me fue utilísima para este tipo de cirugía.

Pocos días antes de caer Barcelona salí en tren con los heridos de guerra que necesitaban ser evacuados de los hospitales militares de la ciudad. En el tren iban Trueta, Grinyó, Puig, Gurí, y otros cirujanos. Al llegar a Gerona a media noche, Puche, el jefe de Sanidad Militar, me encargó que evacuara a los heridos del hospital de Olot en ambulancia. La conducía un joven soldado bajo las órdenes de un comandante de Sanidad del Ejército. Venía también un joven teniente médico provisional. Al llegar poco antes del amanecer al hospital de Olot, decidimos dormir una hora frente al hogar de la sala de entrada del hospital. Al despertarnos el teniente y yo nos encontrábamos con que el comandante y el chófer se habían fugado con la ambulancia. Unos contrabandistas del pueblo nos ayudaron con sus coches y mulas a transportar heridos hacia Francia. Inmovilizamos con yesos inalmohadillados sus fracturas y algunos de los heridos pudieron caminar hasta Prats de Molló. Unos días después de llegar a Francia tuve la satisfacción de leer en el periódico que el comandante de marras que se había pasado a Franco con la ambulancia había sido fusilado por traidor.

Al llegar a Prats de Molló nos albergamos en una sala junto a la Alcaldía. Llegó un joven médico de Montpellier recién salido de la escuela de medicina. Se puso de jefe a tratar a nuestros heridos con las técnicas de la primera guerra mundial. Uno de ellos tenía fiebre alta debido a un absceso en

el muslo y necesitaba drenarse. El francés le puso inyecciones locales de no se qué “desinfectante”. Por la noche, a escondidas, con la ayuda de las monjas enfermeras, drené el absceso. A la mañana siguiente la fiebre había desaparecido y el francés creyó que sus inyecciones habían obrado el milagro. Al enterarse que yo había operado al enfermo me mandó al campo de concentración. Dos días más tarde me llamaron de vuelta. Un teniente de la sanidad militar del ejército francés se hizo cargo del hospital, despidió al joven médico de Montpellier y me pidió que cuidara los heridos.

Pocas semanas más tarde nos trasladaron a un edificio nuevo junto a la estación de tren de Arles-sur-Tec construido por los refugiados españoles por orden del alcalde y con dinero del SERE (Sociedad española de refugiados en el extranjero), supuestamente para hospital, pero en realidad para almacenar manzanas. Un mes más tarde nos trasladaron a la Caserne de Marausant, construida hacia el final de la primera guerra mundial, cerca de Béziers. Había unas trescientas camas, la mayoría ocupadas por los heridos de la guerra. En otras salas había enfermos de pulmonía y desórdenes gastrointestinales adquiridos en los campos de concentración cercanos. Yo los recogía con la ambulancia. Eramos varios cirujanos e internistas a cargo de su cuidado. Entre ellos estaba Dari Huguet, médico del Poble Nou, de gran experiencia clínica. Por las noches nos daba a José Puig Guri y a mi valiosísimas clases de medicina general con detalles precisos de los medicamentos indicados para tratar gran número de enfermedades. Esta información vino a complementar las valiosas clases de medicina interna de Soler Vicens . Operé apendicitis agudas, drené abscesos y, en ocasiones circuncisiones por supuestas fimosis agudas con motivo de sacar de la intemperie a gentes delicadas.

Anticipando la guerra, el Préfet del departamento nos ofreció a todos los médicos de alistarnos en el ejército francés con el mismo grado militar que teníamos en España. A preguntarle si al terminar su guerra nos darían la ciudadanía francesa nos dijo: “Ah, non, la France...”

En cambio, el presidente Cárdenas abrió las puertas de México a los miles de refugiados españoles, despojados de nacionalidad, expuestos a la intemperie y miseria de los campos de concentración del sur de Francia. Se encontraban en ellos los expertos trabajadores textiles de Cataluña, de los altos hornos de Bilbao, los agricultores del Levante y del sur de España, catedráticos, médicos, escritores. Con clarividencia política, Cárdenas vio la ocasión de traer a su país una inmigración valiosa para su programa de progreso social. Nos dio la nacionalidad mexicana. Con la ayuda del SERE, organizado por el gobierno español republicano exiliado en Francia, varios barcos trasladaron a México miles de españoles.

En julio de 1939 me embarqué en Burdeos en el “Mexique” rumbo a Veracruz. Llegué a Veracruz poco antes de comenzar la segunda guerra mundial. Pocas semanas después fui a la capital. La ciudad de México tenía entonces un millón de habitantes. Era una de las más hermosas ciudades de América. Conocí al doctor Juan Faril, respetado jefe de cirugía ortopédica del hospital de niños al que iba yo casi a diario. Faril era una persona educada, refinada, a cuyo consultorio acudían algunas personalidades del país, como Diego Rivera y Frida Kalo. Tenía pies zambos varias veces operados con malos resultados y caminaba dificultosamente con bastón, origen de su interés en mejorar la ortopedia en México.

No pudiendo encontrar trabajo en la ciudad de México fui a Juchitepec, pueblo de 5000 habitantes al sur de la capital cerca del Popocatepel. Una señora que tenía familia en el pueblo me informó que necesitaban un médico porque habían corrido al que tenían. Le pregunté que quería decir “correr” a uno. Me contestó que un padre que había perdido dos niños con fiebres culpaba al médico, y lo persiguió con la pistola hasta que lo hizo huir. La Providencia me daba una salida. Lo primero que vi al llegar al pueblo fue un pobre hombre llevando a cuestas una caja de madera con su hijo muerto camino del cementerio. Le seguían su mujer llorando y cinco o seis niños detrás.

El valle era muy fértil. Daba dos cosechas al año, trigo en invierno y maíz en verano. No había ni electricidad ni agua potable en el pueblo. En 1929, el presidente Calles había repartido las tierras

entre los campesinos. Pero diez años más tarde la pobreza era grande y dos usureros explotaban al pueblo. Al llegar yo, comenzaba una epidemia de fiebre tifoidea. Mandé inmediatamente que hirvieran el agua, pero la higiene del pueblo era muy primitiva y la epidemia fue esparciéndose. Me ocupé de más de 60 enfermos y tuve la suerte de que todos se salvaron manteniéndolos hidratados y alimentados con papillas durante las tres semanas que dura la fiebre. Por la calle encontré al cura que me felicitó porque habían disminuido los funerales. El cura vivía con dos sobrinas y los domingos llamaba a misa con cohetes y petardos. Había también niños con diarreas que ni con las clases de Soler Vicens ni las de Martínez García, ni con los consejos de Huguet puede salvar.

En el pueblo no había farmacia ni yo tenía dinero para comprar los medicamentos más indispensables. Wenceslao Dutrem, médico y farmacéutico de la célebre farmacia de la calle Alta de San Pedro de Barcelona, se había trasladado a México con su familia hacia 1937 y establecido los laboratorios FARBAR de productos farmacéuticos. Me prestó los indispensables para hacerme una pequeña farmacia en Juxitepetec. En agosto de 1940, en uno de mis viajes a la capital para aprovisionar mi farmacia, me dijo Dutrem, médico de Trostky, que habían querido asesinarlo y que le acompañara para asistirlo. Cuando llegamos ya había muerto.

Siendo yo el único médico del pueblo y alrededores trabajaba mucho. Me desplazaba a caballo tras descartar la motocicleta después de varias caídas debido a las arenas volcánicas de los caminos. Me ocupaba de enfermedades respiratorias, numerosas infecciones gastrointestinales, algunas fracturas, heridas de cuchilladas y muchos partos, en general fáciles por ser de jovencitas. En un caso de distocia difícil, la familia muy apurada llamó a los exorcistas del pueblo para ahuyentar a los malos espíritus con sus monótonos bailes rituales de cascabeles. Bailaban en el patio de la hacienda y por fin, nació el niño después de un parto que duró toda la noche de luna llena.

El pueblo tenía sus encantos. Llevaba yo el pelo muy largo y necesitaba un barbero. Fui a uno, de mediana edad, padre de familia numerosa. Tenía buenos modales y muchas ganas de hablar. Al decirle yo que tenía prisa por el mucho trabajo me contestó que no podía cortarme el pelo porque no me conocía bien. Y si tenía tanta prisa que fuera al otro barbero del pueblo que me lo cortaría enseguida. Le pregunté qué podía hacer para que me conociera. Me dijo que él escribía poesías, me prestaría algunas para que las leyera y luego hablaríamos. Las poesías no eran malas, me gustaron, y así se lo dije unos días más tarde. Después de hablar otro rato largo me dijo que tenía yo que leer más poesías, que aún no me conocía bastante bien. De nuevo le fui a ver con el pelo todavía más largo y después de hablar poco rato esta vez me hizo el corte de pelo mejor que he tenido jamás en mi vida.

Otro encanto del pueblo, era una pulquería llamada "Los sabios sin estudio", muy frecuentada los viernes y los sábados. Era silenciosa. Los clientes no hablaban. Bebían pulque en el mostrador y orinaban en la pared de enfrente. Algunos llegaban a intoxicarse, se avivaban las vendetas, salían los cuchillos y yo tenía que coser heridas. En una ocasión fue herido en el corazón uno de los hombres acomodados del pueblo. Lo vi unas horas después, pálido pero de pie. Tenía el pulso débil y al oscultarlo no se oía latir el corazón. Se repuso algo al acostarlo. Pensé que tenía un derrame en el pericardio y aconsejé a la familia que le mantuvieran en reposo absoluto. Continuó mejorando los siguientes dos días, pero la familia se empeñó en que viniera un médico de la capital a visitarle. Este quiso llevárselo a su clínica en coche. Como el camino hasta Tenango era muy malo yo aconsejé a la familia de no exponer al herido al viaje porque las sacudidas podrían causarle la muerte. En efecto, a medio kilómetro murió. Mi pena aumentó y mi prestigio también.

Años después, cuando volví a México desde Iowa a dar unas conferencias en un congreso de cirujanos ortopedistas en la capital, uno de los médicos me llevó hasta Tenango al que vino un grupo de antiguos a llevarme a caballo a Juchitepec: las mismas ratas, las mismas casas medio derrumbadas, las mismas calles abandonadas, y la poesía del barbero.

En Juchitepec me sentía incomunicado por falta de periódicos como de radio. En mis viajes mensuales a la capital, seguía con horror los avances de Hitler conquistando a Europa, los bombarderos de Londres, y la caída de Francia. En mis entrevistas con el doctor Juan Faril hablábamos de las escuelas de medicina y de la ortopedia en Estados Unidos. Faril había estudiado en Estados Unidos dos años con una beca de la Gugenheim, uno en la universidad de Iowa y otro en el New York Orthopaedic Hospital. Admiraba a Steindler, profesor de cirugía ortopédica de la Universidad de Iowa. La consideraba el mejor centro de estudios de medicina. El libro de Steindler, *Mechanics of Normal and Pathological Locomotion in Man*, publicado en 1936, se consideraba fundamental. Faril le escribió recomendándome. En mis casi dos años en México había recogido los \$1000 necesarios para entrar de estudiante en Estados Unidos por un año como garantía de no ser una carga para el país.

En mayo de 1941 salí de Juchitepec en autobús. Después de dos días de viaje, al cruzar el Río Grande en Laredo, me asombraron los perros bien nutridos, de buenos modales, los oficiales de inmigración bien vestidos y corteses. Me estamparon el pasaporte mexicano después de breves preguntas. El chófer del Greyhound vestido de camisa azul bien almidonada me cogió la maleta para colocarla en el espacio de carga bajo el autobús. Temí no verla ya más. Pero, tres días más tarde, al llegar a Iowa City después de tres cambios de autobús allí estaba mi maleta en mitad de la estación. Era el 1º de junio. Dos días más tarde cumplía yo los 27 años.

Steindler me recibió al atardecer en su jardín donde estaba leyendo *El alcalde de Zalamea*. Se había educado en Viena a principios de siglo donde había estudiado ortopedia con Adolfo Lorenz y Edward Albert, y en 1910 llegó a Chicago y trabajó en la universidad con John Ridlon. Tres años más tarde estableció el departamento de cirugía ortopédica en la escuela de medicina de la universidad de Iowa. Tocaba bien el piano, hablaba varias lenguas y le gustaba la literatura.

El estado de Iowa tenía un programa muy avanzado de servicios médicos. A principios de siglo se organizaron las escuelas de medicina de Estados Unidos según las normas propuestas por Abraham Flexner derivadas de la conjunción de la investigación científica alemana y la educación médica de Gran Bretaña siendo implementadas en la universidad de John Hopkins con motivo de reformar la educación médica de Estados Unidos. El cometido de la facultad médica de Iowa era enseñar, investigar, y tratar a los pacientes a tiempo completo. Facultad y residentes formaban parte integral de la Universidad.

Steindler exigía un año en la Escuela de Postgraduados antes de aceptarlos en la residencia del Departamento de Ortopedia por tres años. Faltaba un mes para comenzar el curso y entretanto mi trabajo consistió en traducirle al castellano y enseñarle a pronunciar veinte conferencias que tenía que dar en México en el otoño.

Para inscribirme necesitaba el diploma de licenciado en medicina y cirugía de la universidad de Barcelona. No lo tenía porque aunque había terminado los exámenes el día antes de empezar la guerra la facultad negligió darnos el diploma. Gracias a Steindler se hizo conmigo una excepción. Se me aceptó el certificado de estudios para la inscripción, para la residencia y para la entrada a la Facultad en 1944. Finalmente, recibí el diploma en 1946 a través del Consulado de España en Chicago, y así legalizó mi puesto en el escalafón.

En la Escuela Postgraduada estudiamos anatomía de las extremidades y de la columna, anatomía patológica, biomecánica, bioquímica del cartílago, del hueso y del tejido conjuntivo, endocrinología y biología del crecimiento, además de cirugía ortopédica. De los seis médicos inscritos en este programa se escogía a tres para la residencia. Los residentes vivían en el hospital. Su labor principal era ver y tratar enfermos además de participar en investigaciones clínicas, en anatomía patológica o en la bioquímica de enfermedades del aparato locomotor.

El 7 de diciembre de 1941, el Japón atacó Pearl Harbor y Estados Unidos entró en la segunda guerra mundial. Se movilizó buena parte de la facultad, se redujo el número de residentes y aumentó

el trabajo para los que quedamos. Las tres enfermedades más frecuentes en quella época entre los niños eran la poliomiélitis, la osteomielitis, y la tuberculosis osteoarticular. Las dos últimas desaparecieron casi por completo con el descubrimiento de la penicilina y de la estreptomicina. Pocos años después también desapareció la poliomiélitis con el descubrimiento de las vacunas de Salk y de Albert Sabin. Las deformidades del raquitismo habían desaparecido poco antes añadiendo la vitamina D a la leche. La labor del cirujano ortopeda cambió radicalmente. Las deformidades congénitas, la escoliosis idiopática, la osteoartritis y, sobre todo, los traumas de accidentes y deportes llenaron clínicas y hospitales.

Durante las grandes epidemias de poliomiélitis a finales de los años 40 y comienzos de los años 50 nos llegaban al otoño, los aterrorizados padres, con sus niños víctimas de parálisis. Venían a centenares. A los enfermos más graves se les introducía en los llamados pulmones de acero para facilitarles la respiración. Trabaje días largos muchos otoños con el pediatra especialista en fisiología pulmonar.

Winnett Orr, jefe del hospital de ortopedia infantil de Lincoln Nebraska, era amigo de Steindler y se visitaban a menudo. Me invitó a pasar un par de meses del verano de 1942 en su servicio de ortopedia. Orr tenía las ideas muy claras sobre el tratamiento de la osteomielitis. Su profundo conocimiento de la biología de la inflamación le llevó a desechar el uso de desinfectantes así como de frecuentes curas, haciendo hincapié sobre el drenaje y el reposo de la extremidad lesionada como el mejor medio de favorecer las defensas naturales del cuerpo. Muchos de sus enfermos tenían osteomielitis crónica debido a fracturas infectadas o septicemia que Orr trataba mediante cuidadosos drenajes cubriendo la herida con gasa de vaselina y extensos yesos. Me dio accesos a sus archivos y estudié el proceso de curación de esta enfermedad. Orr fue quien escribió el prefacio del libro de Trueta, *Treatment of War Wounds and Fractures*, publicado en Gran Bretaña en 1940. Estaba muy interesado en conocer los detalles de nuestra experiencia en España con su método. Se los di. El debridement y drenajes que hacíamos eran más completos que los suyos mientras que nuestra técnica de vendajes inalmohadillados hacia posible poner yesos menos extensos que permitían cierta movilidad de las extremidades así que las heridas comenzaban a cicatrizar. Orr rechazaba el tratamiento funcional preconizado por Bohler, aunque en las fracturas y heridas de guerra en España el tiempo se acortó enormemente con excelentes resultados en comparación con los resultados obtenidos en guerras anteriores.

Después de mi estancia en Lincoln, escribí dos artículos sobre mis experiencias durante la guerra de España. El primero, "General Principles in the Treatment of Wounds and Fractures in the Spanish War" en *The Militar Surgeon* en 1942; el Segundo "Treatment of War Wounds and Fractures" en *Northwest Medicine* en 1943. En ambos artículos el Dr. J. Puig Guri, con quien trabajé en la guerra de España me siguió a Iowa y fue coautor.

En 1942-44, me invitaron de Fort Lenord Wood, gran base militar de Missouri, a dictar cursos sobre cirugía de guerra a los jóvenes médicos americanos alistados en el ejército. También dicté conferencias sobre el mismo tema en Chicago y en Nueva York. Los grandes adelantos en el tratamiento de heridas de guerra en Cataluña eran de gran interés en Estados Unidos.

El Departamento de cirugía ortopédica de la Universidad de Iowa tenía un importante laboratorio de patología ósea, establecido por Ernest Freund. Freund había estudiado en Austria con Erdheim, el famoso profesor de patología, y en 1931 con Jaffe en Nueva York. Cuando Steindler invitó a Freund a incorporarse a la facultad de la universidad de Iowa, trajo éste consigo parte de la colección de anatomía patológica de Erdheim. Estableció el archivo de todas las preparaciones histológicas de los tejidos obtenidos en la sala de operaciones cuya descripción detallada se encuadernaba anualmente. Vernon Luck, uno de los residentes de Steindler, se hizo cargo del laboratorio de patología cuando Freund se fue de Iowa a trabajar con Albee. Cuando yo llegué a Iowa City, el laboratorio estaba

a cargo de un profesor de anatomía patológica con quien comencé a trabajar por las noches. Mis estudios de patología con Roca de Vinyals en el hospital de San Pablo de Barcelona me habían preparado bien para el trabajo de laboratorio.

En el verano de 1943 fui a estudiar patología ósea en la universidad de Chicago. Phemister era el profesor de cirugía y Hatcher de la división de cirugía ortopédica. Juntos colaboraron en estudios experimentales y clínicos de patología en su laboratorio que era el mejor del país. En él se formaron el núcleo de investigadores de nuestra profesión que ocuparon los puestos universitarios más importantes. Cada lunes, al atardecer, se reunían en el anfiteatro profesores y residentes de medicina y cirugía para examinar pacientes cuyos casos eran de difícil diagnóstico. Con ellos aprendí mucho. Un lunes, un residente presentó a un paciente griego que tenía una gran lesión redonda, misteriosa, en el pulmón derecho. Yo estaba sentado junto a Phemister y le dije que se trataba de un quiste hidatídico, común en el Mediterráneo, que yo había visto a menudo en la escuela de medicina de Barcelona. Phemister comentó sobre la importancia de la geografía en medicina.

De regreso a Iowa City me hice cargo del laboratorio y de dar clases de patología ósea a los residentes de ortopedia y a los estudiantes de medicina. El departamento de Steindler estaba muy bien organizado. Desde el comienzo de mi residencia en julio de 1942 vivía en el hospital. Steindler no conducía. A las 6 de la mañana iba yo a su casa, desayunaba con él, y le llevaba en su coche al Mercy Hospital donde tenía sus enfermos privados. Le ayudaba a operar, y a las 9 le conducía al Children's Hospital, adyacente al Hospital universitario, construido en 1920 con fondos de la Rockefeller Foundation. Los residentes le presentábamos la lista de los casos tratados durante la noche y el estado de los casos críticos.

En el Children's Hospital había cuatro salas de veinticuatro camas, una para niñas, una para niños, una para mujeres y otra para hombres. Las salas tenían unas puertas anchas para sacar a los enfermos al sol en sus camas. Steindler pasaba visita a una de las salas cada día.

A las 8 de la mañana, un grupo de residentes veía a los enfermos de la clínica y, más tarde, Steindler revisaba los casos importantes y daba las indicaciones quirúrgicas. Otro grupo de residentes trabajaba en la sala de operaciones bajo la supervisión de un profesor auxiliar y Steindler intervenía sólo en los casos difíciles.

A la 1 de la tarde, después de un breve almuerzo, había clases de disección anatómica, biomecánica, bioquímica, patología, y de clínica ortopédica. Después se veían otros enfermos en la clínica y en las salas hasta las seis de la tarde. Después de cenar, algunos íbamos al laboratorio, o a repasar historias clínicas y revisar radiografías relacionadas con nuestros proyectos de investigación clínica.

Mi primer proyecto fue estudiar la incidencia de hernia discal en los cadáveres que acababan de diseccionar los estudiantes de anatomía. Hice extensas laminectomías en 32 cadáveres y encontré hernias discales en 10 de ellos. Steindler, que era un cirujano conservador, creía que se hacían demasiadas laminectomías innecesarias. Él trataba a menudo el lumbago y la ciática inyectando novocaína en las inserciones tendinosas dolorosas de la columna lumbar y del sacro, a menudo con éxito. Se sorprendió con mi descubrimiento pero no quiso que lo publicara porque no teníamos las historias clínicas de los cadáveres y no sabíamos si habían tenido síntomas, o no. Hoy sabemos mediante el MRI que un 30 por ciento de adultos tienen hernias discales sin síntomas o con síntomas pasajeros.

Mi segundo proyecto fue estudiar los resultados de la cirugía del pie zambo en casos operados en la década de los 20. El Departamento mantenía cuidadosamente ficheros y radiografías de todos los casos vistos desde 1917; la población de Iowa era muy estable. Por tanto, me fue fácil encontrar 24 de los pacientes operados de más de 20 años de edad. Aunque los pies parecían casi normales, todos eran rígidos, débiles y dolorosos. En algunos cuyas radiografías mostraban articulaciones muy

dañadas y artríticas, los dolores eran muy intensos y necesitaban caminar con bastón. Steindler se opuso a que publicara los resultados aludiendo que la cirugía del pie zambo había mejorado y que los resultados en el futuro serían mejores. Hacíamos entonces muchas operaciones de pie zambo según la técnica de Brockman cortando ligamentos de la parte interna del pie y las capsulas de las articulaciones del tarso para reducir la subluxación del escafoides y desplazar lateralmente el calcaneo y pensé buscar una alternativa poco invasiva. La desarrollé pocos años más tarde.

En 1947 obtuve la ciudadanía norteamericana. En la década del 40 se publicaron dos monografías muy importantes sobre dislocación congénita de cadera: la de Eric Severin en Suecia y la de Ortolani en Italia. Encontré en las fichas de la Universidad de Iowa gran número de casos de dislocación congénita de cadera tratados desde la década de los 20. Hice llamar a 129 de estos pacientes a quienes examiné clínicamente y cuyas nuevas radiografías estudié. Resultó evidente que los resultados dependían de la edad del paciente, y de la reducción concéntrica atraumática de la cabeza femoral, para evitar necrosis, seguida de un tratamiento prolongado con una férula de abducción. Publiqué dos trabajos sobre las razones del fracaso del tratamiento (1944) y sobre la patomecánica de la cadera después de la operación del techo (1946). En 1950 publiqué en el Journal of the Iowa Medical Society un artículo sobre la patología y el diagnóstico precoz de la dislocación de cadera en los bebés aplicando el signo de Ortolani, el "scatto". Dicté muchas conferencias en asociaciones médicas de los condados de Iowa, para informar a médicos y enfermeras cómo hacer tal diagnóstico. Los resultados mejoran considerablemente al adoptarse en Iowa el tratamiento precoz de la dislocación.

Más tarde, estudié a fondo en cortes histológicos de la pelvis de fetos y niños el desarrollo del acetábulo en la cadera normal y en la dislocada. En la clínica observé las variaciones en el desarrollo del acetábulo después de la reducción. Para disminuir la incidencia de necrosis de la cabeza femoral optamos Weinstein y yo operar por vía interna las dislocaciones altas. Weinstein ha popularizado esta técnica con la que ha disminuido algo la incidencia de necrosis. Cuando visité al profesor Chiari en Viena me dijo que estaba de acuerdo con mis hallazgos sobre la patomecánica de la dislocación de cadera que coincidía con su tratamiento. Fuimos al teatro de la ópera, recién reconstruido, donde tocaron "El buque fantasma" de Wagner cuya emocionante rendición todavía suena en mis oídos.

Steindler, quien había escrito extensamente sobre escoliosis, me sugirió de estudiar esta deformidad. Revisé historias clínicas y radiografías de 394 pacientes de escoliosis idiopática no tratados quirúrgicamente y seguidos durante más de diez años. Mi primer objetivo era establecer el criterio para determinar la prognosis. Con la ayuda del residente Barry Friedman, clasifiqué la escoliosis idiopática en 5 tipos: torácicas, lumbares, toracolumbares, combinadas y cervicotorácicas, clasificación fundamental para determinar la evolución de la deformidad. Estudiamos el metabolismo del calcio, del fósforo y del nitrógeno en niñas de escoliosis moderada y severa. No se encontró anormalidad del metabolismo mineral pero sin un disturbio en el catabolismo de las proteínas y un exceso de nitrógeno en la orina, que no ha sido comprobado por otros laboratorios. Los exámenes histológicos de las vértebras, de los discos intervertebrales, de los ligamentos de la columna, de la médula y del cerebro salieron todos negativos.

Con objeto de profundizar en la patogénesis de la escoliosis estudié la escoliosis producida en ratas y conejos muy jóvenes alimentándoles con una dieta abundante en guisantes de olor (*Lathyrus odoratus*). Poco después de comenzar la dieta, observé que algunas de las ratas morían de ruptura del aneurisma disecante de la aorta producido por la falta de cohesión de las fibras elásticas y conjuntivas en la capa media. Publiqué este descubrimiento en 1952. Las lesiones esqueléticas ocurrían en lugares de rápido crecimiento y el cartílago de las placas epifisarias se fibrilaba y agrietaba ocasionando deslizamientos epifisarios. A consecuencia del deslizamiento de las epífisis y del aflojamiento de las inserciones tendinosas en las vértebras se inducía la escoliosis. Estos trabajos estimularon el estudio

de la patología del aneurisma disecante de la aorta, que ocurre en enfermedades tales como el Marfan y el síndrome Ehler-Danlos. La patología de las placas epifisarias de los animales latíricos es parecida a la observada en niños con deslizamientos epifisarios, cifosis juvenil, enfermedades de Blount y de Perthes y en displasias epifisarias múltiples. Sin embargo, la patología de la escoliosis idiopática sigue eludiéndonos.

Nuestros estudios impulsaron a los bioquímicos a estudiar la causa de la debilidad de las fibras del colágeno sintetizado en nuestros animales de experimentación. Se encontró que el colágeno nuevamente sintetizado era soluble en suero fisiológico mientras faltaban los entrecruces de la fibrilla del colágeno. Se identificó el beta-aminopropionitrilo (BAPN) como el compuesto químico activo del garbanzo de olor y, finalmente, se descubrió que inhibía la encima lisil oxidasa indispensable para la formación de la hidroxilisina e hidroxiprolina necesarias para los entrecruces de la fibrilla colágena. El BAPN se volvió indispensable en los laboratorios para el estudio del colágeno.

Estos trabajos fueron subvencionados por el National Institute of Health de Washington. Me indujeron a colaborar en varios laboratorios y participar en los congresos de bioquímica del tejido conjuntivo. Nos reuníamos anualmente en la Gordon Research Conference de Meriden, New Hampshire, adonde acudían biólogos, químicos, bioquímicos y cristalógrafos de laboratorios y universidades mundiales. En 1953 presenté mis trabajos en la Society for Experimental Biology and Medicine y en 1954 en la American Orthopedic Association en Breton Woods, New Hampshire. En 1955, a raíz de estos trabajos la American Academy of Orthopaedic Surgeons me otorgó el premio Kappa Delta. En 1956 me nombraron Claude Bernard Visiting Profesor de la Universidad de Montreal, Canada. En 1957 conferencié en el Royal National Hospital de Londres y en el Congreso de la Sociedad Internacional de Cirujanos Ortopedistas de Barcelona. Ese mismo año hice una gira por Hispanoamérica invitado por las sociedades de cirugía ortopédica y dicté conferencias en las universidades de Buenos Aires, Rosario, Córdoba, Montevideo, Santiago de Chile, San Pablo y Rio de Janeiro. Las sociedades de cirugía de la Argentina, Brasil y Chile me nombraron socio honorario.

En 1954 se fundó la Orthopedic Research Society cuyo programa anual, que había que presentar el día antes del congreso de la American Academy of Orthopaedic Surgeons, estuvo a mi cargo los primeros años. Me costaba encontrar 8 trabajos de investigación para llenar el programa. En 1960 fui el presidente. Hoy día se presentan miles de trabajos de los cuales se escogen unos centenares para presentar en la asamblea durante dos días y medio de tres sesiones simultáneas.

El único laboratorio donde se estudiaba la bioquímica de la placa epifisaria en la década de los 50 era en Pavía, Italia, bajo la dirección de Zambotti, a quien yo visité varias veces. En la universidad de Pavía, en la que trabajaron grandes científicos, Volta, Scarpa, Golgi y otros, conocí al profesor A. Castellani, a quien invité a trabajar en mi laboratorio de Iowa. Así se iniciaron prolongadas estancias de bioquímicos de Pavía en Iowa City hasta que vinieron a establecerse aquí Vitorio Pedrini y su mujer Angela. En una de mis visitas a Pavía tuve la suerte de acompañar a Zambotti a oír cantar a la diva Callas en la Scala de Milano.

En 1960, fui a dar conferencias en el Instituto Rizoli de Boloña, y allí conocí a Ortolani quien me llevó a Ferrara a ver su colección de caderas de niños en diferentes grados de dislocación cuyo reborde cartilaginoso del aplanado acetábulo ha de salvar la cabeza femoral cuya reducción se reconoce, como hemos dicho, mediante el "scatto". De allí me llevó a Ravenna a visitar las espléndidas basílicas y el mausoleo de Gala Placidia, días inolvidables para mi. Ese mismo año conferencié en las universidades de Praga, Brno, Lund, Oslo, Bruselas, y París en Europa, y en las de Minesota, Arkansas, Alabama, Atlanta, Chicago y Nueva York y en el congreso de cirugía de México.

Con los Pedrini estudiamos la bioquímica del cartílago de crecimiento y en biopsias de la cresta iliaca de niños con deformidades esqueléticas tales como la acondroplasia, el Morquio, displasias

metafisarias, displasias epifisarias múltiples y la pseudocondroplasia. Con los doctores Cooper y Maynard del Departamento, estudiamos bajo el microscopio electrónico la ultraestructura de los cartílagos defectuosos. Más tarde, junto con el doctor Ernesto Hipólito, quien vino de Roma, estudiamos estos desórdenes de crecimiento utilizando refinadas técnicas de histoquímica. Sólo recientemente, con las técnicas de genética, se está logrando encontrar los genes y las proteínas deficientes en estos pacientes. Así se ha descubierto que una mutación en el gen de la fibrilina causa el síndrome de Marfan. Una mutación en el fibroblast growth factor receptor causa la acondroplasia. Una mutación en el gene matrilin-3 se supone que causas formas leves de displasia epifisaria múltiple. Perthes y otras osteocondrosis pueden derivar de fallas en la compleja formación de la matriz del cartílago. Por tanto, los cirujanos ortopedistas deben colaborar con los científicos en la biología molecular e ingeniería genética para entender la naturaleza de estos desórdenes del esqueleto y aplicar el tratamiento adecuado.

En 1961, de regreso de dar un curso de cirugía ortopédica infantil en la universidad de Guatemala, visitamos mi mujer Helena y yo los espectaculares monumentos mayas de Yucatán, testimonio de la grandeza de una civilización desconocida hasta la conquista, cuyo impacto dejó en nosotros impresiones indelebles de constante reflexión.

En 1963 publiqué en el Journal of Bone and Joint Surgery cómo debe corregirse el pie zambo así como los resultados tras una década del tratamiento con la técnica que elaboré, basada en la biología de la deformidad y en la anatomía funcional del pie. Este trabajo no se leyó cuidadosamente y por lo tanto la compleja deformidad en tres planos del pie zambo no se entendió y el trabajo fue ignorado durante 30 años. En contra, mi trabajo sobre la corrección del metatarso adducto, publicado en el mismo Journal tres años más tarde se entendió enseguida porque la deformidad ocurre en un solo plano. Sólo tras la publicación en 1995 del seguimiento de mis pacientes tratados treinta años antes, así como de la publicación de mi libro Congenital Clubfoot, Fundamentals of Treatment un año más tarde, algunos cirujanos ortopedistas comenzaron a utilizar mi técnica.

La razón de no entenderse la deformidad del pie zambo durante tantísimos años y aplicar tratamientos erróneos es resultado de la noción descarriada que las articulaciones del tarso se mueven sobre un eje de movimiento fijo descrito en publicaciones de biomecánica del siglo XIX. Y así, los ortopedistas trataban de corregir la grave supinación del pie zambo mediante una pronación forzada del pie que aumentaba al cavo y quebrantaba el pie medio a consecuencia de la presión de la tuberosidad anterior de un calcáneo abducido contra la superficie inferior de la cabeza de talo. Mientras que la corrección consiste simplemente en abducir el pie en supinación para deslizar simultáneamente el calcáneo, el cuboides y el escafoides bajo el talo hasta su posición normal. Se ejerce contrapresión con el pulgar sobre la superficie lateral de la cabeza del talo para evitar su rotación en la mortaja tibioperonea. La corrección es posible debido a que hay en los gruesos ligamentos de la parte interna del pie zambo abundancia de células muy activas y fibras de colágeno corrugado fáciles de estirar. No hay que cortar ligamentos. El único tendón que no se estira fácilmente es el tendón de Aquiles que a menudo hay que seccionar subcutáneamente para corregir el equino. Los resultados son excelentes y a mi clínica llegan pacientes de todo el mundo. Cambiando los yesos cada cinco días los pies quedan corregidos en tres semanas.



El Prof. Ponseti en 1960.

En la década de los 60, como miembro del "Skeletal System for the National Institute of Health" y como Chairman del Clinical Research and Biostatistics, tuve que desplazarme a menudo a Washington para evaluar propuestas de investigación de laboratorios universitarios y considerar

nuevas direcciones en la salud pública. Como miembro del Planning Committee of the Skeletal System of the National Academy of Sciences, visité muchos centros universitarios para establecer laboratorios de bioquímica o biomecánica adjuntos a los departamentos de cirugía ortopédica además de becas para estudiantes universitarios graduados interesados en investigar problemas del aparato locomotor. Se establecieron 17 centros de investigación de los cuales hoy en día sólo quedan, desgraciadamente, unos 8 debido a la creciente orientación quirúrgica en la actualidad.

En 1966 obtuve una beca del Commonwealth Fund para mi sabática con el propósito de visitar importantes centros de investigación del aparato locomotor en Europa. Al mismo tiempo, mi mujer Helena Percas, catedrática de literatura de Grinnell College, tuvo una sabática que dedicó a trabajar sobre Cervantes. Pasamos cinco meses en Europa, visitando en París los laboratorios de Lamy y Maroteau, autoridades en condrodistrofias, deformidades que yo había estudiado extensamente. Maroteau me mostró sus extensos archivos sobre la patología de estas deformidades y juntos llegamos a algunas aclaraciones. También visité a los profesores Judet y a Merle d'Aubigné, clínicos de nota. Con el doctor Queneau, quien había estudiado en Iowa conmigo, fuimos a visitar al doctor Grossiord en el gran hospital Raymond Poncaré, lleno de niños afectados de poliomielitis, muchos de ellos con grave escoliosis parálitica porque la vacuna contra la polio no se hizo obligatoria en Francia hasta 1965.

En Berck Plage visitamos el impresionante centro que fue de 1000 camas cuando se construyó para el tratamiento de la tuberculosis. Ahora estaba dedicado a enfermedades crónicas del esqueleto, tales la escoliosis, Perthes, dislocación de cadera, y otras anomalías congénitas. Yves Cotrel estaba a cargo de cuatrocientas camas ocupadas por enfermos de escoliosis. Los niños vivían durante 6 a 12 meses tratados con yesos muy bien aplicados correctores no sólo de la escoliosis sino también de deformidades torácicas.

Camino de España, pasamos por Lyon a visitar el centro de cirugía de escoliosis dirigida por el doctor Stagnara. En Madrid, los doctores Miguel Ferrer Torrelles y M. Palazón de la Barreda organizaron en mi honor una sesión científica en la Fundación Jiménez Díaz en la que participaron célebres cirujanos e investigadores. Mi conferencia fue sobre Conceptos actuales sobre la escoliosis. El laboratorio de bioquímica del doctor Vivanco, experto en latirismo y tejido conjuntivo, me impresionó por la excelente labor que se estaba haciendo; así como el servicio de cirugía del hospital de la Puerta de Hierro dirigido por el doctor Diego Figuera. En el sur de España pasamos unos días emocionantes admirando los jardines y la arquitectura de la Alambra, la casa cercana donde vivió Manuel de Falla, la tumba de los Reyes Católicos y las pinturas flamencas de principios del Renacimiento.

En abril fuimos a Cambridge, Inglaterra, con motivo del congreso de la British Orthopaedic Association. Ruth Wynn Davis presentó sus trabajos sobre la genética de la escoliosis posiblemente transmitida de forma dominante. Pasé unos días en el Strange Way Laboratories dirigidos por Dame Honor B. Fell, uno de los mejores laboratorios de biología en el que colaboraban unos treinta científicos de distintas disciplinas sobre problemas de crecimiento del esqueleto. Dame Honor Fell estaba interesada en mis investigaciones sobre la acción de los aminonitrilos en el colágeno. Ella trabajaba en la vitamina A en los lisosomas de las células cartilaginosas y sobre la acción de la papaína en el cartílago. En Oxford, el profesor Duthie estaba reorganizando los laboratorios del Nuffield Orthopaedic Center creados por el profesor Trueta, recientemente retirado en España. En Londres, durante dos semanas traté con los profesores Osmond Clark y Herbert Sedon de problemas de cirugía ortopédica de deformidades congénitas. El doctor H.Sissons dirigía un laboratorio de patología ósea en el Royal National Hospital. Sus trabajos sobre microradiografía y autoradiografía en la osteoporosis eran básicos. Me sorprendió la gran cantidad de la escoliosis infantil en Inglaterra, cosa casi desconocida en

Estados Unidos. Recientemente, la escoliosis infantil ha disminuido considerablemente en Inglaterra por razones desconocidas.

También me sorprendió ver la gran cantidad de niños de extremidades congénitamente mutiladas debido al thalidomide que se daba a las madres encintas para dormir, producto prohibido en Estados Unidos, debido a una observación astuta de una embrióloga, Francis O. Kelsey, del National Institute of Health.

En Londres di varias conferencias sobre escoliosis, osteocondrosis y anomalías de crecimiento. Durante nuestra estancia en Londres, Helena trabajó en la British Museum Library sobre Cervantes y el Quijote, y publicó su primer artículo, "La cueva de Montesinos", comienzo de sus publicaciones cervantinas hasta la fecha.

Pasamos a Escocia y en Edimburgo trabajé con el profesor Jip James sobre las nuevas técnicas de Harrington en el tratamiento de la escoliosis. Di varias conferencias a los residentes y estudiantes de medicina y me dieron el premio Lawrence Pool de 1966. El hospital Margaret Rose, recientemente modernizado por el profesor James, contenía 150 camas ocupadas por niños con graves deformidades del esqueleto que James, Mitchel y otros colegas trataban con mucha habilidad.

El trabajo de Chalmers sobre osteoporosis en ancianas de Edimburgo era muy interesante pues las biopsias demostraban osteomalacia de los huesos, seguramente a consecuencia de la mala dieta, falta de sol y de actividad. Mr. Baker, quien había trabajado con Sharrard en Sheffield sobre espina bífida, operaba esta deformidad congénita en bebés poco después del nacimiento imaginando que podía prevenirse la supuesta deteriorización neurológica.

En Bélgica, el doctor Joseph Mulier, quien se había formado en nuestro servicio de Iowa City, era profesor de ortopedia en la Universidad Flamenca de Lovaina, tenía muchos pacientes, y organizaba cursos anuales a los que acudían cirujanos de toda Europa. En el laboratorio de la Universidad Católica, Lacroix trabajaba sobre el cartílago de crecimiento y me enseñó sus preciosas preparaciones histológicas del anillo pericondral que lleva su nombre.

En la Universidad de Leiden, Holanda, vi los importantes trabajos del profesor Landsmeer sobre el desarrollo de los músculos de la mano en fetos. Con él trabajaba el profesor Huson, cuya importante tesis doctoral sobre la Anatomía funcional del tarso (1961) vino a corroborar mis hallazgos sobre la anatomía funcional del pie zambo, base de mi tratamiento. Los laboratorios de cultura de tejidos del profesor Guillard eran los mejores de Europa. Nuestra llegada a Leiden coincidió con la fiesta y concurso de tulipanes expuestos en jardincillos espectaculares.

En Alemania, los departamentos de ortopedia estaban en estado de transición. Los profesores Pauwels, Kuntscher y Lange se habían retirado. En Heidelberg el profesor Lindeman, había muerto recientemente, y el doctor Marquant llevaba una clínica de niños afectados de enfermedades del aparato locomotor. El problema trágico de entonces era el de los miles de niños sin extremidades, víctimas de la talidomida para cuya rehabilitación se estableció un centro en Munich dirigido por el profesor Heff.

En Suiza fuimos con el profesor Fredenhagen de Basilea, quien había estudiado con nosotros, a ver al profesor Muller de Saint Gallen y de Berna, autor de varios instrumentos para la fijación de fracturas y artoplastia de cadera. En Italia nos encontramos con los Bolognani, Castelani y otros bioquímicos que habían trabajado en mi laboratorio y seguían estudiando el metabolismo de las células cartilaginosas. El doctor Goidanich, quien fue jefe de anatomía patológica del Instituto Rizzoli de Boloña, era entonces el profesor de cirugía ortopédica de Pavía donde fui a dar varias conferencias.

En los países escandinavos los hospitales universitarios estaban muy bien organizados. En Goteborg trabajaban con Karl Hirsh, los doctores Nachemson, Galante y Waugh en investigaciones de biomecánica y biología de columna vertebral, de inmenso interés para mi. Moberg, que nos había

visitado en Iowa City, era un excelente cirujano de mano y dirigía su propio departamento. Nos llevó a navegar unos días de sol por el Skagerrak. En Malmö, el Dr. Von Rosen y el Dr. Andren habían difundido el diagnóstico precoz de la dislocación congénita de cadera, como había hecho yo antes en Iowa, siguiendo las normas establecidas por Ortolani en Italia.

En Lund, Gunnar Wiberg dirigía un excelente departamento de investigación y el Dr. Hanson me mostró cómo la tetraciclina indicaba las trabéculas óseas neoformadas en la metáfisis de los conejos. El Dr. Kuntscher de Alemania, profesor visitante a la sazón, nos enseñó como hacer una osteotomía de un fémur deformado a través de un pequeño orificio en el trocanter mayor. Después de mis conferencias tuve ocasión de pasar dos días en el servicio de ortopedia que dirigía el profesor Sten Friberg, a la sazón rector del Karolinska Institute de la Universidad de Estocolmo y presidente del comité que otorga el Premio Nobel.

En el laboratorio del doctor Langenskiöld en Helsinki, el Dr. Michelsson estudiaba el desarrollo de la escoliosis en animales de experimentación cortando ligamentos intervertebrales. En Oslo nos alegró ver al Dr. Ingulf Medbö, quien había estudiado con nosotros en Iowa y estaba de jefe de sección de cirugía ortopédica infantil.

Medbö nos llevó a un hotel de montaña al sur de Trondheim desde donde salimos caminando por montes lunares, continuamos en autobús hasta Sognfiord, en barco hasta Laerdal, a pie hasta Voss y en autobús hasta Bergen donde tomamos el tren a Oslo. Por las noches dormíamos en los Hütte, modestos paradores de montaña, y leímos Nils Hölgerssons de Selma Lagerlöf y el teatro de Visen.

Esta sabática por Europa visitando los centros más activos de investigación del aparato locomotor fue de gran valía para mi y para nuestro departamento de ortopedia de la Universidad de Iowa.

En la década de los 60 pasamos el mes de julio en las montañas rocosas del Canadá. Ocupábamos una cabina en un hotel rústico de montaña del lago O'Hara. Hacíamos excursiones diarias por parajes espectaculares de glaciares y montes habitados por osos, cabras montesas, castores, ardillas y gran variedad de aves. Alternábamos nuestros trabajos universitarios con excursiones por lugares espectaculares, tales Lake O'Hara y sus alrededores en el Canadá, Murren y la Jungfrau en Suiza, las montañas de la costa noroeste de Mallorca, Aigüestortes en los Pirineos, las montañas rocosas de Colorado, las Cascade Mountains de Oregón y Washington, el Lake District de Inglaterra. En estas excursiones siempre llevaba libros de botánica y geología con que identificar las plantas y rocas del camino para estar más en contacto con la naturaleza. En nuestras excursiones por América nos acompañaban a veces nuestro hijo Bill y su familia, radicados en California, y por Europa nuestra hija Marta y su familia, radicados en Hannover. Las excursiones más espectaculares las hice de joven: en 1940 escalé el Popocatepetl en México y en 1948 atravesé en un día el Gran Cañón del Colorado.

En la década del 70 aumentó mi actividad en la clínica así como en la sala de operaciones. Junto con Sterling Laaveg revisé los casos de pie zambo que había tratado en los años 50 y 60 y constaté que la mayoría de los pies eran funcionalmente normales. Con Ernesto Hipólito, venido de Italia a trabajar conmigo nuevamente estudié los cortes histológicos del pie zambo de varios fetos, y con Hipólito, Stuart Weinstein y George El-Khoury revisé las radiografías de mis pacientes con pie zambo unilateral tratados veinte años antes para observar la diferencia en la estructura de los huesos y articulaciones del pie normal y del zambo.

En esa década comenzamos a tomar una parte de nuestras vacaciones en invierno durante el riguroso clima de Iowa City, para ir a Barcelona a ver a mi hermano Miguel y su familia, recorrer el barrio gótico donde crecí y pasé mi juventud, y empalmar el pasado con el presente. Miguel es licenciado en ciencias exactas de la Universidad de Barcelona y tiene el doctorado de la Escuela Superior de Arquitectura de Barcelona. Construyó más de 300 edificios y otros tantos de ampliación. Fue arquitecto del Ayuntamiento de Barcelona y profesor de análisis matemática de la Universidad,

además de dar clase de Topografía y Geodesia de la escuela de Arquitectura. Hombre de múltiples talentos, fue gran deportista de joven; ganó el campeonato de pelota de mano. Después de retirado se dedicó a escribir. Compuso dos libros importantes, uno sobre la historia de los cambios de nomenclatura de las calles de Barcelona y otro sobre sus Quaranta anys d'arquitecte (1948-1988), el cual contiene una selección de sus obras más importantes, da directivas a los arquitectos jóvenes, y caracteriza la sociedad barcelonesa durante la segunda mitad del siglo XX. Más tarde escribió novelas filosófico-psicológicas hasta la actualidad.

En el invierno de 1978 pasamos un mes en Mallorca. Jordi Pujol, director de la Banca Catalana de Barcelona, nos puso en contacto con Joan Beltrán y Romeu, director de la Banca Catalana de Palma por asuntos relacionados con las propiedades de Helena. Nos hicimos amigos. A través de él y de su mujer Catalina conocimos a varias familias mallorquinas, los Sastre, los Masot, el arquitecto Pere Garau y su mujer, y otros, con quienes entablamos entrañable amistad e hicimos excursiones por las montañas y hermosos parajes de Mallorca. Nos gustó tanto que decidimos volver cada invierno, cuando florecen los almendros a ver a estas familias nuestras por elección. Pronto conocimos a dos matrimonios más: Juan Catany de Lluchmajor casado con mi prima Catalina y Juan Alemany casado con mi prima María. Gracias a Juan Catany, aparejador y conecedor de las leyes urbanísticas de la isla, se salvaron las propiedades de Helena que peligraban perderse. Gracias a Juan Alemany y María se facilitaron nuestras estancias en el Pierto de Pollensa.

En una ocasión los Beltrán nos llevaron al Ateneo de Palma a escuchar una conferencia de José María Casasayas sobre Cervantes. La concurrencia era pequeña y al final cuando llegó el momento de las preguntas hubo un embarazoso silencio. Para romperlo Helena hizo un par de preguntas y poco después se dispersó el auditorio. Casasayas vino corriendo a ver quién era la que hizo las preguntas. Helena se presentó y al dar su nombre Casasayas dijo: "tengo su libro". Se refería a Cervantes y su concepto del arte publicado en Gredos en 1975. Fue el comienzo de una amistad que dura hasta hoy y de la creación de la Asociación de Cervantistas de España de la cual Helena es un miembro fundador. Casasayas tenía una biblioteca de tres pisos sobre el negocio de pastelería que llevaba con sus hijos. Era además abogado de fama y hombre cultísimo, caudal intelectual inagotable para nosotros. Coincidíamos en el Puerto de Pollensa con otro hombre cultísimo, autodidacta, el granjero asturiano Alonso Cienfuegos, casado con Niñez, con quienes pasamos horas memorables.

En otra ocasión los Beltrán nos llevaron a conocer a Joan Miró y a su mujer Pilar en su propia casa adyacente a su taller construido por el gran arquitecto José Lluís Sert, quien también levantó el museo Joan Miró en Montjuic. En el taller de Miró había varias telas grandes sin terminar, y en su mesa de trabajo conchas y piedras de formas singulares que le traían sus nietos de la playa así como los siurells del arte folklórico mallorquín cuyo rastro se reconoce en su escultura. La conversación se encauzó hacia Cervantes con Helena.

Los Beltrán también nos llevaron a conocer al famoso filólogo Francesc de Paula Moll en el centro del barrio antiguo de Palma. En su gran taller tenía "su calaixera", gran fichero abarrotado de datos lingüísticos que pasaron a su famoso diccionario de la lengua catalana, valenciana y balear. En los últimos años visitamos a Moll varias veces cuando sufría de una paraplegia debida a un neurofibroma vertebral inadecuadamente reseca. Más tarde invitamos a Iowa City a su hijo el pianista Joan Moll quien nos dio un excelente concierto de piezas compuestas por Chopin en Mallorca.

En la década de los 80, con Weinstein y Don Zavala revisé la función pulmonar y el estado de salud de pacientes no operados de su escoliosis idiopática que había estudiado en los 40 con Barry Friedman y en los 60 con Dennis Collis. Constaté que la deformidad no interfiere con la vida normal. Esto se ha vuelto a comprobar en un reciente estudio publicado en febrero de 2003 en el Journal

of the American Medical Association por Weinstein, Lori Dolan, y otros, bajo el título de "Health and Function of Patients with Untreated Idiopathic Scoliosis, a 50-Year Natural History Study".

En 1983, se celebró en nuestro hospital un simposio internacional en honor a mi próximo retiro al que acudieron más de un centenar de amigos y antiguos alumnos. Los profesores Jip James de Edimburgo, Anthony Catterall de Londres, Ruth Wynne-Davis de Oxford, Henry Mankin de Boston, y Alf Nachemson de Göteborg dictaron conferencias. En esta ocasión, la fundación de la Universidad de Iowa estableció el "Ignacio V. Ponseti Professorhip" para reconocer a un investigador sobresaliente de la facultad de ortopedia.

En 1984 se me nombró Doctor Honoris Causa de la Universidad de Barcelona en una ceremonia emocionante para mi por venir de la universidad donde me formé. Mi padrino fue el profesor de cirugía Ramón Arandes Adan, antiguo compañero de curso. Un año más tarde en Ciutadella donde nació me honró el Ayuntamiento entregándome la medalla de oro de la ciudad en otra ceremonia emocionante. En Palma, el Colegio Oficial de Médicos de Baleares me nombró en 1989 colegiado de honor de Baleares.

Era obligatorio retirarse a los 70 años. Quedé nombrado profesor emérito y consultante del Departamento de Ortopedia manteniendo mi oficina y mi laboratorio. Durante dos años fui de oyente a clases de arte del Renacimiento, de arte moderno y de arte africano. Me distraje dibujando con un amigo artista. Visitando los museos de Nueva York con uno de mis profesores me sentí diletante y decidí volver a mi laboratorio a investigar la elastina en los ligamentos vertebrales de animales de experimentación utilizando nuevas técnicas recientemente descubiertas. Me sorprendió ver la rapidez con que se sintetizaba la elastina en el ligamento cervical posterior del corderito y del cabrito. Nacen con el cuello en flexión y a las horas tienen que extenderlo para mamar. Tuvimos ocasión de observarlo en una de nuestras excursiones por Mallorca. La mayor parte del ligamento se sintetiza el primer día. En el laboratorio del bioquímico Michael Solursh de nuestro departamento de biología, trabajé con la doctora Nancy H. Miller comparando la elastina en los ligamentos amarillos de las columnas vertebrales de niños normales y en las de pacientes con escoliosis. Las diferencias parecían

importantes al principio, pero más adelante los resultados fueron inciertos.



El Prof. Ponseti en 2000 con un niño tratado de pie zambo.

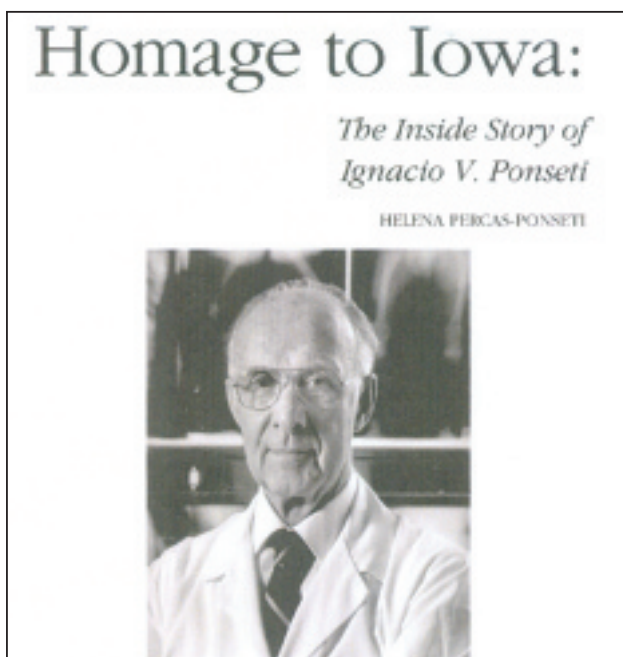
Al comenzar la década de los 90, me sentí frustrado al estar distanciado de mi profesión que tanta satisfacción me había proporcionado antes del retiro. En una tesis de nuestro departamento sobre mis pacientes de pie zambo tratados desde los 50 se vio que no había diferencia funcional significativa con la población normal de la misma edad. Me entristeció que se siguiera utilizando tanta cirugía disparatada, causante de tantos sufrimientos, y se hiciera caso omiso de mi técnica correctora de la deformidad siendo que la había descrito en varias publicaciones desde los 60. Helena me dijo que los artículos se olvidan y que era necesario escribir un libro. Se ofreció a componerlo en el ordenador que acababa de aprender a manejar. No fue fácil encontrar editor porque todos estaban editando libros sobre

nuevas técnicas quirúrgicas que resolverían el tratamiento de la deformidad. Providencialmente, se interesó en publicarlo la Oxford University Press y salió en 1996 con el título de *Congenital Clubfoot: Fundamentals of Treatment*.

Algunos cirujanos de prestigio lo leyeron, adoptaron la técnica, y sorprendidos por la facilidad de corregir el pie zambo, la divulgaron con entusiasmo. Un colega de sentido práctico, Charles Saltsman,

me sugirió de entrar en una síntesis de la técnica en el internet del Virtual Hospital, de la Universidad. Martín Egbert, un industrial, padre de cinco hijos, cuyo último nació con un pie zambo, después de tres meses de manipulaciones y escayolas ineficaces, su médico lo quería operar. El padre leyó extensamente sobre las técnicas operatorias y se horrorizó. Me llamó y decidió acudir a Iowa City. Al cabo de tres semanas el pie zambo de su hijo estaba corregido. Maravillado Egbert y su mujer, personas de sentido misionero, crearon su propia website en la internet para avisar a otros padres en similares circunstancias que no dejaran operar a sus niñitos porque el pie zambo era fácil de corregir. En pocos años se ha popularizado mi técnica en Estados Unidos y se va extendiendo por todo el mundo. Mediante la ayuda financiera de los rotarios, los doctores Norgrove Penni y Shafique Pirani han intriducido el tratamiento por África y ahora lo están introduciendo por la India. Para demostrar como se mueven las articulaciones del tarso, y de qué manera se debe corregir la deformidad, he hecho un modelo de pie zambo con la ayuda de un técnico, John Mitchell, a base de huesos de plástico y ligamentos elásticos.

Actualmente, dirijo tres clínicas semanales para el tratamiento del pie zambo en nuestro hospital, al que vienen niños de todo el mundo y ortopedistas de distintos países a aprender la técnica. En estos últimos años tengo en mi trabajo el profundo agradecimiento de los padres y la mayor satisfacción de mi vida. En este mes de junio en el 116 congreso anual de la American Orthopaedic Association recibí el "Zimmer-AOA Award for Distinguished Contributions to Orthopaedics".



Biografía de Ignacio Ponseti publicada por su esposa Helena, eminente filóloga valenciana y experta en Cervantes que también fue profesora en Iowa. Editado por University of Iowa, 2007.

El Profesor Ignasi Ponseti fue nombrado "Doctor Honoris Causa" de la Universitat de Barcelona. A su discurso de investidura contestó el Profesor Ramón Arandes Adán, Catedrático de Patología Quirúrgica, que fue amigo y compañero suyo de estudios desde su vida universitaria. Resaltamos estas palabras que traducimos del catalán:

"Ponseti ha constituido un caso más de armónica adaptación a la evolución científica, técnica, económica y social de la actual cirugía del aparato locomotor. Ponseti adaptó esta actitud universal haciendo suyos algunos aforismos de la cirugía que alcanzaran el rango de dogmas. Entre los más significativos sobre este particular podemos dar los tres siguientes:

- Hacer bien aquello que se ama y amar aquello que se hace.
- Vale más saber lo que se hace que hacer lo que se sabe.

– En cirugía ortopédica es más importante la fisiología que la carpintería.

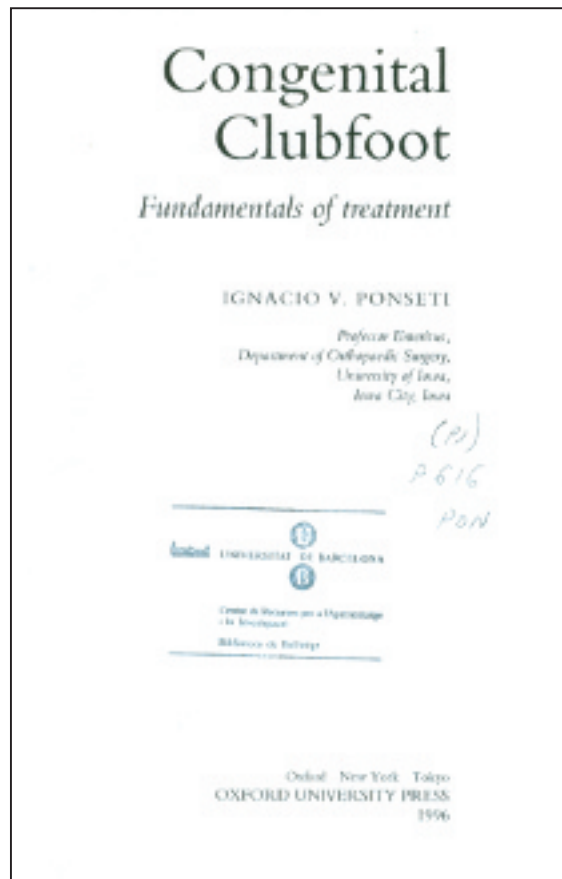
...la gran labor que Ponseti, ha realizado, canalizando y promoviendo la enseñanza y la investigación de la de la cirugía ortopédica a un ritmo paralelo al de la evolución de la sociedad, y habiendo demostrado-poniendo a prueba sus condiciones- cómo es posible superar las dificultades, a veces incluso naturales con las que se puede tropezar en los primeros pasos".

"Post Scriptum"

Ignacio Ponsetí Vives falleció en Iowa el 18 de octubre de 2009 a los 95 años de edad. Su

muerte fue muy sentida en el mundo de la cirugía ortopédica mundial. Gracias a la ayuda de su esposa Helena llegó a publicar su libro sobre el pie zambo congénito. Las notas necrológicas fueron varias y su universidad de Iowa le honró con un acto académico "In memoriam" al que asistieron celebridades mundiales. Copiamos de la biografía, que escribió su esposa, el resumen de los más importantes honores que recibió:

- 1955 Premio Kappa Delta en investigación en ortopedia.
- 1960 Ketoen Gold Metal, American Medical Association
- 1966 Commonwealth Fellowship
- 1966 Lawrence Pool Price, University of Edinburg, Scotland
- 1975 Shands Award Lecture, Orthopaedic Research Society
- 1983 Ignacio V. Ponseti International Symposium
- 1984 Doctor Honoris Causa, Universidad de Barcelona, Barcelona, España
- 1984 Miembro Honorario, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología
- 1985 Medalla de Oro de la Ciudad de Ciutadella, Menorca, España
- 1988 Honorary member, Pediatric Orthopaedic Society
- 1989 Miembro Honorario, Colegio Oficial de Médicos de Baleares
- 1989 Miembro Honorario, Asociación Balear de Cirugía Ortopédica y Traumatología
- 2002 Premio American Academy of Orthopaedic Surgeons
- 2003 AOA-Zimmer Award for Distinguished Contribution to Orthopaedics
- 2006 Pediatric Orthopaedic Society of North American Award for Distinguished Service
- 2006 Iowa Orthopaedic Society James J. Puhl, M.D., Humanitarian Award
- 2006 European Pediatric Orthopaedic Society Maximum Meritus Medal
- 2007 Children's Miracle Network award, Orlando, FL



Este libro condensa todas sus investigaciones y aportaciones sobre pie zambo.

FRANCISCO GOMAR GUARNER (1918-2006).

Es de justicia que como colofón de estas biografías figure la de quien, a pesar de no ser fundador de la SECOT por haber nacido en 1918 y tener solamente la edad para ingresar en la universidad cuando Trias Pujol y Bastos Ansart la crearon en 1935, sin embargo fue más tarde el gran luchador para que nuestra especialidad alcanzara la categoría de cátedra en la universidad española y lo consiguió en la universidad de Valencia, de forma voluntaria por acuerdo con el profesor Carbonell en 1959 y de forma oficial con el reconocimiento y dotación de la cátedra por el ministerio en 1978. Muchos de los biografiados incluyeron en sus discursos como Presidentes de la SECOT o en sus conferencias sobre el concepto de la especialidad esta reivindicación de modo constante hasta consolidarse como una esperanza de consenso pero jamás alcanzada. Al profesor Gomar Guarnier le han dedicado estudios biográficos detallados sus alumnos Manuel Clavel Sainz de Murcia en su Historia de la Medicina Murciana y Julio Ribes Iborra autor de la Historia de la Traumatología Valenciana, ambas aparecidas en 1999. Sin ellos no habría sido posible reconstruir la participación de este maestro en la consolidación de la cirugía ortopédica y traumatología en las universidades españolas.

INFANCIA Y JUVENTUD.

Nació en Pobla del Duc (Valencia) en agosto de 1918, siendo hijo de don Francisco Gomar Ferri. Perdonad una digresión filológica sobre este ancestral apellido Gomar que puede parecer raro, pero resulta que según los tratados de antroponomía catalana ya aparece en sus formas primitivas en el siglo IX como Gotmar y Godmar de origen germánico (godo o franco) y en cuya composición el étimo "god" tanto podría traducirse por bueno (adjetivo) como por dios (sustantivo); del mismo modo derivan *gut* y *gott* en alemán, *good* y *god* en inglés. Por llevar un segundo componente acabado como muchos de aquella época en "mar" se les denomina nombres binucleares. Estos nobles carolingios de la Marca Hispanica se asentaron en ella y al cabo de unos siglos la estirpe llegó a tierras valencianas con la reconquista. Los errores ortográficos cometidos por los funcionarios castellanos después del Decreto de Nueva Planta dieron lugar a las formas Gomá y Gumá. Al comentárselo en cierta ocasión me demostró que ya tenía conocimiento de sus orígenes.

Fue hijo póstumo ya que, cuatro meses antes de nacer, su padre falleció víctima de la terrible gripe que asoló la población hasta tal punto que existieron dificultades para enterrar los muertos, como recordaban mis padres. Éste, don Francisco Gomar Ferri, era militar y político y necesitado de dinero se hipotecó para conseguirlo y llevar a cabo su actividad pública, según nos explicaron sus hijos el profesor Gomar Sancho –también catedrático en Valencia-, durante el acto de homenaje del Congreso SECOT en su ciudad, y su hija Carmen, catedrática de anestesia en la Facultad de Barcelona. Para rehacer la economía su madre, que era profesora de piano y había quedado sorda, se fue a vivir a Valencia con su madre (abuela materna). Aquí recibió la primera enseñanza y después cursó el bachillerato en el Instituto Luís Vives. Al acabar estos estudios deseaba ser militar como su padre pero las academias estaban cerradas debido a la reforma iniciada por el Presidente Azaña. En 1935 cuando tenía 17 años optó por el ingreso en la Escuela de Ingeniería y Peritos Agrícolas, pero al año siguiente fue asesinado Calvo Sotelo (13-7-36) y al cabo de cinco días se desencadenó el alzamiento del ejército de Marruecos y tuvo que interrumpir estos estudios y retornar a su tierra. Fue incorporado al ejército republicano en el Cuerpo de Automovilismo y lo destinaron al botiquín, y además consiguió un trabajo de enfermero en una clínica, con cuya remuneración ayudaba al sustento familiar. Cuando se acabó la guerra ya tenía 21 años y era momento de reemprender sus estudios: dio un giro en sus preferencias y se matriculó en medicina. Para recuperar el tiempo perdido



Francisco Gomar, joven licenciado.

durante tres años de contienda consiguió durante el primer año aprobar los dos primeros cursos y cuatro años más tarde alcanzaba la licenciatura con expediente de matrículas de honor y con el número uno en el Premio Extraordinario de la carrera.

ANTECESORES VALENCIANOS.

La ciudad de Valencia tenía tradición en el cultivo de la cirugía ortopédica y la traumatología porque existían dos importantes instituciones hospitalarias con servicios especializados: el Hospital Provincial y el Sanatorio Marítimo de La Malvarrosa. En ellos trabajaron dos personalidades que destacaron en la SECOT y crearon unos de los pilares de la nueva especialidad, lo cual les llevó a ser tenidos en cuenta para integrarse en el núcleo de fundadores: nos referimos a José Tomás López-Trigo y a Álvaro López Fernández. Cuando Gomar regresó a su ciudad como catedrático podríamos decir que encontró el terreno abonado y no un yermo en traumatología y ortopedia. Les dedicaremos unas notas biográficas como justo reconocimiento y para situarlos en su auténtico valor de pioneros.

JOSÉ TOMÁS LÓPEZ-TRIGO (1887-1975).

Nació en 1887 en Cuba, donde su padre estaba destinado como médico militar. Después de la derrota de 1898, seguida de la independencia de las últimas "colonias españolas de ultramar", los ejércitos fueron repatriados y la familia se instaló finalmente en Valencia, donde él estudió Medicina y se licenció en 1909 cuando tenía 22 años de edad. Quiso seguir la carrera universitaria y consiguió ganar las oposiciones de profesor auxiliar de la cátedra de cirugía del profesor Modesto Cogollos; tenía 26 años. Se casó con la señora Torres Babí y el hijo de ambos, Eugenio Tomás López-Trigo Torres, al cabo del tiempo acabaría siendo especialista en ortopedia y traumatología como el padre y su íntimo colaborador y publicador de las experiencias del servicio hospitalario. En 1919 concursó a Jefe de Sala de Cirugía en el Hospital Provincial de Valencia y ganó las oposiciones; este cargo llevaba anexo el de cirujano de la plaza de toros de la ciudad. Sentía preferencias por la traumatología y la cirugía ortopédica y en el hospital Provincial fue centrándose en esta especialidad, hasta que en 1923 consiguió que el servicio fuera recalificado y transformado en Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Según Gómez-Castresana, historiador de los Presidentes de la SECOT, "marcó el hito histórico de ser el primero desgajado de un servicio de cirugía general".

En su Servicio creó una tradición docente con la organización de una sesión clínica semanal y de cursos anuales teórico-prácticos de enseñanza de la especialidad con asistencia de una treintena de alumnos cada año. Los contenidos de estas actividades docentes eran básicos para la publicación en los Anales del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Provincial, pioneros en su género. Encontré el volumen de 1930 en el que aparece la conferencia dada en el curso de traumatología por el profesor Trias Pujol: Influencia de la osteosíntesis en la osteogénesis. La capacidad científica del orador se pone de manifiesto al desvelarnos aspectos de esta nueva técnica en sus balbuceos, que más tarde fueron confirmados por los grupos de estudio especializados, y primicias de la fisiopatología de la consolidación bajo fijación rígida. De la lectura de esta magistral lección reproducimos los títulos de los capítulos de su exposición: período exudativo y hemorrágico, acción de la intervención cruenta en este período, período de formación conjuntiva, período de formación del callo provisional, callo definitivo, la intervención en la pseudartrosis, la influencia del material protésico, composición química del material empleado, acción eléctrica del material empleado, acción de la masa (peso y volumen), acción de la fijación mecánica absoluta, elección de

métodos de osteosíntesis. Para mí que este artículo de algo más de ochenta años de antigüedad puede considerarse un clásico de los que merecen su publicación y comentario en las revistas modernas.

La permanente relación entre Tomás López-Trigo y Trías Pujol se descubre en las recensiones bibliográficas de la Revista de Cirugía de Barcelona de 1932 sobre trabajos del Servicio del primero aparecidos en la publicación valenciana Policlínica y firmados por su hijo Eugenio Tomás:

- Tratamiento de Orr en las osteomielitis; es el método oclusivo que se aplicaría durante la guerra.
- Parálisis incompleta del ciático poplíteo externo por compresión determinada por una exostosis de crecimiento situada a nivel de la cabeza del peroné.
- Rotura de los dos tendones de la porción larga y corta del bíceps.

Encontré el programa de su IV Curso de 1930 y aparece como primer tema Estadística de Enfermería en el que expone la actividad anual según patologías y nos da idea de la gran actividad del servicio que había creado:

- Enfermos ingresados: cráneo 125, cuello 17, tórax 47, raquis 17, abdomen 37, génito-urinario 8, miembro superior 161, pelvis y miembro inferior 294.
- Consultas externas: cráneo 203, cuello 14, tórax 97, raquis 53, miembro superior 511, pelvis y miembro inferior 331.
- Distribución: hombres 488 y mujeres 118, total 606; accidentes de trabajo 137.

Además de Trías Pujol había invitado a Martín Lagos para hablar de Tétanos y a Hernández Ros sobre Fracturas del antebrazo.

Su prestigio fue tenido en cuenta por Trías y por Bastos en 1935 a la hora de crear la Sociedad Española y se encontraba entre los que aparecen en la famosa foto del acto fundacional. En junio de 1936 se celebró el primer Congreso en Barcelona y al mes siguiente Franco se alzó en armas en Marruecos y desencadenó la guerra civil. El Hospital Provincial pasó a ser un hospital militar, los médicos fueron asimilados a Sanidad del Ejército y Tomás López-Trigo con el grado de comandante del ejército republicano. Al terminar la guerra se encontró entre los militares de graduación perdedores, al igual que su hijo Eugenio y los demás médicos y funcionarios de la Diputación de Valencia: fue depurado y castigado con la pérdida de sus cargos oficiales. Entonces la jefatura del servicio fue desempeñada por el profesor Martín Lagos hasta su traslado a la universidad de Madrid en 1945, momento en que fue amnistiado y pudo recuperar su cargo de Jefe de Sala del Hospital Provincial y de Profesor Ayudante de la cátedra de Patología Quirúrgica.

Las enseñanzas de los cursos fueron recogidas en monografías redactadas por su hijo Eugenio y fueron publicadas en Valencia por la Editorial Saber. Este autor dice que “dedica todo el esfuerzo a conservar su carácter eminentemente práctico... que el médico especializado tendrá recopiladas las ideas que se han podido obtener de los elementos bibliográficos a nuestro alcance, no tan numerosos como desearíamos, por la dificultad de adquisición de muchas publicaciones valiosas del extranjero... que el material en que se basa la monografía procede en gran parte del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Provincial de esta Ciudad”; fechado en mayo de 1948 a los tres años de terminada la guerra mundial y con España aislada por las potencias democráticas vencedoras. En la biblioteca de la facultad de medicina barcelonesa encontré las siguientes publicaciones:

- Traumatismos del hombro; 278 páginas.
- Fracturas del antebrazo; 270 páginas.
- Lesiones osteoarticulares traumáticas de la muñeca; 150 páginas. Incluye un capítulo dedicado a las lesiones del ligamento triangular y sería posiblemente la primera vez que un especialista español analiza esta patología que ahora es muy actual pero desconocida por la mayoría hace seis décadas.

La culminación de estas monografías se produjo en 1956 en Lisboa con la Ponencia del VI Congreso Nacional de la SECOT (Iº Luso Español) que se había encargado a Eugenio Tomás López-Trigo y que dió lugar a la revisión de una casuística de 902 fracturas de fémur, de las que 211 fueron diafisarias, es decir, el 23,49%. Al final del análisis meticoloso de los enfermos expone sus conclusiones y las indicaciones en las que delimita de modo cauto las osteosíntesis y sigue concediendo su puesto a la tracción continua; estábamos en los albores de la osteosíntesis.



José Tomás López-Trigo.

Al final de las Terceras Jornadas Nacionales de la SECOT celebradas en Vigo el período presidencial de José María Vilardell tocó a su fin y fue elegido presidente José Tomás López Trigo para el bienio 1953-1955. Bajo su Presidencia se celebró el V Congreso SECOT en Valencia en 1954 y sus ponencias han sido relatadas en las biografías de los doctores Vicente Vallina y García Díaz que desarrollaron el tema "El problema de la rehabilitación laboral en los accidentados de trabajo", que influyó en la adaptación de la legislación laboral a las nuevas necesidades, y en la biografía de Santos Palazzi cuya ponencia fue "Rodilla Paralítica". Durante la asamblea San Ricart comunicó que la SICOT había adjudicado a Barcelona la organización de su Congreso de 1957 y la Junta de la SECOT prometió su apoyo a tan alta distinción. Al año siguiente tuvieron lugar en Oviedo las Cuartas Jornadas Nacionales y al final de la reunión Tomás López-Trigo comunicó el fallecimiento de San Ricart que no podría ver culminados ni sus esfuerzos para traer a Barcelona la SICOT ni con ella el regreso de Trueta con pasaporte británico. Tocaba renovar la Junta de la Sociedad y el Presidente saliente propuso a Antonio Hernández-Ros Codorniu que fue aceptado.

En 1958 tuvo lugar en el salón de actos del Colegio de Médicos de Valencia la sesión fundacional de la Asociación Levantina de Ortopedia y Traumatología (ALCOT), asociación científico-cultural que comprende todos los médicos levantinos que cultiven esta especialidad. A propuesta de los socios fundadores quedó constituida la Junta de Gobierno que salió publicada en la Revista de Ortopedia y Traumatología.

- Presidente: Dr. José Tomás López Trigo.
- Vicepresidente: Dr. Antonio Sánchez García.
- Tesorero: Dr. Alberto Palop Asensio.
- Secretario: Dr. José Maestre Herrero.
- Vicesecretario: Dr. José Bosch Casans.
- Vocales: Drs. Rafael Colvee Guillén y José Barcía Pujol.

En 1983 el profesor Gomar Guarner convocó a varios especialistas para crear una Sociedad de Traumatología y Ortopedia de la Comunidad Valenciana y al amparo del Instituto Médico Valenciano se firmó el día 8 de marzo el Acta Fundacional. Tomás López-Trigo ya se había jubilado en 1956 y falleció en Valencia en 1975 a los 88 años de edad.

ÁLVARO LÓPEZ FERNÁNDEZ (1904-1974).

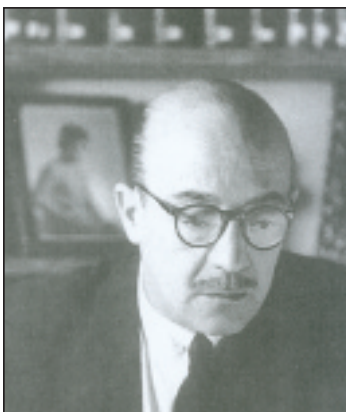
Este profesional de la cirugía ortopédica y traumatología valenciana había nacido en Cuenca y su padre era farmacéutico. Hizo sus estudios y el bachillerato en su ciudad y como decidió ser médico se matriculó en la facultad madrileña. Descubrió la cirugía; se orientó hacia este camino para lo cual se presentó a las oposiciones de alumno interno y como las ganó pudo trabajar en las cátedras de los profesores Medinabeitia y León Cardenal, formándose como cirujano general. Prosiguió sus estudios con las asignaturas de doctorado y con la presentación de su Tesis, obteniendo el título de Doctor en Medicina y Cirugía en 1929 por la Universidad de Madrid. Optó por la cirugía del aparato

locomotor y se unió al grupo de visitantes y seguidores de Bastos Ansart que actuaba de profesor ayudante en la Facultad y de Jefe de Traumatología en el Hospital Militar de Carabanchel. Cuando la Dirección General de Sanidad convocó plazas de médico para los centros sanatoriales de la Lucha Antituberculosa, que eran el de Oza en La Coruña (110 camas), Pedrosa en Santander (300 camas), Torremolinos en Málaga (180 camas) y La Malvarrosa en Valencia (270 camas), se apuntó a las oposiciones y las ganó con el número uno. Eligió Valencia y aquí, a partir de 1932, prosiguió y culminó su labor como cirujano ortopeda y traumatólogo.

He dicho intencionadamente "prosiguió" porque tengo datos de su trabajo en Madrid, ya que la Revista de Cirugía de Barcelona dirigida por Trías Pujol publicó un artículo suyo y dos reseñas bibliográficas que paso a referir:

- Factores que intervienen en las variaciones del equilibrio ácido-base en cirugía; con Juana García Orcoyen y Manuel Gutierrez Guijarro, (Rev. Cir. Bcna. 1932); trabajo de la Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid, Director: Profesor Auxiliar Dr. Bastos.
- Sobre la seudartrosis congénita de tibia; con B. Morán Cifuentes y M. Gutiérrez Guijarro, publicado en Los Progresos de la Clínica, 1932 Madrid.
- Ausencia total de tibia; con B. Morán Cifuentes, publicado en Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades, 1932 Madrid.

Durante la guerra civil fue movilizado por el ejército republicano y asimilado como oficial de sanidad y destinado al frente de Teruel; el sanatorio se transformó en hospital militar por necesidades provenientes del frente de guerra. En 1939 era un oficial del ejército perdedor y fue depurado tras la derrota, como otros médicos y funcionarios de la Diputación Provincial de Valencia, entre los que se encontraba su amigo Tomás López-Trigo. Al poco tiempo fue amnistiado y repuesto en su cargo del sanatorio. La uniformidad primera de los diagnósticos consecutivos a la acción del bacilo de Koch, preferentemente mal de Pott, coxalgias, tumores blancos, después de la guerra empezó a convivir con otros procesos como escoliosis, poliomiélitis y variedad de procesos ortopédicos. Al iniciarse el tratamiento quimioterápico y antibiótico cambió la clientela del Sanatorio y se transformó en un centro ortopédico variado allá por los años cincuenta, cuando la poliomiélitis empezó a hacer estragos.



Álvaro López Fernández

Su experiencia en el "Tratamiento quimioterápico de la tuberculosis osteoarticular" fue el trabajo que publicó en Cirugía del Aparato locomotor en 1952, en el que analizó los resultados obtenidos en una serie de 520 enfermos a los que se había administrado dihidroestreptomina, hidrazida del ácido isonicotínico y ácido paraminosalicílico. Dejó para otro trabajo las conclusiones obtenidas con el empleo de asociaciones medicamentosas, cuyas deducciones estaban en vías de revisión. Cuando se celebraron las IV Jornadas de la SECOT en Oviedo en 1955, bajo la presidencia de Tomás López-Trigo, ya pudo hacer balance de una enorme casuística de 1327 enfermos, de los cuales 733 habían sido hospitalizados y 594 se habían beneficiado del moderno tratamiento ambulatorio, y comunicó un 90% de resultados satisfactorios. Expuso las nuevas posibilidades quirúrgicas bajo la protección de la poli-quimioterapia: resección-artrodesis de la cadera, cureteado de las lesiones, injerto óseo de columna por vía anterior. En junio de 1969 se celebró en Bilbao el VII Congreso Hispano-Luso con motivo del quincuagésimo aniversario de la fundación del Sanatorio de Gortiz en Santurce, que había sido dirigido por Manuel Salaverri Aranguren, y allí Álvaro López y sus colaboradores presentaron la última actualización de sus resultados.

Publicó otros trabajos en nuestra Revista:

- Nuevo método exploratorio en la tuberculosis vertebral (1954). Se trata de una experiencia de 25 años sobre una técnica percutánea bajo control radiográfico y localización con una rejilla opaca interpuesta. Por vía posterior paravertebral derecha inyecta contraste opaco y después aprovecha la aguja para inyectar estreptomina, penicilina y novocaina.
- Resección-artrodesis de cadera (1954). Revisa 30 casos en edad infantil, de ellos 90% en estado caseoso, 40% fistulizados y 10% con destrucción cefálica, y todos en actitud viciosa. Con la intervención corrige la actitud viciosa, limpia los segmentos atacados, corrige la deformidad y rellena la cavidad con injertos óseos.
- Carpus gibus (1955). Presenta cuatro casos de esta eminencia dorsal de la muñeca entre la base del tercer metacarpiano y el hueso grande, que resulta dolorosa al final de una jornada laboral. En la revisión bibliográfica encuentra 21 casos publicados y el tratamiento ha sido siempre la resección.
- Estado actual del tratamiento de la tuberculosis osteoarticular (1956). Se trata del texto de su comunicación de las IV Jornadas SECOT sobre 1327 casos. Frente a los muy buenos resultados de la resección y la artrodesis en los niños comunica en cambio un 30% de recidivas en los adultos. La quimioterapia combinada consiguió la negativización de los focos en el 70% de los casos.
- Nueva técnica quirúrgica en el tratamiento de la escoliosis (1964). A partir del tratamiento clásico con yesos correctores seguido de fijación vertebral evoluciona hacia la acción correctora y fijadora directa sobre el raquis con la técnica de fijación externa de Zuzuérregui, consistente en aplicar tracción desde los extremos de la curva y compresión en el centro de la convexidad. Cuando la curva se ha corregido se estabiliza con dos placas solidarizadas entre sí a lado y lado de las apófisis espinosas y algunas placas son curvadas para adaptarse a la deformación residual; se completa con aporte de injerto óseo de cortical tibial.
- Tratamiento de los quistes óseos esenciales (1965). Refiere 12 casos tratados con legrado del quiste y tapizado de su pared con piel de la pared abdominal a la que se ha raspado la cara epitelial. Consigue el cierre por primera intención en todos los casos.
- Consideraciones estadísticas en el tratamiento del pie plano (1972). En su archivo constan 3640 pies planos esenciales y 737 pies planos sintomáticos. Los estudia mediante exploración clínica, alineaciones, radiografías, cálculos angulares, electromiografía y tomografía; se trata de un trabajo de gran rigor. El tratamiento conservador da 50% de buenos resultados, 35% regulares y 15% malos. El tratamiento quirúrgico, consistente en corrección operatoria y artrodesis subastragalina, es bueno en el 30% de casos vistos por primera vez y en el 15% de los fracasos del tratamiento conservador.
- En el VIII Congreso SICOT de Nueva York en 1960 presentó junto con Carlos de Zuzuérregui la "Displasia congénita de la cadera". Se trata de un trabajo con estudio sobre embriones y fetos con el que descubre una relación directa entre deformidad constituida y trastornos locales de tipo vascular. En la parte clínica valora las mediciones de Hilgenreiner para descubrir las posibles displasias y en los casos sospechosos con índice elevado para evitar la evolución hacia la subluxación o luxación. Considera la artrografía como una exploración indispensable para indicar el tratamiento y el cálculo del ángulo de anteversión para decidir si es necesaria una osteotomía de desrotación; la indica cuando el ángulo sobrepasa los 45°.

La rehabilitación fue uno de los tratamientos practicados en La Malvarrosa y la Dirección General de Sanidad valoró muy positivamente esta experiencia de tal modo que designó el Sanatorio como centro piloto para la formación de especialistas en rehabilitación. La visita en 1964 del profesor francés Pierquin, uno de los pioneros europeos de la especialidad y miembro de la OMS, significó un

refrendo para que fuera tomada esta decisión. En el IV Congreso Hispano-Luso de 1963, celebrado en Barcelona, la tercera ponencia fue compartida por la SECOT y la SPOT en un acto que Guillén García en la Historia de la Sociedad narra como "de gran confraternización". El tema "Rehabilitación del aparato locomotor" fue desarrollado por Álvaro López Fernández y el de "Rehabilitación de los traumatismos de la extremidad inferior" por Eugenio Tomás López-Trigo.

El doctor Álvaro López se sumó a la iniciativa del doctor Tomás López-Trigo de organizar cursos monográficos de formación para postgraduados que él llamaba modestamente "cursillos". Su estructura la he descubierto en el volumen de 1954 de nuestra Revista donde se anunciaba el evento con estas características

- Anatomía patológica osteoarticular, 6 lecciones.
- Lesiones del sistema locomotor causantes de invalidez, 8 lecciones.
- Tuberculosis osteoarticular, 12 lecciones.
- Las lecciones teóricas irán seguidas de sesiones prácticas.
- Los alumnos colaborarán directamente en las prácticas operatorias.
- Todas las sesiones comenzarán a las 9 horas de la mañana.
- El número de alumnos no excederá de 15, elegidos por orden de solicitud.
- La cuota de inscripción es de 500 pesetas.
- Se expedirá a los alumnos el Diploma de asistencia.

En 1964 al finalizar el X Congreso Nacional de la SECOT en Sevilla, en la asamblea el doctor Tomás Epeldegui, Presidente saliente, propuso como nuevo presidente a Álvaro López Fernández que fue ratificado por aclamación y ovación. El Congreso de 1965 se celebró en Funchal porque era ya el quinto luso-español y el Presidente aceptó la propuesta para que se nombrara Miembro de Honor al profesor Manuel Bastos Ansart por sus extraordinarios méritos contraídos con nuestra especialidad y con la Sociedad, que le distinguen como gloria nacional y como figura reconocida en el extranjero; se le concedió con una gran ovación. Siguió con su presidencia en el siguiente Congreso de 1966 en Palma de Mallorca, cuya organización recayó en Eduardo Jordá López, y al final del mismo su sucesor elegido fue Ángel Santos Palazzi Duarte. En mayo de 1965 el Presidente publicó en la Revista un Editorial, para conmemorar el XXX aniversario de la fundación de la SECOT, que para él "es una hazaña que ni siquiera nos atrevemos a intentar, porque nuestra pluma no ha de saber ensalzar la obra tanto como ella se merece, ni nuestro halago ha de ser tan justo, tan circunspecto y tan ecuánime, como corresponde a la calidad y al prestigio de los homenajeados"... "tenemos que confesar, con la emoción que al recordar este hecho nos embarga, que a la feliz idea de estos pioneros debemos la existencia de nuestra Sociedad, y la pujanza y el prestigio que hoy nos ofrece, tiene su raíz y su base en aquel acto fundacional que hoy conmemoramos". Luego transcribe la reseña del acto fundacional de 1935, publicado bajo el título de Información en el primer número de la Revista en febrero de 1936, y también el texto de la Presentación de este primer número. Concluye este Editorial con la publicación de la "primera lista de socios".

Álvaro López Fernández fue miembro de la Unión Médica del Mediterráneo Latino en cuyo escudo el lema era "Romanorum juxta mare medicum collegium". En 1971 el V Congreso tuvo como sede el Palacio Central de la Universidad de Pavía, con reunión de sociedades médicas y quirúrgicas varias. La sociedad de cirugía ortopédica y traumatología tenía tres presidentes:

- Presidente general y de la sección italiana: Prof. C. Casuccio.
- Presidente de la sección francesa: Prof. G. Rienau.
- Presidente de la sección española: Dr. S. Palazzi.

El tema general fue "Estado actual de la terapia antineoplásica". Esta reunión era el IV Congreso; el primero fue el de Turín en 1965, el segundo el de Toulouse en 1967 y el tercero el de Sitges

(Barcelona) en 1969. Para nuestra especialidad la participación en el tema general fue "Tratamiento de las metástasis óseas", que fue desarrollado por ocho profesores entre los tres países y entre ellos estaban el doctor Álvaro López Fernández como cirujano y el doctor Antonio Llombart como anatomopatólogo, ambos de Valencia.

Habría cumplido los setenta años en noviembre de 1974 y se habría jubilado. Fue el año del Congreso SECOT de Cap sa Sal (Gerona) del mes de junio, en el que se rechazó la propuesta de nombrar Miembro de Honor al profesor Josep Trueta. Aún siendo el último año de actividad preparó su participación con el tema "Artropatía en los procesos sistematizados". Había dedicado cuarenta años de su vida a trabajar en nuestra especialidad en el Sanatorio de La Malvarrosa, que –según Gómez Castresana, historiador de los presidentes- con él adquirió gran prestigio y fue centro de referencia de muchos cirujanos ortopedas. Falleció el 8 de mayo de 1974 a los 69 años de edad.

PROFESOR UNIVERSITARIO.

El doctor Gomar concursó a oposiciones de médico de hospital y ganó una plaza de médico de guardia del Hospital Provincial y también plaza universitaria de ayudante de clases prácticas siendo catedrático de Clínica Quirúrgica el profesor Martín Lagos. Éste ganó cátedra por traslado en la Universidad de Madrid y llegó de la capital un nuevo catedrático el profesor Alfonso Lafuente Chaos con quien prosiguió en su cargo de ayudante. Este organizó la cátedra y convocó oposiciones a profesor adjunto y Gomar las ganó en 1946 a los 28 años de edad. Era el momento ideal para salir al extranjero a perfeccionarse en conocimientos quirúrgicos pero la segunda guerra mundial había terminado hacía poco tiempo y las fronteras españolas estaban cerradas y por este impedimento no pudo satisfacer este anhelo. También el profesor Lafuente Chaos se incorporó a una cátedra madrileña y la valenciana le correspondió al profesor Gascó; Gomar Guarner pudo renovar la plaza de profesor adjunto después del primer cuatrienio en 1950 y se dedicó a la preparación de su tesis doctoral sobre hipoproteinemia, según relató su hijo. Compaginó la vida universitaria con el ejercicio privado de la cirugía general, en especial la infantil, y en aquella época el cirujano se desplazaba a los pueblos y practicaba operaciones domiciliarias, limitadas por su complejidad y riesgo. En su juventud, cuando tenía veintidós años, conoció a la que sería su esposa, Carmen Sancho Marí, que a la sazón tenía catorce años, y después de un largo noviazgo de siete años se casaron y ella tenía ya cumplidos los veintiuno de mayoría de edad. Su experiencia de hijo único y huérfano de padre le dejó la tristeza de la soledad y según su hija Carmen tenía el deseo de formar una familia con muchos hijos, y fueron siete.

En 1953 y a instancias de su catedrático profesor Gascó Pascual el joven profesor adjunto Gomar Guarner publicó la monografía Tumores del Mesenterio (81 páginas). En el prólogo decía aquél que "el estudio monográfico de este autor, además de compilar, tras un discreto cribado, los datos dispersos de la literatura, nos aporta sus puntos de vista fruto de su experiencia"... "El profesor Gomar ha acometido la empresa de ordenar los conocimientos actuales acerca de un tema..., afección poco frecuente pero que hay que contar con ella en el diagnóstico diferencial de los tumores abdominales"... "La forma en que mi adjunto el profesor Gomar enfoca el problema patogénico y clínico... no es discreto que yo la pondere".

El Prefacio corre a cargo del propio autor y hace seis décadas ya creía "que nada nuevo se puede añadir en estos veinte años en una época en que parece saturarse toda la capacidad publicitaria en la difusión de las recientes adquisiciones"... "Este estudio ha surgido por dos circunstancias: una de tipo general al no encontrar en la literatura reciente un trabajo de conjunto sobre este tema, y otra de tipo particular, al haber vivido en la clínica universitaria una serie de casos"... "Es tan sólo la expresión de una escuela quirúrgica en la que se inculca saber aunar la información bibliográfica con el buen

sentido clínico"... "nuestra satisfacción podrá ir unida a la que nos depara el haber sido una vez más fieles al consejo de nuestro maestro el profesor Gascó". Así nos demuestra su fervor filial hacia éste, como el que al cabo del tiempo recibiría también de sus discípulos fruto de una cadena escolástica.

La monografía consta de siete capítulos: I- concepto e historia, II- frecuencia y etiología, III- clasificación, IV- estudio patogénico, V- estudio clínico, VI- estudio diagnóstico (sindrómico, topográfico, patogénico). VII- tratamiento (enucleación, enucleación más resección intestinal, marsupialización y drenaje, punción y aspiración). Esta exposición del tema estudiado corresponde a la metódica de los tratados franceses, introducida entre nosotros por el profesor Pedro y Pons con su voluminoso Tratado de Patología Médica. No es de extrañar que el ejemplar de esta monografía del profesor Gomar procediera de la biblioteca de la cátedra del maestro barcelonés.

El camino siguiente, ya enrolado en la carrera universitaria, era presentarse a oposiciones a cátedra de patología quirúrgica. Participó en las que se convocaron para Barcelona, Valencia y Zaragoza y realizó unos exámenes brillantes pero no obtuvo plaza. Las siguientes oposiciones convocadas fueron para la universidad de Sevilla, se celebraron el 22 de diciembre de 1954 y esta vez sí que triunfó y fue nombrado catedrático a los 36 años de edad.

En aquella época el acceso a centros del extranjero ya era más fácil y su posición académica estaba consolidada, por lo cual cada año visitaba durante el mes de agosto ,privándose de vacaciones, un centro británico, de modo preferente Birgminham, y así durante veinte años. La amistad que se creó entre Gomar y miembros de la escuela ortopédica británica explica la preferencia por profesores de esta procedencia en los cursos que organizaba. Julio Ribes obtuvo de sus conversaciones con él varios nombres de los que visitó: Dillwyn Evans, de Cardiff; Roberto Roaf, de Liverpool, cuyo libro "Escoliosis" tradujo; John Sharrard, de Sheffield; Peter Ring, de Londres, que ideó la prótesis no cementada con par de fricción metal-metal. Fruto de estas buenas relaciones fue su nombramiento como Honorary Fellow de la British Orthopaedic Society y la organización, con la ayuda de Lloyd-Roberts del Congreso Hispano-Británico de COT en 1977 en Londres, siendo él Presidente de la SECOT. Esta formación en Gran Bretaña implicó a su familia en el esfuerzo ya que en verano se quedaban en Valencia en situación a veces precaria. Decidió que en pequeña escala sus hijos tenían que asomarse a Europa y todos ellos pasaron temporadas de estudios en el extranjero, según la profesora Carmen Gomar. Era la fuerza de un matrimonio enamorado que se profesaba mutua adoración, y el sacrificio de su esposa doña Carmen Sancho, lo que hizo posible la carrera universitaria del profesor Gomar Guarner hasta alcanzar las más altas cotas de su especialidad. Cuando la situación profesional y económica se estabilizó hizo construir a su gusto un residencia para descanso familiar en el pueblo de Godella no lejos de la capital valenciana para solaz en los fines de semana y durante las vacaciones.



Francisco Gomar Guarner, ya Profesor en Valencia.

En 1958, cuando llevaba cuatro años en Sevilla, murió el profesor Gascó y regresó de nuevo a Valencia para ocupar esta cátedra vacante. Y aquí sucedió un hecho muy importante para nuestra especialidad en las cátedras universitarias: su entendimiento con el otro catedrático, el profesor Carlos Carbonell Antolí, para repartirse la patología quirúrgica; Gomar se encargó de la cirugía ortopédica, la traumatología y la neurocirugía y Carbonell asumió el resto del programa. Al cabo de tres décadas se repetía la decisión de los hermanos Trias Pujol de repartirse la cirugía osteoarticular y la visceral entre Joaquín y Antonio respectivamente en Barcelona. Para completar las instalaciones de la cátedra y del servicio hospitalario montó un laboratorio del que saldrían varias tesis y trabajos de investigación, y organizó un centro de recepción

de ambulancias, siendo Director del Hospital Clínico, para que llegaran al servicio mayor cantidad de accidentados. Creó la asignatura de Enfermería Traumatológica en la Escuela de Enfermería y la Escuela Universitaria de Fisioterapia, con las que mejoró la capacitación del personal de su Servicio y de otros valencianos adonde iban a trabajar estos diplomados. Su especificidad fue tenida en cuenta por el Ministerio de Educación y Ciencia: a la cátedra de patología quirúrgica se le suprimió la dotación y ésta se aplicó a la transformación en Cátedra de Traumatología y Cirugía Ortopédica por orden ministerial de 12 de julio de 1978. Esta fecha marca un hito importante de la historia de nuestra especialidad.

SU REVISTA.

Cuando la actividad científica de la cátedra llegó a su nivel deseado se habían acumulado trabajos, investigaciones y tesis a las que era necesario dar salida con su publicación, única manera de transmitir al conjunto de especialistas los frutos de la labor docente del profesor Gomar Guarner. Le era imprescindible disponer de un órgano de difusión y la solución consistió en fundar una revista especializada y así nació en enero de 1966 la Revista Española de Cirugía Osteoarticular. En el número del primer tomo publica el nombre de los componentes de su Consejo Editorial, que junto con el secretario de redacción C. Caballé, formaban un elenco con un total de nueve especialistas selectivamente escogidos: A. Cortés Lledó (Sevilla), M. Clavel Nolla (Murcia), A. Hernández Ros (Madrid), A. Jorge Echeverri (Santiago de Compostela), J.M^a López Piñero (Valencia), F. Martín Lagos (Madrid), L. Sierra Cano (Santander), F. Vaquero González (Madrid) y M. Zarapico Romero (Sevilla). De modo más directo se rodeó de un grupo de redactores que además eran alumnos y colaboradores de la cátedra: Albert Cortell, Almenar Benages, Barcia Salorio, Darder García, Deltoro López, Ildefonso Fernández, Iborra Bosch, Gómez Castillo y López Prats. La nave empezó su travesía con alta velocidad de crucero y aún sigue surcando los mares de la cirugía ortopédica y traumatología al cabo de medio siglo. En su presentación con la primera Editorial el Director nos decía que la Revista nacía "con el ferviente deseo de contribuir al estudio y a la difusión de los trabajos de investigación y de clínica de la Patología y Cirugía del Aparato Locomotor en su más amplia concepción"... "surgida del seno



de la Universidad a la cual todos los médicos pertenecemos en su misma esencia, está abierta en sus páginas a todos los estudiosos e interesados en este importante y vasto campo de la medicina, para acoger sus inquietudes científicas, sus hallazgos investigatorios o su experiencia clínico quirúrgica en las distintas vertientes de la Patología Osteoarticular". La Revista empezó como publicación bimestral y alternando números de trabajos diversos con números monográficos y números con tesis doctorales que merecían un particular interés para su difusión. Acaba la editorial con un "Que Dios nos asista en nuestro camino y haga fértil nuestro empeño".

El estudio del primer volumen nos revela la estructura inicial: Doctrina e Investigación, trabajo del profesor Gomar; originales, seis; páginas históricas de cirugía osteoarticular: Kocher; viajes y congresos; sección informativa; crítica de libros. A lo largo del primer año fueron apareciendo trabajos de profesores extranjeros como Owen (tratamiento de la escoliosis), Mitchell (tratamiento de la luxación congénita de cadera), Sharrard (tratamiento de la espina bífida), Tubiana

(restauración de la prensión de la mano), Merle d'Aubigné (resección de los tumores óseos), Judet y Fenolosa (fracturas abiertas de la pierna). Se les añaden trabajos de profesores y autores españoles como Iborra, Clavel, Barcia, López Piñero, Almenar, Hernández Ros, Quintana (trabajo pionero sobre síndrome del ligamento triangular de la muñeca), I. Fernández, Zarapico, Sanchis, Alcantara. La primera página la ocupa el artículo de Doctrina e Investigación del profesor Gomar sobre "Interpretación fisiopatológica de la lubricación articular", que fue muy oportuno para que los cirujanos conocieran la biomecánica articular en los inicios de la cirugía protésica. A lo largo de los años años fue prolífica la aparición de sus trabajos en esta línea de doctrina e investigación y de editoriales:

- Nuestra experiencia en la epifisiodesis como tratamiento corrector de la escoliosis; con J. Iborra (1966), artículo.
- La rheología del líquido sinovial (1966), artículo.
- Análisis geométrico de la curva escoliótica (1968). Hace el análisis en los tres planos del espacio con exámenes simples y funcionales para precisar la intensidad de la curva, su grado de corrección en las lateroflexiones y las rotaciones. A partir de los ángulos de Cobb busca la máxima objetivación en grados y utiliza para ello la plantilla de Sici. Con los datos obtenidos puede aplicar técnicas de interpolación numérica gráfica y hacer estudios geométricos en ordenadores electrónicos.
- Problemática actual de la cirugía de la escoliosis (1968). Nos recuerda el epíteto de Biesalski "La escoliosis: la vieja cruz de la ortopedia". Entiende como deformidad escoliótica tan sólo a la deformidad del raquis en lateroflexión, lordosis y disrotación y analiza los tres componentes y su aumento con la gravedad que entraña la actitud erecta. El 90% de las escoliosis de la clínica actual son idiopáticas y en ellas destaca tres hechos: superdominio en edad preadolescente en niñas con rápido brote de crecimiento, el papel hereditario y la forma que aparece en el síndrome de Marfan. Señala dos orientaciones interpretativas basadas en hechos experimentales: 1º La escoliosis sería una manifestación en el raquis en crecimiento de una alteración hereditaria del metabolismo de los mucopolisacáridos (refiere los estudios de Ponseti) y 2º La escoliosis idiopática sería producida por alteraciones del tono postural en la actitud erecta.
- Enfermedad de Frieberg; con L. Almenar (1968), artículo
- El ácido láctico y el pH del líquido cefalorraquídeo en el pronóstico de los traumatismos craneoencefálicos; con Barcia Salorio y J.Barberá (1970). Utilizan perros; un lote de 24 anestesiados bajo respiración espontánea y otro lote de 21 intubados y bajo respiración asistida; el método utilizado para provocar un traumatismo craneoencefálico fue el martillo de mano. En todos se extrajo LCR por punción lumbar y sangre por punción de la arteria femoral. Se agrupan los casos en cuatro grados en función de la duración de la inconsciencia desde 2 horas a superior de 4 días y también en cuatro grados los niveles de ácido láctico. Concluye que se puede determinar el ácido láctico en el LCR para evaluar el pronóstico del traumatizado craneal y que cifras superiores a 30 mgrs por 100 en LCR y superiores a 10 mgrs por 100 en sangre arterial son de mal pronóstico.
- Problemática de las prótesis de sustitución de cadera (1972); otro gran artículo de biomecánica en el que a lo largo de 17 páginas analiza las enfermedades tributarias de prótesis, las propiedades de los materiales utilizados en su fabricación, la morfología de las piezas, los métodos de sujeción al hueso, los resultados y las complicaciones.
- El cirujano ortopédico ante las lumbalgias sin hallazgos (1977). Las define como cuadro clínico en el que el único síntoma es el dolor lumbar. Comenta las vías para la transmisión del dolor

- y distingue el "dolor de sensación" del "dolor de sufrimiento"; estudia la significación biológica del dolor y su psicodinámica; nos dice que a la vez es "señal y ruido" en el circuito cibernético, siendo la serotonina el neurotransmisor. La exploración precisa de tests psicológicos para descubrir el estado de ansiedad y de angustia somatizado en forma de dolor que resulta para el enfermo una explicación aceptada: los llama "pacientes algófilos", y nos alerta porque "buscan en nosotros la cirugía como punición". Cree que siempre fracasan la psicoterapia, el tratamiento en las unidades de dolor y la hipnosis, aconseja recurrir a los psicofármacos y estar dispuestos a verlos a menudo porque necesitan el "dolor" y a nosotros para reajustar su vida.
- Análisis comparativo de los resultados obtenidos en la sustitución total de caderas usando la técnica de P.A.Ring y de J.Charnley; con I. Fernández y Pérez Lahuerta (1978). Analizan dos series comparativas de 50 casos de cada modelo y concluyen que la de Charnley es superior.
 - ¿El yeso funcional, una nueva filosofía en el tratamiento de las fracturas o una actualización de un viejo método? (1976). Este texto es una consecuencia de los trabajos de sus alumnos Fernández Esteve, Gascó y Darder sobre las fracturas de tibia y la aplicación de los enyesados funcionales.
 - La artroplastia de sustitución de la cadera de la poliartritis reumática; con Gomar Sancho (1980). Estudian las indicaciones en estos enfermos con alteraciones de su estado general y de la estructura ósea osteoporótica, sientan indicaciones técnicas y de prevención de las complicaciones como infección y flebotrombosis.
 - La interpretación histomorfométrica del hueso osteoporótico (1984). Analiza el metabolismo óseo utilizando la teoría de la "unidad básica" (B.M.U.) de Frost, comenta los factores extraesqueléticos y esqueléticos y estudia la osteoporosis, la osteomalacia, la osteopenia, la fragilidad ósea, el envejecimiento estructural, el balance entre reabsorción y formación. Aclara los conceptos de "umbral osteoporótico" y de "situación de estado fija" y las aportaciones de la biopsia ósea con estudio histomorfométrico.
 - Análisis estructural de las lumbalgias. Fisiopatología de la espondilosis lumbar como degeneración del complejo triarticular (1985). Corresponde al estudio de los procesos que recaen en las articulaciones articulares o zigoapófisis y en el disco intervertebral que forman el complejo, desgranando los fenómenos concurrentes: evolución clínica de la espondilosis en sus estadios de disfunción, de inestabilidad y de estabilización; síndromes lumbociáticos en la evolución de la espondilosis, el síndrome de disfunción articular posterior, el dolor referido de origen zigoapofisario, el síndrome de disfunción nerviosa, el síndrome de inestabilidad con estenosis lateral dinámica, el síndrome de incompetencia de las estructuras ligamentosas y musculares, el síndrome de espondilolistesis espondilótica y el síndrome de estabilización con estenosis fija. Su lectura nos deja perplejos porque no existía en la literatura española un análisis fisiopatológico tan detallado y actualizado.

En su Revista aparecieron tesis doctorales elaboradas en la cátedra, alguna de las cuales podía llenar todo un volumen, como fue el caso de Fenollosa Gómez con "Las rigideces postraumáticas de rodilla" (1966) con una extensión de 82 páginas, Deltoro con "La artrografía en la patología glenohumeral" (1967) de 258 páginas, Navarro Quilis con "Reparación de las fracturas en hueso denervado" (1970) de 55 páginas, Darder con "Problemática de la consolidación de las fracturas de tibia" (1972) de 65 páginas. En 1968 dedicó un número extraordinario al profesor Martín Lagos con motivo de su jubilación académica y al año siguiente otro en homenaje al Dr. García Díaz. En 1975 algunos colaboradores de la cátedra (Lamata Iturria, Maset Campos y Navarro Quilis) contabilizaron y analizaron la producción médica española en traumatología y ortopedia durante el período 1965-1972 y clasificaron los 41 autores más productivos según el número de publicaciones y dieron a

conocer los resultados: Barceló Torrent (reumatólogo) 51, Piulachs 28, Fernández Sabaté 25, Seral Iñigo 23, Moro Campal 19, Clavel Sainz 18 y así hasta el último con 8 publicaciones; para mí fue una sorpresa el descubrimiento de esta investigación bibliográfica.

Los trabajos de la cátedra aparecían con el membrete de "Facultad de Medicina de Valencia. Escuela Oficial Profesional de Traumatología y Ortopedia. Director: Prof. Gomar" o bien "Cátedra de Patología Quirúrgica. Valencia. Profesor Gomar" y finalmente "Cátedra de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Facultad de Medicina, Universidad de Valencia. Prof. Dr. F. Gomar Guarner" a partir del número de noviembre de 1978. Hasta el fin de su dirección al frente de su revista en cada tomo anual solían aparecer entre 25 y 30 trabajos. Los miembros del Consejo Editorial, aparecen en la portada ya en número de 13 en 1972, poco a poco aumentaron hasta llegar a 20 en 1980, a 24 en 1990 (año en que entré a formar parte), a 38 en 1995 y a 47 en el año 2000; ha ido reduciéndose hasta la actualidad a 14 miembros. En cambio los redactores se mantuvieron en número estable alrededor de diez, hasta limitarse a tres en 2010; en 1995 se le añadió un Comité Científico Internacional.

LOS CURSOS.

La enseñanza de la especialidad que se profesaba en la cátedra de patología quirúrgica del profesor Gomar Guarner se acogía a la legislación sobre Escuelas Profesionales y a él el ministerio le había concedido la Escuela Profesional Oficial de Traumatología y Ortopedia de acuerdo con la Ley de Ordenación de la Facultad de Medicina de 1944, que encargaba a las Universidades la expedición de títulos. Clavel Sainz, que ha estudiado esta legislación, extrajo estos términos: "Ha de ser función de las Facultades de Medicina, mediante los Institutos de Especialidades o Escuelas Profesionales incorporadas a las Facultades, que habilitarán a los licenciados para recibir el título de especialista, a través de una formación específica, expedido por el Ministerio de Educación Nacional". En 1955 se oficializaron los títulos de especialista mediante Decreto-Ley para ocupar cargos de este carácter; se completó con el Reglamento de la Ley de Especialidades de 1958 y con las normas complementarias para obtener el título. Para atender a esta formación la cátedra del profesor Gomar organizaba cursos complementarios a la formación en la clínica y en los quirófanos; en el ámbito español compartió esta responsabilidad junto con centros de solera como la Clínica de la Concepción (derivada del Instituto Rubio) en Madrid, la Casa de Salud de Valdecilla en Santander, el Hospital de Santa Creu i Sant Pau en Barcelona, el Hospital Provincial en Madrid, el Hospital Provincial en Oviedo y la Clínica Universitaria en Navarra.



El Prof. Josep Trueta invitado del Prof. Gomar.

En la Revista de Ortopedia y Traumatología de 1965 apareció el anuncio del curso de la escuela del profesor Gomar con el título de IV Coloquios y si eran anuales calculo que empezaron en 1962. Duraron tres días en el mes de mayo y las lecciones y tareas de sala y quirófano se completaron con tres conferencias magistrales a cargo de Mr. W, Sharrard de Sheffield, de Mr. G. Mitchell de Edimburgo y de Mr. R. Owen de Owestry, actuando como moderadores los doctores Sierra Cano, Palacios Carvajal y Clavel Nolla respectivamente. El derecho de inscripción era de 1000 pesetas.

Su Revista también difundía los anuncios y programas de los cursos y encontré el de mayo del año 1970 en que se celebró el IX Coloquio sobre "Problemas actuales de investigación en Cirugía Ortopédica" con la participación Freeman, Ildefonso Fernández, Puig Rosado, Sanchis Cabanilles, Navarro Quilis, Deltoro López,

García Conde y Salvá Miquel. A las conferencias se añadían sesiones operatorias en las que colaboraban los cursillistas. El derecho de inscripción ya era de 1500 pesetas.

La legislación del Ministerio del Trabajo que vino a regular la formación de especialistas por la vía MIR acabó con estos cursos de las Escuelas de Especialidades en todos los hospitales españoles; me refiero a la "Orden de 17 de noviembre de 1966 sobre perfeccionamiento técnico de Médicos internos y residentes en Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social". El corte no fue brusco y al cabo de un período de convivencia de sistemas se concreta más la figura de estos nuevos profesionales en aprendizaje (Orden de 28 de julio de 1971 del Ministerio del Trabajo), los cuales podrán acceder a un puesto de residente a partir de una convocatoria general en la que valorará los expedientes el tribunal recién creado con el nombre de Comisión Central de Formación y Educación Médica. Una vez más pierde la universidad su participación en la organización de la enseñanza postgraduada de las especialidades, si bien conserva la emisión del título. El poder de la Seguridad Social a través de sus hospitales se acrecienta con la Orden de 7 de octubre de 1976 que "modifica el procedimiento de selección de sus Médicos internos y residentes"... "con una convocatoria general y la aplicación de un concurso anual único y obligatorio en todo el territorio español"; la Orden del 9 de diciembre de 1977 concreta las valoraciones del expediente o currículo y del conocido como "examen MIR", que se tendría que celebrar ya al año siguiente. Hay que esperar a la creación del Ministerio de Sanidad en el gobierno del presidente Adolfo Suárez para que la legislación se publique a cargo de Presidencia de Gobierno en forma de Real Decreto de 11 de enero de 1984 firmado siempre por Juan Carlos, asumiendo así la participación en las responsabilidades para aplicarlo tanto los hospitales de la Seguridad Social como los Universitarios y los Provinciales, a los que más tarde se sumarían los hospitales públicos y privados llamados "concertados". Aquí convergen de nuevo las Universidades y los centros de la Seguridad Social de forma que al parecer hasta el momento presente ha sido definitiva. Se define de modo bien claro que "Las escuelas Profesionales de Especialización Médica... podrán recibir... consideración de Unidades Docentes acreditadas a los efectos que establece este Real Decreto, para lo cual deberán someterse al régimen general de acreditación". Se cierra una etapa y queda en exclusiva para el presente y el futuro la llamada vía MIR.

LAS PONENCIAS.

En tres ocasiones asumió el profesor Gomar su responsabilidad en una ponencia del Congreso de la SECOT y fue en el IX Congreso de Madrid en 1962 con su participación en el tema de "La asistencia de los accidentados de carretera", después en el VII Congreso Hispano-Portugués del Bilbao en 1969 donde desarrolló los "Traumatismos craneoencefálicos" y en el IX Congreso Hispano-Portugués de Galicia con "Displasias óseas" a cargo de Clavel Sainz, Gomar Guarner y Vaquero González.

La asistencia urgente de los accidentados en carretera. Madrid 1962.

Moderó toda la presentación el profesor Sanchis Olmos y en su conjunto este trabajo de 234 páginas ha sido una de las más importantes publicaciones sobre este tema en la literatura quirúrgica española.

Encabezó la ponencia García de Vinuesa y Coll, jefe del gabinete de estudios de la Jefatura Central de Tráfico, que habló de profilaxis y analizó los tres factores básicos que constituyen la corriente del tráfico: las vías de circulación, los vehículos y el hombre. Fueron enriquecedoras sus explicaciones sobre las carreteras, la construcción de los automóviles y la enseñanza escolar y la educación de conductores y ciudadanos en general. Demostró los beneficios que aporta a nuestra especialidad la participación de expertos en materias con las que colindamos.

Abordó el tema como cirujano el profesor Gomar, a quien le tocó en suerte la espina central de toda la ponencia:

- Etiología de las lesiones de los accidentes de tráfico en carretera y problemas fisiopatológicos de su primera asistencia.
- Aspectos fisiopatológicos y clínicos del shock traumático y su tratamiento de urgencia.

Elaboró una obra magistral de fisiopatología quirúrgica de 124 páginas de extensión, con una rigurosa puesta al día de los conocimientos a partir de hace medio siglo y un estudio bibliográfico sobre 110 consultas; creo de interés ofrecer el esquema básico del discurso amplio y profundo que nos legó. Recuerda que el primer accidente ocurrido con muerte sucedió en Nueva York en 1899 y que al cabo de medio siglo en Estados Unidos se llegó al millón de muertos, cifra superior a la de soldados norteamericanos fallecidos en ambas guerras mundiales; en la época de la ponencia morían diariamente unos mil seres humanos en las carreteras del mundo.

Los grandes capítulos en que se distribuyó su discurso fueron:

- A. Biomecánica de las lesiones y orientaciones para su prevención. Analiza la concepción biomecánica del cuerpo humano, la sedestación y la sujeción del conductor, la resistencia de sus estructuras y los efectos de la desaceleración. Describe las lesiones mortales a partir de los hallazgos necrópsicos.
- B. Problemática y metódica de la asistencia inmediata a los accidentados y su exploración.
 - b.1. La pérdida de conciencia en el traumatizado e interrelaciones entre la conmoción cerebral y el shock. Aquí sistematiza el tratamiento de la pérdida de conciencia.
 - b.2. El shock en el traumatizado. Factores neurógenos y factores según localización del traumatismo; fisiopatología y clínica del shock.
 - b.3. Tratamiento del shockado. Respuesta adaptativa y metabólica y hemorragias ocultas; transfusiones y substitutos; neuroplejía o hipotermia farmacológica (método de Laborit).
 - b.4. Insuficiencia respiratoria e hipoxia. Traumatismos torácicos, traqueotomía, hemotórax, neumotórax y lesiones cardíacas.
 - b.5. Lesiones viscerales. Aborda las abdominales y los traumatismos urinarios y al final los traumatismos craneoencefálicos agrupados en: a) sólo lesiones del pericráneo; b) síndrome conmocional; c) síndrome grave de afectación encefálica; d) intervalo lúcido o intervalo libre.

Cuando se refiere a las maniobras de reanimación a cargo de los socorristas in situ desaconseja la "respiración artificial" y recuerda que el método más simple en estos momentos de improvisación y escasos medios es la "respiración asistida" por el método "boca a boca", que ya está citado en la Biblia:

"... Entró pues Eliseo en la casa y halló al niño muerto y tendido sobre la cama... Subió después sobre la cama y echóse sobre el niño, poniendo su boca sobre la boca de él... La carne del niño entró en calor... Bostezó siete veces y abrió los ojos..." (Libro de los Reyes IV, 1-44)

De la evacuación y la asistencia de urgencia de los heridos de circulación se responsabilizó el doctor Domínguez Rodríguez de Pontevedra contando con la Organización Nacional de Tráfico. Recayó en el profesor Jimeno Vidal la exposición de la asistencia urgente después de su evacuación y transporte y describió cómo se debe organizar un servicio especializado, sus miembros, sus instalaciones, sus pautas de exploración y de tratamiento. Lo aprovechó para reclamar una red de hospitales con Servicio de Traumatología preparado para recibir a estos heridos y recuerda las ideas de Böhler al respecto:

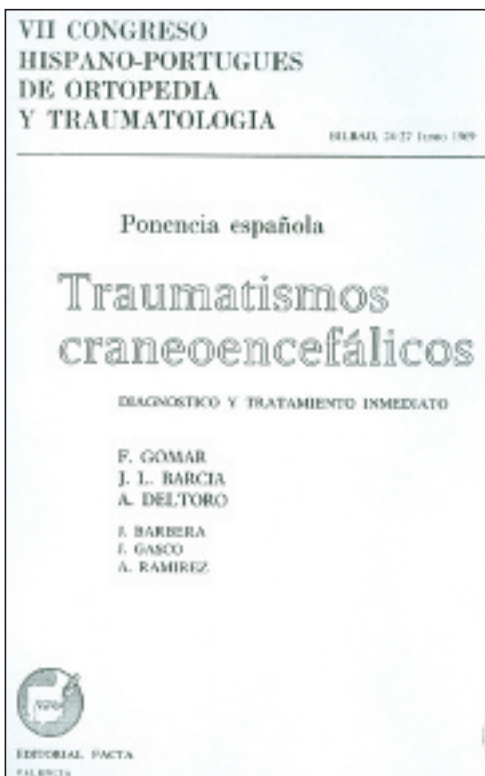
"En muchos países del mundo la traumatología es profesada por un prestigioso catedrático de Patología Quirúrgica. La mayoría de estos catedráticos no tratan personalmente lesiones traumáticas. Quizás en su juventud dedicaran una cierta temporada a familiarizarse en el tratamiento de accidentados, pero de esto hace ya muchos años o décadas. Hogaño lo que atrae más su atención es la cirugía visceral y últimamente, a muchos de ellos, la cirugía pulmonar, cardíaca y de los grandes vasos".

Como colofón el doctor Daniel Errazu se ocupó de la responsabilidad económica en la asistencia médica de los accidentados de tráfico y abordó el "síndrome de patología social", fruto de un ablandamiento espiritual en el que ha caído un gran sector de la sociedad por obra y gracia de las coberturas sociales. Recordó la legislación vigente, el ámbito del seguro Obligatorio de Enfermedad, del Fondo Nacional de Garantía, de las Cajas y Compañías y el derecho a honorarios médicos.

Al término de la presentación de la Ponencia intervinieron con amplias exposiciones los representantes europeos invitados: Max Lange (Alemania), Otto Russe (Austria), Saussez (Bélgica), Merle d'Aubigné (Francia), Marino Zuco (Italia), Arnaldo Rodo (Portugal), Nicod y Bachs (Suiza); todos sus textos fueron publicados. Al final el profesor Sanchis Olmos resumió la sesión y anunció las conclusiones.

Creo que esta ponencia fue una de las mejor organizadas, de mayor contenido científico y de más amplia proyección europea en la historia de nuestros Congresos. El profesor Gomar Guarner estuvo arropado por grandes personalidades y proyectó su gran caudal de sabiduría quirúrgica, con el que destacó con toda evidencia, para enaltecer dignamente el acontecimiento. Su estudio de la fisiopatología y la clínica del shock y el tratamiento de urgencia de la hipovolemia con substitutos de la sangre resultaron de gran interés para los Laboratorios Hubber porque se hablaba de productos que ellos elaboraban y así editaron un resumen de 22 páginas que a modo de propaganda se distribuyó en todos los medios quirúrgicos españoles en 1963; se reeditó este fascículo en 1975 porque el éxito de la primera edición obligó a ello y porque el interés se centraba en derivados y sucedáneos del plasma como Dextran, Polivinilpirrolidona, preparados de gelatina modificada y plasma bovino o heterólogo desnaturalizado, éste difundido por el doctor José María Massons con el nombre de "plasma de ternera desanafilactizado" como comentamos en su biografía.

Traumatismos craneoencefálicos. Diagnóstico y tratamiento inmediato. Bilbao 1969.



El profesor Gomar desarrolló ampliamente este tema con la participación de sus colaboradores J.L. Barcia, A. Deltoro, J. Barberá, J. Gasco y A. Ramírez. En forma de volumen independiente de algo más de 400 páginas fue distribuido a los congresistas y su éxito llevó a su edición a cargo de Editorial Facta de Valencia, en cuyo prólogo el autor recuerda que recibió el encargo en el Congreso de 1967 con el consejo que "se desarrollara de forma práctica y que abarcara todos los aspectos clínicos y terapéuticos que plantea la asistencia inmediata de estos traumatizados". En el primer capítulo nos presenta las premisas de su pensamiento en el desarrollo de este tema:

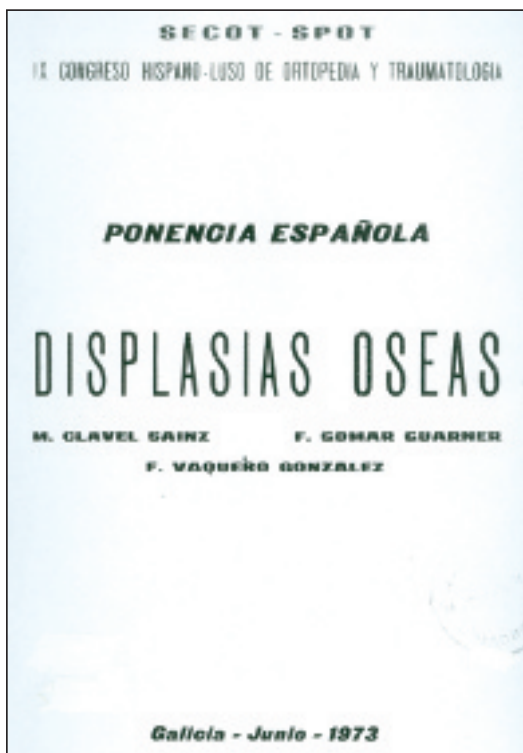
- La trascendencia de los traumatismos de la cabeza viene determinada por el posible daño encefálico, con la exigencia diagnóstica y asistencial que ello supone. Constituye un problema de la traumatología actual en el que la neurofisiología tiene que orientar sustancialmente su estudio, pues las fracturas del estuche craneano o facial, así como las heridas extradurales, han de ser juzgadas tan sólo como datos que señalan la intensidad del traumatismo.

- El diagnóstico de T.C.E. ha de hacerse con criterio de diagnóstico genérico, fundado en la sospecha, en la posibilidad o en la evidencia de un daño encefálico, pero que obliga a una

- actitud asistencial y a una disciplina mental clínica dirigida a analizar su evolución en la línea de una precisión diagnóstica y a una vigilancia de las posibles complicaciones evolutivas.
- El traumatizado craneoencefálico, dado su ritmo evolutivo, la mayor expresividad clínica del sistema nervioso central y la utilización de los medios exploratorios auxiliares disponibles, permite que la vigilancia de su evolución perfila el diagnóstico y que se llegue a sentar la indicación quirúrgica únicamente en los casos que se requiera.
 - El diagnóstico hay que plantearlo en lo que supone: una actitud mental de responsabilidad diagnóstica y asistencial, sobre la cual no sólo es posible llegar a un diagnóstico preciso, sino también a la mejor terapéutica.
 - Admitida la conveniencia de preferir el diagnóstico genérico de T.C.E. se plantean los límites clínicos que configuran su diagnóstico, que sustancialmente son datos clínicos directos neurológicos y datos clínicos indirectos que señalan la intensidad de la afectación traumática de las estructuras lesionadas.

La monografía se desarrolla en XVIII capítulos, algunos de los cuales amplían las explicaciones de la ponencia sobre los accidentados de carretera anteriormente comentada. Se estudia la epidemiología, la mortalidad, las lesiones asociadas, los mecanismos, la compresión y el edema cerebral, la exploración y el estudio del líquido cefalorraquídeo. Se analizan según la pérdida de conciencia, su momento de aparición y su duración. Describe la anatomía patológica, los aspectos metabólicos y las complicaciones.

Displasias óseas. Galicia 1973.



No debe sorprendernos esta localización del Congreso, no en una ciudad sino en un país, pero se entiende al enterarse de que se reunió en Vigo y en Pontevedra y que la asamblea general se celebró en Santiago de Compostela. En su presentación los autores, Clavel, Gomar y Vaquero, afirman que al recibir el encargo su empeño no era fácil por tratarse de un campo nosográfico en constante evolución y en el que más que en ningún otro aún no "se ha dicho la última palabra", que depende de los avances de la genética, la bioquímica, la histología ultramicroscópica y de la quimio-fisiología. Se trata de un campo concurrente en el que nos encontramos junto a los radiólogos, los genetistas, los biólogos y los pediatras, y por el hecho de su localización esquelética es el campo natural del cirujano osteoarticular. Estas afecciones desean exponerlas de modo sencillo, dentro de su complejidad, ordenado y al alcance de los cirujanos osteoarticulares que no se conforman con ser simples artesanos del metal y del hueso. En la definición conceptual definen los

términos de Displasia, Distrofia y Disostosis, con los que se amplía el significado de la palabra griega "dis-plasia" como defecto en la formación. Exponen de forma detallada el estudio de los genes, los principios bioquímicos en genética humana, luego el hueso como tejido y como órgano y la etiopatogenia de estas enfermedades. Recuerdan los esquemas de Rubin y de Enlow para explicar el crecimiento de forma especial de las epífisis, el crecimiento en longitud, el engrosamiento cortical y su proporcionalidad con el calibre del canal medular y la entalladura modeladora de la metáfisis.

Rubin lo explica como la resultante de la acción conjunta de los osteoblastos y de los osteoclastos hasta el final del crecimiento a nivel del centro de osificación, de la fisis, de la esponjosa primaria y secundaria metafisarias, del endostio y del periostio de la cortical y del anillo o virola de Ranvier. Con este esquema Rubin denomina a los procesos de crecimiento y modelado continuos según la localización: Hemiesferización en la epífisis, Crecimiento en la fisis, Embudización en la metáfisis y Cilindrización en la diáfisis; en cada caso aplica los conceptos de amplificación, polaridad y tiempo porque la alteración del modelado de cada zona ósea actúa sobre un órgano en el que el crecimiento se produce de forma desigual. En cada zona ósea y en cada nivel de la misma el desequilibrio celular puede darse por exceso o por defecto tanto de osteoblastos como de osteoclastos, por lo que hablan de hiperplasia y de hipoplasia. El esquema puede parecer simple pero es de gran utilidad para que los alumnos comprendan las diversas formas de displasias, distrofias y disostosis en este complejo entramado de enfermedades óseas raras y lo he utilizado fotocopiándoles cada año los magníficos esquemas de la ponencia a lo largo de veinticinco promociones de ochenta alumnos, con lo cual deviene posiblemente la ponencia más utilizada para la enseñanza.

Los criterios de Rubin son ligeramente modificados por los autores y se describen las enfermedades agrupadas en:

- Alteraciones del desarrollo de las epífisis: hipoplasias en el desarrollo del cartílago articular, hipoplasias en el desarrollo del núcleo de osificación epifisario, hiperplasias epifisarias.

- Alteraciones esqueléticas por alteración del cartílago fisario: hipoplasias del área proliferativa, hipoplasias del área del cartílago hipertrófico, hiperplasia del área proliferativa, hiperplasias del área del cartílago hipertrófico.

- Afecciones esqueléticas por alteraciones del desarrollo de las metáfisis: hipoplasias metafisarias del tejido esponjoso, hiperplasias metafisarias del tejido esponjoso, alteraciones en la reabsorción del tejido óseo secundario.

- Alteraciones esqueléticas por alteración en el desarrollo de las diáfisis: hipoplasias diafisarias, hiperplasias diafisarias.

A tenor de esta clasificación sitúan en cada zona correspondiente las distrofias y las disostosis. Al final de esta ponencia-monografía aparecen las posibilidades de tratamiento quirúrgico. El conjunto de la obra es un libro de utilidad duradera en el tiempo y es difícil que otro trabajo español sobre este tema llegue a sustituirla. Debemos reconocer que la recopilación de casos sobre estas enfermedades ha sido una labor persistente del autor que encabeza la ponencia, Clavel Sainz, de quien he podido leer entre 1966 y 1972 nueve artículos publicados, amén de otros, en la Revista Española de Cirugía Osteoarticular dirigida por el profesor Gomar Guarner, en cuya Escuela Profesional se formó:

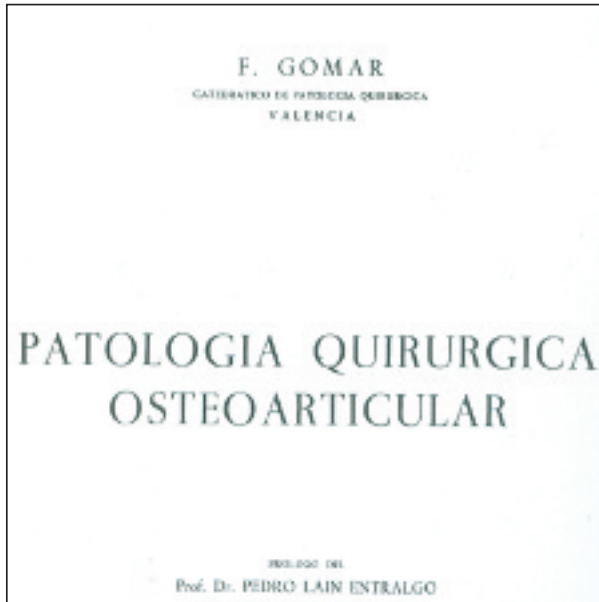
- El síndrome de Down y su desarrollo esquelético (1966).
- Genética de la osteoporosis (1968).
- Genética de la osteogénesis imperfecta (1968).
- Genética de la displasia espóniloepifisarias: la enfermedad de Morquio (1968).
- Genética de la displasia epifisaria múltiple (1968).
- Trasplantes articulares en tumores óseos epifisarios (1969).
- Aplasia bilateral de rótulas, estudio genético y funcional (1970).
- Picnodisostosis (1971).
- El registro latino-americano de patología ósea (1971).

SUS LIBROS DE TEXTO.

Podemos denominarlos así por haber sido los primeros que haya elaborado un profesor de la universidad española cuya cátedra se había especializado en la enseñanza de la cirugía ortopédica y

de la traumatología. Estamos ante una obra de gran volumen ya que el tomo de patología quirúrgica osteoarticular llega a las 508 páginas y los dos tomos de traumatología a 1557 páginas; en su conjunto sobrepasan las 2000 páginas. Si pensamos en los estudiantes de licenciatura resulta excesiva esta aportación de conocimientos para un título que inicialmente será de médico básico, pero en cambio es una herramienta de gran utilidad para el que haya optado por nuestra especialidad para estudiarla y para preparar exámenes, concursos, oposiciones.

Patología Quirúrgica Osteoarticular (1973).



Su autor confiesa que este Tratado se orienta a facilitar la formación de los que sienten vocación por la traumatología y ortopedia y que su elaboración tiene momentos descorazonadores porque al llegar a redactar los últimos capítulos y releer los primeros éstos han quedado anticuados y su nueva redacción se transforma en un tejer y destejer, y utiliza el símil de Penélope. El esfuerzo del profesor Gomar Guarner para podernos ofrecer tan magna producción, inexistente con anterioridad en la literatura española, ha sido estimada en su justo valor por una persona que ha brillado en el mundo intelectual hispánico como es el profesor Pedro Laín Entralgo, que tanto esfuerzo realizó para crear focos de diálogo y publicaciones en una época en la que el pensamiento español discurría en el

verno políticamente controlado. Para su amigo escribió el Prólogo, del que referimos las ideas más destacadas:

Para un historiador de la Medicina uno de los objetivos fundamentales de su oficio es discernir lo que queda y lo que pasa en el curso del saber médico. Discierne en el hoy constante y tan rápido fluir de la Medicina lo que pasa y lo que queda y no cambia una vez ha sido conquistado. Distingue en la estructura de ese flujo tres niveles diferentes. Uno el más superficial de lo que pasa con rapidez, recordando que Planck daba una vida media de quince años a verdades científicas demostradas. Otro el nivel intermedio de lo que sólo con relativa lentitud periclita o se transforma, principalmente constituido por las monografías y los tratados en los que su autor se atiene a lo que en su tiempo es de veras fundamental. Y por último el nivel profundo de lo que no cambia una vez ha sido conquistado, cuando nuestro saber ha pasado del orden de las doctrinas al orden de los principios.

- El profesor Gomar, muy seguro del vigor y de la agudeza de su mente, ha querido moverse en el segundo de los niveles del saber y su Tratado se halla a la altura de la más actual investigación médica y a la hondura de los conceptos fundamentales. Algunas zonas de su superficie podrán envejecer en pocos años, pero el tronco del que esa superficie es piel perdurará válido durante decenios. Si ya jubilado visita los despachos de sus discípulos seguro que podrá ver en los anaqueles su Tratado al cual familiarmente llamarán “el Gomar”.
- Las dos funciones en que más específica y primariamente se realiza la naturaleza del hombre son, yendo de lo exterior a lo íntimo, la de moverse sobre el mundo para manejarlo con arreglo a sus necesidades y la de pensar sobre este mundo que recorre y sus sentidos le descubren.
- Moverse sobre el mundo, esto es, andar en bipedestación; manejar las cosas del mundo, esto es, disponer de una mano libre del oficio de dar apoyo al cuerpo y dotada de un pulgar

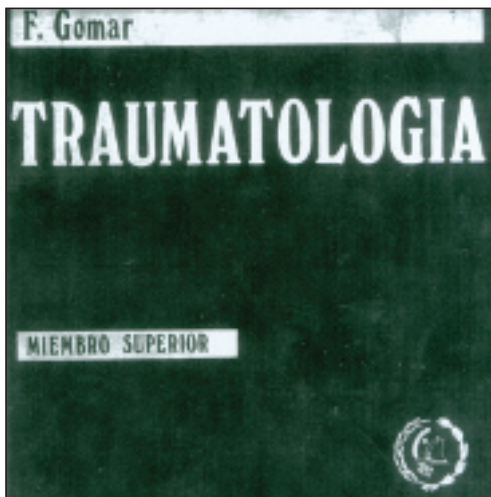
opponente. Por eso las dos cirugías en que de manera más directa se trabaja para lo más humano del hombre son la neurocirugía y la cirugía osteo-mio-articular. De ahí los delicados problemas psicosomáticos que tantas veces presenta, bajo forma de readaptación motora al mundo, esta poderosa especialidad quirúrgica. Y de ahí el garrafal error de los que consideran simple "carpintería quirúrgica" a la cirugía del aparato locomotor.

El Tratado se estructura en veintiocho capítulos a lo largo de los cuales desfila toda la patología de huesos y articulaciones: fisiopatología; osteopatías; displasias, disostosis y distrofias; infecciones óseas y articulares; tumores; artrosis y artropatías varias. Los capítulos de fisiopatología ósea y articular siguen una exposición didáctica al alcance del alumno de licenciatura, con una descripción perfectamente ordenada de los fundamentos sobre los que poder incorporar conocimientos posteriores. Su relectura sería aconsejable de tanto en tanto para refrescar estos temas, idea que preconizaba Marañón para los que él llamaba los "libros de la mesita de noche" siempre alcance para una consulta. Vale la pena desmenuzar su contenido en histología, fisiología y anatomía ósea: células óseas, sustancia intercelular, sustancia mineral, calcificación, osteogénesis, crecimiento de los huesos y modelado, fisis, vascularización ósea. Es como un recorrido meticulosamente señalado por el maestro en el que el lector avanza por la ruta hasta obtener la posesión intelectual del objetivo marcado al inicio del camino. También la fisiopatología articular es un ameno transitar a través de los llamados "conceptos de ciencias básicas": cartílago, condrocitos y matriz; nutrición, reparación y osteofitosis; membrana sinovial y funciones; líquido sinovial, lubricación y teorías; cápsula fibrosa, ligamentos, discos, meniscos y cartílago circunferencial o "labrum". La biomecánica articular es otra exposición actualizada y enriquecedora, imprescindible en nuestros tiempos, con la que nos ilustra sobre conceptos y situaciones como incongruencia articular, movimientos fundamentales, factores que limitan la movilidad y posiciones articulares, centro instantáneo de movimiento, amplitud de movimiento y coordinación articular.

Merece un comentario especial el segundo capítulo sobre osteopatías por alteración del metabolismo del calcio y del fósforo en el que van apareciendo párrafo tras párrafo los elementos de esta compleja realidad, destacados intencionadamente en negrita, para así hacerla más asumible y más apta para memorizar, ya que utilizando la jerga estudiantil "pueden ir para examen", diría yo. Transcribo los títulos de los quince párrafos en los que el autor desmenuza el metabolismo fosfocálcico: calcio y fósforo celular, calcio y fósforo extracelular, dinámica del calcio y del fósforo, ingesta, requerimiento de calcio y fósforo, circulación del calcio y del fósforo en la sangre, intercambio con el hueso, excreción por orina, excreción por heces, otras excretas, la vitamina D en el metabolismo del calcio y del fósforo, regulación hormonal, paratohormona y calcitonina. Su lectura descubre las dotes pedagógicas de un gran maestro para que distingamos cada árbol en el bosque frondoso en que se transforma la totalidad de un proceso bioquímico enrevesado.

En este tratado dedica un capítulo a los conceptos básicos para la comprensión de la biomecánica de las fracturas y resulta suficiente para que un estudiante de medicina las comprenda a la luz de las ciencias básicas, en especial la biomecánica de su producción, la biología de los fenómenos reparadores y la significación biológica del proceso de consolidación. Explica el hueso como un sólido elástico e introduce conceptos que con anterioridad raramente aparecen en obras de docentes: fuerzas como vectores, "stress" y "strain", estudio de la elasticidad, inflexión y torsión, formas de energía mecánica. En el proceso de reparación describe: el proceso proliferativo en sus diversos componentes, el periostio, las células de la médula ósea, las células mesenquimales de los tejidos vecinos, la importancia del puente perióstico, la consolidación bajo inmovilización rígida y la consolidación sin callo ostensible. Con esta exposición deja el camino despejado para comprender con una buena base de conocimientos el contenido de sus dos volúmenes sobre traumatología.

Traumatología (1983).



Los títulos de las ponencias ya son la leyenda.

Esta obra consta de dos volúmenes, el primero de los cuales incluye en sus capítulos I a XXV los traumatismos cráneo-encefálicos, los faciales, los del raquis cervical, los medulares y los torácicos. Sigue con las lesiones de la pelvis y la extremidad inferior en sus diversos huesos y articulaciones. El segundo volumen abarca en sus capítulos XXVI a XXXVI las fracturas y luxaciones de la cintura escapular y del miembro superior, destacando las 116 páginas dedicadas a la muñeca y la mano. Recordemos la importante colaboración de Barberá Alacren y Barcia Salorio en el capítulo de traumas craneales, de Puentes Corella en el de traumatismos faciales, de Deltoro en los de traumatismos torácicos y pélvicos y de Gomar Sancho en el de cadera.

En escasos tratados de traumatología se describen los traumatismos cráneo-encefálicos, faciales y torácicos, ya que lo común es que se centren y limiten a las fracturas y luxaciones de las extremidades y del raquis, y que las explicaciones sobre lesiones neurológicas suelen ser someras. En consecuencia para el estudioso lo habitual es conseguir otros libros que aborden tales temas. No es así en este tratado que concibe la traumatología con un criterio extenso e integrador. Me parece interesante transcribir su clasificación de los traumatismos cráneo-encefálicos (T.C.E.) en seis grupos con la finalidad de "mejor sentar las pautas de su tratamiento general y tener presentes sus complicaciones evolutivas posibles, plantear las exploraciones necesarias, intuir el pronóstico vital y predecir el tiempo de hospitalización":

– T.C.E. cerrados.-

Grupo I. T.C.E. que no perdieron en ningún momento el estado de conciencia, que llegan completamente conscientes y que tan solo presentan lesiones ostensibles del pericráneo.

Grupo II. T.C.E. que llegan ya conscientes porque recuperan pronto el estado de conciencia tras el traumatismo.

Grupo III. T.C.E. que llegan inconscientes, pero que habían recuperado la conciencia durante un período de tiempo después del accidente.

Grupo IV. T.C.E. con un grado de inconsciencia no muy profundo, pero en el que domina la agitación.

Grupo V. T.C.E. que al llegar se encuentran en coma prolongado sin haber recuperado en ningún momento la conciencia después del traumatismo.

– T.C.E. abiertos. Los tipos lesionales son tan diversos que es necesario escoger como modelo expositivo las heridas producidas por arma de fuego, que por ser más asequibles al análisis experimental pueden ser mejor conocidas. Expone nociones de balística.

Al cirujano ortopeda y traumatólogo estas lesiones craneales vistas en urgencias, generalmente en politraumatizados, se le aparentan como una maraña semiótica cuya solución estriba en llamar al neurocirujano de guardia, cuando lo hay, pero estas explicaciones que expone el profesor Gomar orientan al menos hacia una conducta que debería tener en urgencias sus correspondientes pautas y sobre si su ingreso es prudente o bien necesario su traslado a un centro de máximo nivel lo más pronto posible. Todos conocemos a lo largo de los años reclamaciones y sentencias judiciales basadas en la idoneidad del hospital donde ha sido tratado un traumatizado craneal que luego ha presentado alteraciones neurológicas.

Los capítulos sobre fracturas y luxaciones de las extremidades siguen en su desarrollo un esquema

cuyas líneas básicas son: mecanismos de producción, clasificación, descripción de los tipos, descripción de los tratamientos e indicaciones. Estas indicaciones se escogen entre los tratamientos posibles: vendaje de yeso, reducción en mesa de tracción y vendaje de yeso, tracción continua sobre férula de Braun-Böhler, tracción con férula de Thomas, tracción suspensión, yesos funcionales y articulados, osteosíntesis AO y sus tipos como enclavados medulares, placas atornilladas, lámina-placa, atornillado simple, síntesis mínimas con agujas de Kirschner. En cada tipo lesional se aconseja el tratamiento de elección y se ofrecen las alternativas. En todos los casos los esquemas y dibujos que acompañan a las explicaciones son en blanco y negro con refuerzo amarillo y resultan muy entendedores. Como en otros textos en éstos se descubre siempre al sabio maestro que describe en profundidad los problemas, que los desmenuza en sus partes constituyentes como buen cartesiano y al gran pedagogo que así pone los conocimientos al alcance de sus alumnos y les ofrece una solución razonada. Abusando de la confianza de los lectores me atrevo a decir ¡ay de quienes no lean los Gomar!

LA S.E.C.O.T.

El profesor Gomar entró a formar parte de la junta directiva en 1974 al final del XIV Congreso de Cap sa Sal (Begur-Gerona), cuando era presidente Joaquín Cabot Boix. En la asamblea se eligió nuevo vicepresidente y había dos candidatos: Agustín Sixto Seco y Francisco Gomar Guarner; el primero se retiró y el segundo fue proclamado por unanimidad. En la junta directiva del período 1974-1976 el nuevo presidente, profesor Francisco Vaquero González, tuvo pues al profesor Gomar como vicepresidente y éste, que por su formación británica mantenía relación amistosa con miembros de esta sociedad, hizo posible que se pudiera organizar para septiembre de 1978 una reunión conjunta entre españoles e ingleses en Londres. El IV Congreso Hispano-Argentino se celebró en Torremolinos (Málaga) en 1976, bajo los auspicios y organización del doctor Alfonso Queipo de Llano y Buitrón, y al final del mismo el presidente saliente Vaquero González traspasó la medalla presidencial al presidente entrante Gomar Guarner para el período 1976-1978. En su junta directiva tuvo como vicepresidente electo al doctor Fernando Collado Herrero, como secretario al profesor Palacios Carvajal y como tesorero al doctor Agustín Sixto Seco.

Bajo su presidencia se celebró el XI Congreso Hispano-Portugués en Valladolid en 1977 y en éste el profesor Cabot Boix presentó la ponencia "Cirugía del dolor Lumbosacro" con la colaboración de su alumno Roca Burniol. En la Asamblea el profesor Gomar anunció la creación del Comité de Coordinación de Sociedades de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Mercado Común -conocido por las siglas COCOMAC- que habían promovido el profesor francés Jean Debeyre (el maestro de Eduardo Jordá), el italiano profesor Vincenzo Pietrogrande, el portugués profesor Vieira y el español profesor Palacios que propuso la aceptación de este acrónimo; se trataba del embrión de la futura EFORT. También se comunicó un acontecimiento que en el futuro tendría importantes consecuencias en la modernización de las estructuras y organizaciones hospitalarias españolas: dentro del primer gobierno de la UCD (Unión de Centro Democrático) de Adolfo Suárez, el ministro Sánchez de León había creado una Subsecretaría de Salud a cuyo mando colocó al profesor Palacios Carvajal. En aquel año fallecieron dos personalidades importantes de nuestra especialidad: el profesor Josep Trueta Raspall de Oxford y el doctor Francisco García Díaz. Recordemos que en la elección de los temas para el Congreso de 1979 la votación fue favorable al titulado "Bases biomecánicas metalúrgicas de los implantes utilizados en Cirugía Ortopédica y Traumatología" presentado por el profesor José de Palacios y Carvajal (sic) según narró nuestro historiador Eduardo Jordá. Esta ponencia consolidó definitivamente la necesidad de que tuviéramos estudiosos de esta nueva parcela de nuestro saber, iniciada por Antonio Hernández Ros Codorniu, y así llegó a ocurrir, con la creación de un grupo de estudio específico y de su correspondiente publicación periódica.



Reunión de antiguos presidentes de la SECOT: de izquierda a derecha: Palazzi, Cañadell, Gomar y Collado.

La segunda parte del mandato tuvo como acto central en XII Congreso de 1978 en Madrid, organizado por el profesor Palacios Carvajal. Recuerda el historiador, una vez más Jordá, que este congreso fue muy sobrio debido a las condiciones económicas por las que atravesaba la Sociedad: se restringieron los actos sociales, restando sólo los puramente científicos, con la cena de confraternidad que quedó como opcional a cuenta del asistente, y los actos de esparcimiento precisaron contratación directa de los participantes, como siempre ha sido en

nuestra sociedad hermana de allende los Pirineos, la SOFCOT. Esta modalidad se ha consolidado desde hace ya unos años en los congresos. En la Asamblea hizo balance de su gobierno:

- La SECOT se había incorporado al COCOMAC.
- Se había logrado el reconocimiento universitario de la especialidad con la existencia de agregaduras en algunas facultades de medicina.
- Se había dotado una Cátedra de Cirugía Ortopédica y Traumatología en la Universidad de Valencia.
- La Orden Ministerial del Ministerio de Educación y Ciencia de 12 de julio de 1978 daba oficialidad a esta decisión y abría una nueva etapa, largamente reclamada, para que nuestra especialidad tuviera presencia propia en la licenciatura, como en muchos países europeos.

Concluía el mandato del profesor Gomar Guarner y coincidía con esta nueva época, cada vez más consolidada, de entronización de la C.O.T. en la Universidad.

MÉRITOS.

En la Historia de la SECOT están bien mencionados los honores que alcanzó y me limito a repetirlos:

- Académico numerario de la Real Academia de Valencia.
- Presidente del Congreso Hispano-Inglés de Londres.
- Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.
- Miembro honorario de la British Orthopaedic Association .
- Miembro de la Société Internationale de Chirurgie.
- Miembro del International College of Surgeons.
- Miembro del "Editorial board" de la revista Injury.
- Miembro del Consejo de Bibliotecas de la Consejería de Educación y Ciencia.
- Presidente-fundador del "Grupo de estudio de las enfermedades del raquis".
- Presidente-fundador de la Sociedad Valenciana de Traumatología y Ortopedia.
- Cruz del Alfonso X el Sabio.
- Cruz Azul de la Seguridad Social.
- Miembro de Honor de la Secot.

Entre sus actividades culturales destaca el ser albacea y miembro del Premio Luis Guarner de la Generalitat Valenciana. Este intelectual valenciano del pasado siglo fue ensayista y poeta tanto en lengua catalana-valenciana como castellana y además era un primo suyo muy íntimo porque dada la orfandad del profesor Gomar Guarner tuvo a sus primos como hermanos y de mayores se reunían en sus casas y entablaban conservaciones de elevado nivel intelectual.

Otro primo famoso fue el filólogo Manuel Sanchis Guarner, autor de la obra "La Lengua dels Valencians" de la que traduzco un párrafo que revela el sentir del autor, compartido por la familia: "El valenciano es una variante regional de la lengua que, además de la mayor parte de nuestro Reino de Valencia, se habla en el Principado de Cataluña, en las Islas Baleares, en casi todo el Departamento francés de los Pirineos Orientales, en los Valles de Andorra, en el margen oriental de Aragón y en la ciudad del Alguer en la isla de Cerdeña". Explica el avance de la lengua durante la reconquista del reino taifa de Valencia por las huestes del rey Jaime I el Conquistador, las cuales se iban asentando y repartiendo las casas y las tierras conforme avanzaban y allí llevaban la lengua de su procedencia, la de la Cataluña occidental. Algo semejante ocurrió en las Baleares conquistadas por el mismo rey con huestes de la costa de Gerona, hoy en día la Costa Brava, que llevaron allí su habla "salada" o catalán oriental, llamada así porque se utiliza el artículo "sa" en vez del "la". De igual manera explica la filología histórica el avance y consolidación de la lengua castellana durante la reconquista hasta llegar a Andalucía y mezclarse con palabras moriscas y la de la lengua gallega hacia el sur dando lugar al portugués.

EL VIAJE A ALTDORF.

En enero de 1978 un grupo de veintidós cirujanos ortopedas y traumatólogos españoles, al frente de los cuales se encontraba el profesor Gomar Guarner, fue invitado a un cursillo en la Clínica Ortopédica de Altdorf, cercana a Nuremberg, donde el profesor Heinz Wagner, gran innovador en aquel momento, nos hablaría de sus aportaciones a la moderna cirugía osteoarticular de las que recordamos los implantes de titanio, sus anillos acetabulares, la innovadora prótesis femoral de recambio con tallo femoral de sección estrellada y su potente y manipulable fijador externo para fracturas abiertas y alargamientos. Después de la llegada a Nuremberg fuimos trasladados hasta Altdorf en autobús y durante todo el trayecto estuve sentado junto a nuestro profesor valenciano y entablamos en nuestro idioma materno común una conversación centrada en la enseñanza de la especialidad tanto en la Universidad como en los grandes centros hospitalarios de la Seguridad Social. Si bien yo procedía de esta última mis raíces estaban en el Hospital Clínic en la cátedra del profesor Piulachs, con quien fui profesor de prácticas o en términos actuales asociado, y era consciente del distanciamiento entre ambas estructuras –porque lo estaba viviendo– ocasionado por la diferencia de recursos procedentes del Ministerio de Educación y del Ministerio del Trabajo, de quien entonces dependían los hospitales de la Seguridad Social. El panorama, que hasta entonces se inscribía en unas coordenadas de ánimo y desánimo, en el futuro cambió gracias al recién creado Ministerio de Sanidad cuyo primer ministro en 1978 fue el Sr. Enrique Sánchez de León, el cual nombró como Subsecretario al profesor José Palacios Carvajal. En aquel mismo año el profesor Gomar lograría la dotación de la cátedra de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Universidad de Valencia. Nos queda este 1978 como un auténtico "año de victoria" en la historia de nuestra especialidad. Ya conocemos la vida universitaria del profesor Gomar hasta alcanzar la primera cátedra de nuestra especialidad, hasta entronizarla en el "Alma Mater", hasta situarla a nivel europeo. En el momento del viaje faltaban pocos meses para coronar tan alta cima y se lamentaba de la discordancia entre el valor del grado universitario en el que había situado a la especialidad y la estrechez de los recursos que alcanzaban a llegar a los hospitales universitarios. Antes de proseguir bueno será recapitular cómo la cirugía ortopédica y traumatológica se había desgajado de la cirugía general y finalmente independizado en el panorama universitario gracias a una cátedra y cómo también fue introduciéndose en el entramado quirúrgico de los hospitales de la Seguridad Social. Partimos de caminos de distinto inicio que poco a poco fueron convergiendo, separándose en ocasiones y volviendo a entrelazarse hasta acabar en paralelo después de etapas que Sánchez Vera ha calificado de "forcejeo soterrado".



Viaje a Altdorf (17-1-78). Delante en el centro el Profesor Wagner y a su izquierda el Profesor Gomar.

Queda el recuerdo de la primera cátedra de nuestra especialidad conseguida por el profesor y primer presidente Joaquín Trías Pujol gracias al acuerdo con el otro catedrático de quirúrgica que era su hermano Antonio. Eran los tiempos de la Universidad Autónoma de Barcelona en época republicana y en la postguerra fue disuelta. Casi treinta años después renacía la esperanza de una reordenación universitaria en la enseñanza de la cirugía ortopédica

y traumatología. Pero para saber donde empieza este renacimiento de la medicina hospitalaria y científica hay que retrotraerse al Decreto de 7 de julio de 1944 sobre Ordenación de la Facultad de Medicina que empieza de forma muy curiosa en su redactado, ya que no utiliza la prosa escueta y administrativa habitual en el Boletín Oficial del Estado sino un texto de carácter narrativo y algo ampuloso, aliñado con prosopopeyas, para decir que "El Estado acomete la organización de la Facultad de Medicina, ciencia en la que nuestras figuras históricas alcanzaron en los siglos pasados justo prestigio y renombre". Con letra más gruesa de lo habitual y en dos columnas y media resume las aportaciones de la Escuela Médica arábigo española, los fastos de la llamada Edad de Oro de la Medicina española, el colapso de la preocupación hispana por las ciencias médicas en los siglos XVII y XVIII con la excepción Virgili y Gimbernat, el resurgir del siglo XIX con Pedro Castelló y Pedro Mata y finalmente menciona el Decreto-Ley de mil ochocientos sesenta y seis por el cual "se establecía un sistema de estudios de líneas fundamentalmente parecidas al que regía hasta el presente". Termina el repaso histórico con la figura de Ramón y Cajal "lumbrera de la investigación científica española" y lamentando que "nuestras facultades sufrieran las consecuencias del desquiciamiento de la Universidad, socavada en su base por los males que redujeron su prestigio y alicortaron sus perspectivas", que sería una velada crítica a la situación en tiempos republicanos.

El Decreto divide los estudios de la licenciatura en medicina en un período preclínico y otro clínico, sumando ambos siete años, y en la patología quirúrgica de primer año se especifica la enseñanza de las "Enfermedades quirúrgicas de los miembros (Traumatología y Ortopedia)"; los libros del profesor Piulachs se adaptaban a esta distribución incompleta del aparato locomotor ya que el raquis se incluía en el segundo año con la cabeza, el cuello, el tórax y la neurocirugía; quedaban para el tercer año el abdomen y la pelvis. También quedan precisados el examen de Licenciatura, las calificaciones, los Premios Extraordinarios, la Investidura del Grado y el traje académico, el patrono San Lucas evangelista y médico, el doctorado, las plantillas de cátedras numerarias y las funciones del profesorado. Cabe destacar en el plan de estudios la desaparición de las cátedras de terapéutica quirúrgica, que se declaran a extinguir. Las cátedras de Patología Quirúrgica quedan establecidas en dos para cada Facultad, excepto Madrid y Barcelona que reciben una dotación de tres. Para nosotros es de suma importancia el capítulo octavo que habla "De las especialidades médicas y de las carreras auxiliares de medicina". La responsabilidad de los títulos de especialista se confiere a los Institutos y a las Escuelas Profesionales y enumera trece especialidades reconocidas en aquel 1944 y entre ellas consta Traumatología y Ortopedia, que junto con la Urología se destaca de la Cirugía General, la cual incluiría todo el resto del programa de la asignatura a lo largo de tres años. Las Escuelas Profesionales también resultan capacitadas para emitir títulos que no exigen licenciatura como son Instructor

de Educación Física, Practicante, Matrona, Enfermera y aquellos otros que puedan determinarse posteriormente.

En la presentación del Decreto se justifica la misión del nuevo Estado y resumimos sus principales ideas según sigue:

- Vindicar en su plenitud el hondo sentido de la actitud médica en su doble aspecto científico y profesional.
- Los avances logrados en las ciencias psicológicas aplicadas al mundo físico destacan la importancia que encierra un soporte espiritual.
- El trato familiar que el médico ha de mantener con los intrincados problemas de la Biología.
- Esta aproximación psicofísica se apoya en la necesidad de subrayar el valor de lo espiritual.
- Dignidad de una profesión que entraña tan profundo interés para la conservación y defensa de la salud individual y colectiva de la humanidad.
- El enfermo ha de ser siempre considerado como un hombre entero dotado de alma y cuerpo y que su dolor es como un crisol donde se depuran las virtudes morales.
- La deformación del rigor científico de la medicina, alentada por el laicismo materialista, servidor de imitaciones extranjeras, había calado en nuestras Facultades, desviando una parte de su pensamiento hacia la irreligiosidad.
- Frente al error cartesiano, que estimulaba estos descaminos del derrotero de la verdad, el nuevo Estado declara paladinamente el elevado valor religioso de la profesión médica...
- ... desde la cual, sobre la ruta de la Ciencia como servicio de Dios, ha de resaltar más la delicada misión de la Medicina, colaboradora de un incansable apostolado de espiritualidad...
- ...que lleve a la actuación cotidiana el impulso de un conocimiento científico cada vez más perfecto, enlazado con los fundamentos permanentes del sentido católico de la vida, módulo y norma de la mejor actividad humana.

Y después de la disposición final que deroga todo lo anteriormente legislado que pueda oponerse a lo por él dispuesto, termina con:

Así lo dispongo por el presente decreto... Francisco Franco.

A partir de aquí, después del vendaval fratricida de la guerra, fue consolidándose de nuevo la enseñanza de la ciencia médica y evolucionó hasta llegar a los años 1977 y 1978 que son los de nuestra Transición médica y hospitalaria.

Prosigamos resumiendo lo legislado por el Ministerio a partir de este Decreto:

- Orden de 15 septiembre de 1949. Sobre implantación del séptimo curso de la Licenciatura de las Facultades Medicina para que en caso de insuficiencia de sus hospitales éstas puedan reconocer para las prácticas a las instalaciones hospitalarias del Estado correspondientes a otros Ministerios, del Movimiento, provinciales, locales o particulares (Ministerio de Educación Nacional).
- Ley de 20 de julio de 1955. Sobre "Enseñanza, título y ejercicio de las Especialidades Médicas"... importante preparación para que el ejercicio profesional especializado no quede en lo sucesivo al exclusivo arbitrio de quien, sin otra comprobación, asegure haberla efectuado. El número de especialidades reconocidas se eleva a treinta y de ellas siete son quirúrgicas: cirugía del aparato digestivo, cirugía cardiovascular, cirugía pulmonar, cirugía reparadora, neurocirugía, traumatología y ortopedia, y urología, cuyas enseñanzas especializadas podrán organizar las Cátedras de Patología Quirúrgica; también podrán conferir el título de Cirugía general. Igualmente las Cátedras de Patología Médica podrán responsabilizarse de sus correspondientes especialidades reconocidas. Las enseñanzas también se podrán seguir cursando en los Institutos y Escuelas reconocidos por el Ministerio con anterioridad a la presente Ley. Se

establecen los requisitos para reconocer los Centros de Especialización, la inspección a cargo del Rectorado y obliga a fijar un programa nacional único para cada especialidad, acordado con el Consejo Nacional de Educación. Los estudios deberán cursarse en el mismo centro y las calificaciones serán únicamente de "apto" y "no apto". Se creará para cada especialidad una Comisión integrada por Catedráticos numerarios y Jefes de Centros de Especialización reconocidos y con un representante de cada una se constituirá la Comisión Nacional asesora. El tiempo mínimo de preparación en cada centro será de dos años y para quienes ejercían una especialidad antes de la promulgación de esta Ley el reconocimiento del título exige un mínimo de tres años (Ministerio de Educación Nacional).

- Decreto de 23 de diciembre de 1957. Aparece el Reglamento para la aplicación de la ley del 20 de julio de 1955. Recuerda los Centros donde se podrán seguir los estudios de las treinta especialidades reconocidas, la importancia de los catedráticos de Universidad en el control de las Escuelas o Institutos de Especialización Médica y los requisitos para su acreditación, el control de su cuadro de profesores, sus instalaciones y su capacidad. De ello se informará al Claustro de la Facultad de Medicina del Distrito que corresponda y ésta lo juzgará y a su vez lo comunicará al Ministerio de Educación Nacional para su reconocimiento. Todos los Centros acreditados quedan sometidos a la Inspección del rectorado del Distrito y sometidos al Reglamento de Disciplina Académica. El Ministerio de Educación Nacional acordará el programa mínimo para cada caso. Se regulan los programas de formación de los servicios de Especialización Médica de los Ejércitos y su equivalencia para obtener el título. El Tribunal de examen será nombrado por el Decano de la Facultad de Medicina, los candidatos satisfarán tasas académicas y derechos de examen. Las Comisiones de las especialidades estarán formadas por tres catedráticos numerarios en activo y por dos médicos especialistas y los nombramientos se harán por el Ministerio de Educación Nacional a propuesta de la Junta de Decanos. Concluye con las disposiciones transitorias para conceder el título sin exigencia de escolaridad ni necesidad de realizar pruebas a quienes reúnan ciertas condiciones de ejercicio previo (Ministerio de Educación Nacional).
- Orden de 1 de abril de 1958. Han transcurrido los tres años que fijaba la ley de 20 de julio de 1955 para quienes ejercían una especialidad en aquel momento, entra en vigor la exigencia de seguir estudios de especialidades según había sido regulado y hay que definir qué puede ejercer quien tenga el título de Licenciado en Medicina con independencia del régimen de especialidades; éste otorga los siguientes derechos: a) el ejercicio de la Medicina general, b) el ejercicio de la Cirugía general y c) el ejercicio de la Medicina en cualquiera de sus ramas o en todas ellas, pero sin poder titularse expresamente especialista en ninguna (Ministerio de Educación Nacional).

Cuando los estudiantes del período clínico de la licenciatura conocieron estas disposiciones del Ministerio de Educación Nacional comprendieron que equivalían a prolongar durante tres años más los siete años de licenciatura y vislumbraban que un título simple de Licenciado conferiría escasas y vagas opciones profesionales. Las protestas abocaron a la huelga, a la formación de comisiones estudiantiles y en Barcelona a la designación de tres comisionados para entrevistarse con la Jefatura Nacional del SEU en Madrid, pidiendo la defensa de los intereses que se creía poseer y además –por extensión de reclamaciones– que los delegados del SEU fueran elegidos por los estudiantes y no nombrados a dedo entre los que eran militantes de Falange Española. Estos comisionados fueron escogidos entre militantes de tendencia cristiano demócrata porque se suponía acertadamente que los marxistas no serían aceptados para dialogar en ningún encuentro y así se desplazaron a Madrid los señores Enric Renau, Ribas Mundó y Fernández Sabaté, de cuarto, quinto y sexto curso

respectivamente. Falta el séptimo curso pero oficialmente no existía porque pertenecíamos al “plan nuevo de 1952” que se componía de siete años y el “plan viejo” sólo cursaba una carrera de seis años; nuestra promoción llegaría a séptimo curso en 1959. Entre ambas promociones se había formado un curso de “repetidores” con escasa entidad de promoción y temeroso ante las reivindicaciones, ya que estando en mayo lo deseable era acabar la Licenciatura. En la Delegación Nacional del SEU no pudo recibirnos el Jefe Nacional Sr. Aparicio Bernal y pero sí el Delegado de Madrid o Subjefe –no puedo precisar el cargo- el Sr. Rodolfo Martín Villa. Bajo amenaza de perder el curso ya que estábamos a mediados de mayo, concedió la elección libre de delegados de curso y de facultad y la exigencia de tres años más obligatorios para llegar a ser especialistas quedó en espera y se estableció un interregno de tolerancia hasta nueva legislación. El castigo fue la pérdida de la matrícula con nueva matriculación de coste doble; los exámenes se celebraron con normalidad en junio. Al año siguiente se celebraron por vez primera en período franquista elecciones para Delegado de Facultad en Barcelona y salió elegido el Sr. Ramón Segura Cardona que al cabo de años llegaría a catedrático de fisiología de mi facultad. (Ministerio de Educación Nacional).

- Orden de 10 de junio de 1958. Se nombran las Comisiones asesoras de especialidades Médicas. Los catedráticos de patología quirúrgica nombrados a propuesta de la Junta de Decanos fueron para Traumatología y Ortopedia: Don Enrique Hernández López de Granada, Don Miguel Moraza Ortega de Salamanca y Don Francisco Martín Lagos de Madrid. Los dos especialistas en cada tribunal serían nombrados por el Consejo General de Colegios de Médicos (Ministerio de Educación Nacional).
- Orden de 10 de octubre de 1962. Transcurridos cuatro años se vuelven a dar normas para la concesión de los títulos de Médicos especialistas porque algunos, habiéndose acogido a la disposición transitoria de tres años, habían solicitado desde una hasta diez especialidades en algunos casos (sic). El alto nivel moral y profesional que la ley reconoce a estos títulos exige que no se ostente más de uno...salvo cuando se trate de de “especialidades afines” y da el listado de esta nueva modalidad que para la traumatología y ortopedia son la cirugía general, la cirugía reparadora y la reumatología; aún no existía como especialidad reconocida la rehabilitación (Ministerio de Educación Nacional).
- Orden de 28 de marzo de 1966. Se crean 500 puestos de trabajo para Médicos recién graduados en las Residencias de la Seguridad Social. Esta fecha marca la aparición del dominio hospitalario de la Seguridad Social en la enseñanza de las especialidades médicas y de la legislación a cargo de quien las detenta que es el Ministerio del Trabajo. En su escrito dice “La Seguridad Social es consciente de la necesidad y conveniencia de ofrecer la experiencia clínica de las Instituciones sanitarias cerradas a las nuevas promociones de médicos en el comienzo de su vida profesional, impulsando la acción docente de aquéllas, ya iniciada en la Clínica Puerta de Hierro y en la Ciudad Sanitaria de la Paz... sus haberes serán de 4.500 pesetas mensuales, con dos gratificaciones extraordinarias -18 de julio y Navidad-... los nombramientos tendrán una vigencia de tres años como máximo”. En esta misma orden se crean los Servicios Especiales de Urgencia y los Equipos de Cirugía de Urgencia en las grandes Instituciones de la Seguridad Social (Ministerio de Trabajo).
- Orden de 17 de noviembre de 1966. Sobre perfeccionamiento técnico de los Médicos internos y residentes en instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Expone el deseo que tiene la Seguridad Social de participar en la enseñanza de las especialidades ya que : dispone de una amplia y moderna red hospitalaria y de Instituciones adecuadas a las exigencias de la Medicina actual; necesita conseguir con dichas instalaciones una óptima calidad clínica y humana del trabajo médico; la Seguridad Social ha dado pasos muy importantes en su organización

ajustada a la concepción moderna hospitalaria; son excelentes los resultados obtenidos en los centros hospitalarios que han desarrollado programas docentes con la rotación de Médicos internos y residentes. En consecuencia éstos se extenderán dentro de la red sanitaria propia en beneficio de la formación de médicos recién graduados y de los propios pacientes. Se precisan las funciones de los Médicos internos por un período rotatorio de dos años y las de los Médicos residentes por dos o tres años según necesidad de cada especialidad. En los centros especiales (Clínicas Maternales, Clínicas Infantiles, Centros de Traumatología y Rehabilitación) podrán ingresar directamente como Médicos Residentes. La selección de los candidatos será hecha en cada centro por su Comisión de admisión, que valorará el expediente y la entrevista (Ministerio de Trabajo).

Esta Orden reconoce que la presencia de médicos en formación también será en beneficio “de los propios pacientes”, rompiendo así con el tradicional veto a la entrada de estudiantes de todo tipo en las Residencias Sanitarias porque los “productores” (=obreros) enfermos no debían ser objeto de prácticas médicas, que quedaban para los Hospitales Clínicos y Provinciales que acogían más bien a enfermos sin seguridad social y a desvalidos, a mendicantes y a los de la beneficencia pública. En Barcelona fue el año de la inauguración del centro de Rehabilitación y Traumatología, el de inicio de mi trabajo en él a las órdenes del doctor Collado y el de la recepción de los primeros residentes, a quien conducir y enseñar durante años (siguieron de médicos adjuntos muchos de ellos), abriendo así una etapa profesional nueva en las vidas de los jóvenes especialistas que pudimos estrenar el sistema jerarquizado. Fue el nacimiento de muy buenas amistades, reforzadas por la convivencia diaria y nocturna con años de duras guardias, que se han mantenido a lo largo de los años y han alcanzado hasta las respectivas jubilaciones de todos nosotros.

- Resolución del 29 de agosto de 1969 de la Delegación General del Instituto Nacional de Previsión. Convocatoria para 170 plazas de médicos internos y 334 de residentes en Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Las correspondientes a nuestra especialidad fueron: C.S. La Paz (Madrid); C.S. Francisco Franco (Barcelona); C.S. La Fe (Valencia) y C.S. Virgen del Rocío (Sevilla). Se recuerda a los candidatos que su situación militar tiene que estar resuelta, se reitera en las condiciones ya sabidas y los emolumentos se sitúan en 4.675 pesetas mensuales más las dos pagas extras. El concurso de méritos será resuelto por el INP a propuesta de las Comisiones de cada Centro. Por primera vez se publica el modelo de instancia para médicos internos y para médicos residentes. (Ministerio de Trabajo)
- Orden de 3 de septiembre de 1969. Sobre perfeccionamiento técnico de Médicos Internos y Residentes para adaptarlo a la nueva realidad. El médico Interno es la forma de ingreso en las instituciones de la Seguridad Social, hará una rotación de un año y después accederá a la categoría de residente hasta un máximo de tres años. La delegación General del Instituto Nacional de Previsión (INP) cubrirá cada año las plazas necesarias para sus Instituciones y podrán concurrir licenciados españoles e hispanoamericanos: la selección será hecha en cada Institución y el puesto obliga a dedicación exclusiva e incompatible con otro ejercicio médico, cuya transgresión implica el cese en la Institución (Ministerio de Trabajo).

Hasta aquí hemos comprobado cómo los títulos de especialista de las Escuelas Profesionales quedaban controlados bajo la responsabilidad del Ministerio de Educación Nacional que encarga la inspección a una Comisión en la que tienen un papel importante los catedráticos y cómo la aparición del sistema MIR en los hospitales de la Seguridad Social es una obra del Ministerio del Trabajo (28-3-1966) a través del Instituto Nacional de Previsión con sus jerarquías propias. Cuando la Seguridad Social aparece en escena en la enseñanza de especialidades médicas existían en el panorama español Centros que se habían acreditado desde hacía años con estas funciones.

Destaquemos los más importantes: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en Barcelona, Hospital de Basurto en Bilbao, Hospital Provincial de Madrid, Hospital Clínico de Valencia, en los que destacaron las figuras de Vilardell, Salaverri, Sanchis Olmos y Vaquero González, su sucesor, y Gomar Guarner como Jefes de Escuela Profesional de la especialidad. En 1963 surge una novedad hospitalaria: la llamada "Jerarquización", consistente en crear un organigrama de responsabilidades en cada unidad o Servicio y el mayor número posible de Servicios de especialidades reconocidas por Ley (20 de julio de 1955) que exijan hospitalización. El primer centro jerarquizado español de nueva construcción y organización fue el Hospital General de Asturias del que se responsabilizó el doctor Soler Durall que se había especializado en gestión hospitalaria en Estados Unidos y en él creó el correspondiente cuerpo de médicos residentes en 1963. Le conocimos en la facultad de medicina de Barcelona porque nos dio clases de higiene como profesor de la cátedra. Esta organización fue captada por un médico del cuerpo de Inspectores de la Seguridad Social, el doctor Martínez Estrada, que creyó en lo favorable que sería para las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, hasta entonces llamadas Residencias Sanitarias, pasar del sistema de equipos quirúrgicos de cupos al jerarquizado y dotarlas de servicios de medicina interna. Era necesario un equipo de hombres que participaran de las mismas esperanzas y que aceptaran esta nueva modalidad de trabajo hospitalario. Los tenía cerca y es obligatorio que lo narremos para conocer cómo nació este núcleo de avanzados profesionales, ya que, si bien para los jóvenes toda esta historia es desconocida y pueden creer que salió de una generación espontánea, quienes lo vivimos en nuestra juventud y entramos también en la aventura sabemos que no procedemos de "ex nihilo" sino de un lento proceso que acabó modelando nuestras vidas profesionales. Una conversación mantenida ex profeso con el profesor Palacios Carvajal me develó los entresijos del proceso que empezó en el Hospital Clínico de Madrid y me completó en parte la historia de la conversación que mantuve con el profesor Gomar; narrarla en lo esencial perfilará la figura de este tercer contertulio, que estaba ausente en el autobús del viaje a Altdorf pero cuya sombra planeaba en el ambiente.

Durante la 2ª República se construyó en el Cerro del Pimiento del valle del Manzanares una Ciudad Universitaria con una nueva y moderna Facultad de Medicina y Odontología que no estaban inauguradas al estallar la guerra en 1936. Debido a la dureza de la liberación de Toledo por parte de las tropas llamadas "nacionales" éstas se concentraron alrededor de esta ciudad y en Madrid se atrincheraron frente a la Ciudad Universitaria. Cuando el general Franco decidió entrar en Madrid fue necesario desalojar el nuevo Hospital Clínico en poder de las tropas republicanas en un combate habitación por habitación y como resultado solamente persistieron ruinas de un edificio sin estrenar. En 1945 llegó a Madrid el catedrático de patología quirúrgica profesor Martín Lagos, procedente de la Facultad de Valencia por traslado, y al cabo de dos años fue nombrado Director del Hospital Clínico San Carlos de Atocha y también recibió el encargo de controlar las obras de reconstrucción del hospital destruido por la guerra. Con él fue alumno interno el joven Palacios Carvajal, que se licenció en 1952, que después pasó a médico interno y que en la misma cátedra consiguió el diploma de especialista en Cirugía ortopédica y traumatología en 1955. Al cabo de dos años quedó vacante una plaza de Profesor Adjunto y Palacios Carvajal, ya Doctor, la ganó por oposición y la desempeñó hasta 1967; el profesor Martín Lagos le nombró Director de la Escuela Profesional de nuestra especialidad. En 1960 se inició el traslado paulatino desde el viejo Hospital de San Carlos al reconstruido Hospital Clínico de la Ciudad Universitaria y cuando se hubieron instalado en las nuevas clínicas el catedrático decidió especializar a sus ayudantes directos: Diego Figuera Aymerich en Pulmón y corazón, Antonio Estades Ventura en Aparato Digestivo, Gonzalo Bravo Zabalgaitia en Neurocirugía y José Palacios Carvajal en Traumatología y Cirugía Ortopédica. Esta fue la primera cátedra que llevó a cabo una reorganización interna en función de las modernas

exigencias quirúrgicas, superando el vetusto concepto de la cirugía general aún persistente en la mayoría de hospitales universitarios.

Volvamos al doctor Martínez Estrada y a su esfuerzo por transformar las Residencias Sanitarias de la Seguridad Social en Hospitales y en algunos casos en Ciudades Sanitarias, que solían constar de Edificio General (la antigua Residencia), de Hospital Maternal y Hospital Infantil y de Centro de Rehabilitación y Traumatología conocido como CRT (léase "cerrete" en nuestra jerga). En los Hospitales convivieron los antiguos cirujanos con cupo y los nuevos médicos jerarquizados, pero en las Ciudades Sanitarias el volumen de estos últimos desde su inauguración ya les dio un cariz totalmente distinto por su modo de organizarse y de trabajar. La nueva organización hospitalaria empezó con la inauguración de la Clínica Puerta de Hierro en 1963 a la que siguieron los primeros Centros de Rehabilitación y Traumatología que fueron por orden cronológico: 1964 La Paz de Madrid, 1965 Francisco Franco de Barcelona, 1968 Virgen del Rocío de Sevilla y 1969 La Fe de Valencia. Ignoro por qué se antepuso Rehabilitación cuando la iniciativa era Traumatología y Rehabilitación, pero puede ser que jugara un papel político la ponencia del Congreso SECOT de 1954 sobre "El problema de la rehabilitación laboral en los accidentados de trabajo" elaborada por los doctores Vicente Vallina y García Díaz de Oviedo, a partir de la cual el Ministerio de Trabajo manifestó su empeño en solucionarlo; era una deuda que se arrastraba desde hacía una década. Para sus nuevos designios el doctor Martínez Estrada se fijó en los colaboradores del profesor Martín Lagos, ya especializados, como posibles ejecutores de sus planes y para la Clínica Puerta de Hierro, dirigida por el profesor Segovia de Arana, nombró como jefe de cirugía al doctor Figuera Aymerich, y en 1967 al profesor Palacios Carvajal para el servicio de Urgencias de la Ciudad Sanitaria La Paz con una dotación de 90 camas. En Barcelona la dirección del CRT recayó en el doctor Sales Vázquez, reputado neurólogo de la cátedra del profesor Pedro Pons que había organizado una unidad de rehabilitación para poliomielíticos, (donde colaboré siendo joven ayudante de la cátedra del profesor Piulachs) y que en esta naciente etapa contó con la inestimable colaboración de un médico del cuerpo de Inspectores que asumía, con total convencimiento de los preciados beneficios de la jerarquización, la secretaría general del Centro, el doctor Fernando Bartolomé Fernández de Gorostiza, a quien podemos considerar como el adalid del doctor Martínez Estrada en Barcelona. Para la jefatura de departamento de nuestra especialidad fue nombrado en doctor Collado Herrero; en Sevilla encontramos al doctor Lazo Zbikowski y en Valencia al doctor Maestre Herrero. El profesor Martín Lagos sufrió un vaciado importante de su cátedra y para darle soporte el profesor Palacios Carvajal durante dos años siguió al frente de la Escuela de Especialidad y colaboró con él en los exámenes. Aquí vemos en plena etapa de innovación y jerarquización a este hombre de transición con un pie en La Paz y otro en la Cátedra de Cirugía y ante esta disyuntiva le comentó su situación al profesor Gomar Guarner el cual le contestó (copio de Sánchez Vera en su biografía): "Querido Palacios, está Ud. en una encrucijada biográfica. Quiero decirle que los cirujanos generales se morirán como tales, somos la cola de Europa. Mire Ud. lo que pasa en todos los países desarrollados y aplíquese el cuento" y Palacios Carvajal se decidió por la COT, siguiendo en la Ciudad Sanitaria La Paz y desde 1977 en el Centro especial Ramón y Cajal. El doctor Martínez Estrada, confiando plenamente en el conocimiento de los colegas especialistas que tenía su amigo Palacios Carvajal, le pidió a menudo asesoramiento para encontrar al hombre idóneo que colaborara en esta vía de jerarquización que fue avanzando sin parar. Estas dos personalidades de la cirugía universitaria y de la seguridad social aportaron su gran esfuerzo en dos territorios separados por la administración pero unidos por las necesidades médicas a través de la actividad docente y de la actividad asistencial. Siendo yo como muchos catalanes un aficionado al "pesebrismo" que cultivamos en Navidad, me imagino una de las escenas independientes, que conocemos como "diorama", en la que una carreta tirada por una potente yunta de bueyes (símbolo

de nuestros amados personajes) transita por el duro camino e imagino que pueden subirse a ella todos cuantos caminan en el mismo sentido hacia el portal para conocer la buena nueva. Permítaseme esta amistosa alegoría o parodia para poder decirles, yo que me he subido a este carro, ¡gracias Don Paco y gracias Don Pepe! Todos han sido invitados a subirse en él.

Regresemos a la legislación sobre los Médicos internos y residentes de la Seguridad Social que vuelve a sufrir precisiones y modificaciones... para determinar con toda claridad la situación jurídica:

- Orden de 28 de julio de 1971. Define nuevamente qué son los médicos internos y los médicos residentes, su acceso a las plazas mediante convocatoria general y selección centralizada a cargo del Tribunal de la Comisión Central de Admisión y Educación constituido por miembros del Instituto Nacional de Previsión y de sus hospitales. Establece un máximo de cuatro años como período de residencia y cada año el médico residente deberá entregar a la Comisión de Educación Médica de su Institución una memoria, que será remitida a la Comisión central para su valoración. Se fija el número de residentes que puede solicitar un hospital en función del número de camas, en proporción de un médico por cada cuatro camas hospitalarias. La dotación económica es de 8.000 pesetas mensuales más las dos pagas extras de 18 de julio y de Navidad. El artículo 12 habla de completar la formación con trabajos de investigación y con la tesis doctoral (Ministerio de Trabajo). Aprovecho esta orden para desvelar una situación que desde entonces me ha inquietado: ¿Cómo puede un jefe de servicio que no sea doctor cumplir con esta nueva premisa de su jefatura para con los residentes? Según mi modo de entender, no puede cumplirla.
- Orden de 16 de diciembre de 1974. Fija las cuantías a recibir por los médicos: Internos 13.750 pesetas, Residentes de 1º 15.750 ptas, Residentes de 2º 17.750 ptas. y Residentes de 3º 19.750 ptas; se añaden las dos pagas extras (Ministerio de Trabajo).
- Orden de 30 de enero de 1976. Se fijan las cuantías de los conceptos a percibir por los médicos internos y residentes en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Percibirán cada mes en pesetas: Internos 17.500, Residentes de 1º 20.295, Residentes de 2º 22.295, Residentes de 3º 24.295. (Ministerio de Trabajo).
- Orden de 7 de octubre de 1976. Modifica el procedimiento de selección de los médicos internos y residentes de la Seguridad Social regulada por la orden de 28 de julio de 1971...para mayor eficacia en la selección...dando acceso a la organización colegial y a los propios MIR. La convocatoria será general y el concurso consistirá para los médicos internos en la aplicación de un test en su primera fase y en la valoración de los méritos aportados de acuerdo con un baremo en la segunda fase; se sumarán las puntuaciones de ambas fases del concurso y de su suma dependerá la puntuación final. Para las plazas de residentes solamente se valorarán los méritos aportados con sujeción a un baremo bajo responsabilidad de la Comisión de Admisión de cada institución y los resultados se remitirán a la Comisión Central de Admisión y Educación Médica. Los resultados de las pruebas serán ordenados según su puntuación y así escogerán plaza siguiendo un orden de preferencia. El contrato será de naturaleza laboral (Ministerio de Trabajo).
- Orden de 9 de diciembre de 1977. Se regula la formación de postgrado en las Instituciones de la Seguridad Social porque es necesaria una actualización progresiva (justificación reiterativa en muchas Órdenes), hay que unificar criterios de formación postgraduada a nivel nacional, sentar los criterios de acreditación de las instituciones sanitarias que participan en la docencia y especificar el contenido de los programas. Nuevamente describe la figura de los médicos interno y residente, acepta para algunas especialidades un quinto año de programa y vuelve a insistir en la investigación y la elaboración de la tesis doctoral. Delimita el acceso de médicos

hispanoamericanos y de otras nacionalidades al número de plazas reservadas a tal fin en la convocatoria y se cifra en doscientas como máximo; se acepta para algunos programas que puedan solicitar plaza biólogos, físicos, ingenieros y bioestadísticos. A partir de esta Orden el baremo representará el 25% de la puntuación y el examen mediante cuestionario de respuestas múltiples el 75% restante hasta un máximo de 100 puntos. La supervisión y resolución del procedimiento estará a cargo de la Comisión Central de Docencia compuesta por: Subsecretario de la Salud, representante de cada Centro con programa de docencia y participación en la convocatoria, representante de residentes, subdirector general de Docencia, Subdelegado general de servicios sanitarios del INP, dos representantes del Consejo general de Colegios de Médicos, dos representantes de los Decanos de Facultades de Medicina y un Letrado asesor; los miembros electos lo serán por votación secreta de sus correspondientes organismos o corporaciones. Se dan las normas para crear en cada centro con docencia de especialidades la correspondiente Comisión de Docencia (Ministerio de Trabajo).

RENOVACIÓN HOSPITALARIA.

Las continuas normativas que van apareciendo en el BOE demuestran que las autoridades competentes no alcanzaban a diseñar una estructura definitiva y que necesitaban muy a menudo adecuaciones a los cambios de las ciencias médicas y de su enseñanza, posiblemente exagerados para justificar las diversas órdenes que se van publicando. A pesar de esta inseguridad legislativa los hospitales de la Seguridad Social jerarquizados hicieron posible que surgieran Servicios de especialidades quirúrgicas, que antes no existían de modo independiente en las clínicas universitarias, y que éstos llegaran a acreditarse, incluso allende nuestras fronteras. A su lado las Clínicas de patología quirúrgica general quedaron desfasadas y se inició un proceso de transformación forzado por la competitividad de las especialidades de la Seguridad Social. Los grandes hospitales Universitarios y Provinciales tuvieron que adaptarse al modelo jerarquizado de los Centros Docentes de la Seguridad Social, es decir, crear Jefaturas de Servicio en número equivalente a las especialidades reconocidas que se tenían que ofrecer en la cartera de servicios, y dotarlas de Jefes Clínicos y de Médicos Adjuntos. Así podrían recibir médicos del sistema MIR, siempre y cuando los centros adaptados a la nueva legislación fueren aceptados como docentes en la convocatoria anual, y acordar convenios con la Seguridad Social para ser incluidos en la red hospitalaria estatal como Centros Concertados, lo que equivalía a obtener de los fondos de la Seguridad Social unos ingresos que solucionaban la economía del hospital. De esta guisa fue como el empuje silencioso de la "jerarquización" arrastró tras de ella a los grandes hospitales españoles que reformaron su distribución interna para adecuarla a los nuevos tiempos. Las cátedras de patología médica y quirúrgica se distribuyeron los Servicios, previo acuerdo de los catedráticos a tenor de las afinidades y preferencias de cada uno, y aparecieron los nuevos escalafones médicos antes mencionados, quedando los antiguos de catedrático, de adjunto y de profesor de prácticas para quienes tuvieran además de la función asistencial la de docencia de licenciatura. La cuestión de los haberes en caso de doble función se solucionó de forma diversa según las Autonomías, cobrando unos una única retribución conjunta y otros una retribución desdoblada procedente de los respectivos Ministerios, de Educación y Ciencia y de Seguridad Social.

Los médicos jerarquizados de los hospitales docentes de la Seguridad Social pasaron a tener contratos laborales que se regían por el sistema llamado "estatutario" y por las leyes laborales correspondientes. Los hospitales "concertados" procedentes del ámbito universitario o provincial, a veces municipal, tenían una legislación tradicionalmente distinta: en las cátedras debajo del Profesor se encontraban su o sus adjuntos y los ayudantes de clases prácticas; en los provinciales el personal se adaptaba al escalafón de funcionarios de 1ª, de 2ª, etc. En muchos hospitales famosos varios

médicos de salas o de dispensarios asistían, colaboraban o simplemente “iban” por un acto de voluntariedad que les permitía estar en situación de “formación continuada” ya antes de que ésta se legislase, y compensaban la falta de honorarios con las ganancias de la medicina privada que venía a ser acreditada por la referida asistencia, generalmente matinal, a tal o cual hospital de renombre y de prestigio.

El “concierto” con la Seguridad Social hizo nacer en los hospitales que lo consiguieron una estructuración de los médicos en categorías análogas a las existentes en los de la Seguridad Social y, al poderse apoyar en unas leyes laborales aparecieron reivindicaciones que bajo el prestigio de la cátedra o de un eminente jefe y de su rígida férula jamás habrían aflorado. A veces las gerencias y las direcciones médicas han solicitado a los Jefes de Servicio, como si fuesen empresarios, la toma de algunas decisiones sobre sus colaboradores que resultarían de justificación dudosa con la ley en la mano (no siempre clara); y eso porque aquéllos, con su jefe de personal (ahora “recursos humanos”) a su lado, no se atrevían a proponerlas. Estas situaciones han sido también aprovechadas para crear desavenencias en Servicios cohesionados por su Jefe y así ponerle en un brete y destruir lo que a la administración le parecía un monolito peligroso y de difícil manejo. La sindicación de los médicos ha sido otra resultante de la jerarquización que ha venido a equilibrar el poder vertical autoritario y la fuerza médica transversal, y se ha hecho extensible a la enfermería.

La jerarquización y el concierto hospitalarios han incidido no solamente en la organización interna de los hospitales dando lugar a los servicios especializados, en la relación jerárquica entre los médicos con categorías nuevas entre docentes y discentes y en las relaciones laborales que se dirimen con la participación de la magistratura del trabajo y los sindicatos, sino que a su vez ha alcanzado a penetrar en las finanzas de los hospitales y ha hecho aflorar diferencias. Los hospitales de la Seguridad Social se han administrado con un sistema que hemos conocido y vivido duramente como de “presupuesto cerrado”, es decir, fijado para cada año, para cada hospital, para cada servicio, y en consecuencia para un Jefe de Servicio las innovaciones y los implantes no podían exceder de lo presupuestado. De esta guisa hemos funcionado, pero no ha sido así para todos ya que entre los hospitales concertados españoles algunos han aceptado en su administración el endeudamiento, creando una tolerancia en la formación de unidades y en la aplicación de técnicas de última novedad, que sobrepasaban lo que en los centros de la Seguridad Social habría sido el “presupuesto cerrado”. Valga como muestra, y es experiencia vivida, la dificultad de comprar nuevos implantes de innovación justificada y más caros que los de años anteriores en una Ciudad Sanitaria y la posibilidad de implantarlos al cabo de poco tiempo de su aparición en el mercado en el Hospital X concertado. A día de hoy siguen en grave crisis algunos hospitales que tienen que ser “rescatados”, según lenguaje antes desconocido. El personal médico de algún hospital concertado podría ser que tuviera condiciones laborales más beneficiosas que los de la Seguridad Social o bien al revés, menos ventajosas, y la lucha por mantener su nivel particular o para mejorarlo ha abocado a duras reivindicaciones que llegan a ser de conocimiento público porque llegan a la calle. Recapitulando lo expuesto en mi narración la “Jerarquización” de los médicos hospitalarios de la Seguridad Social ha arrastrado hacia su modelo al conjunto de los médicos españoles de semejante condición y ha reestructurado la distribución interna de muchos hospitales y sus puestos de trabajo. El “Concierto” con la Seguridad Social ha dado sustento a las finanzas de los que así se incorporan en la red hospitalaria pública pero ha respetado comportamientos internos que han sido focos de disgregación en lo que tenía que haber sido una Reforma Hospital-Universitaria en profundidad para llegara a una Ley que someta a todos los hospitales asistenciales y docentes españoles a una única conducta, a una misma estructuración, a una idéntica situación laboral y a una financiación igualitaria. El concepto de “concierto” debería incluir “sine qua non” todos estos condicionantes para llegar finalmente a una situación homogénea. Concede el concierto quien detenta

las finanzas y la dotación económica es la llave para doblegar resistencias y viejos patronatos, sin necesidad de atentar a las seculares tradiciones de algunos. Se trata de adaptar la riqueza hospitalaria española modernizada a una distribución alícuota de los recursos y proporcional al nivel competencial de los hospitales, centros o instituciones.

UN CAMINO PARALELO.



El Prof. Gomar, titular de la primera cátedra de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Prosigamos con la legislación evolutiva que dimanaría a partir de ahora del nuevo Ministerio de Sanidad. En 1978, por una parte año de la transformación de la Cátedra de Patología y Clínica Quirúrgicas de la Universidad de Valencia que regentaba el profesor Gomar Guarner por una de Cirugía Traumatológica y Ortopédica, y por otra parte año de la creación y organización por vez primera del Ministerio de Sanidad bajo la responsabilidad del ministro Sr. Enrique Sánchez de León y con el nombramiento del profesor Palacios Carvajal como Subsecretario de Salud, fue publicado el Real Decreto de 15 de julio por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. Esta vez no es el Ministerio de Educación ni tampoco el Ministerio de Trabajo quien legisla, sino directamente la Presidencia de Gobierno, que lo justifica (una vez más)... en función del progreso científico y tecnológico que la ciencia médico-quirúrgica ha experimentado... constituyendo las enseñanzas de las especialidades médicas parte del contenido del tercer ciclo de la educación universitaria. El texto es fruto del informe favorable de la Junta Nacional de Universidades, oído el Consejo General de Colegios Médicos, a propuesta conjunta de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Seguridad Social y de deliberación del Consejo de Ministros. Lo que se dispone tiene el máximo rango y representa a partir de este momento histórico el camino en paralelo de las Universidades y de la Seguridad Social bajo la tutela del Ministerio de Sanidad.

Se repiten las normas anteriores para obtener el título de especialista y las especialidades reconocidas se actualizan en una lista de 51, apareciendo por primera vez la rehabilitación. El título se podrá conseguir por la vía MIR, por las Escuelas Profesionales y por convalidación de la formación en el extranjero. Se crea una Comisión Nacional por cada especialidad con catorce miembros y un Consejo Nacional de Especialidades Médicas como órgano conjunto de ambos Ministerios; los períodos de formación dependerán de cada especialidad con un mínimo de tres años y un máximo de cinco; las pruebas anuales de evaluación serán concretadas por la Comisión Nacional de cada especialidad sobre programa previamente conocido. Se regula de nuevo la composición de la Comisión Nacional de especialidad con los miembros siguientes: cuatro Profesores Numerarios de Universidad, tres representantes del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, tres representantes del Consejo General de Colegios de Médicos, dos representantes de la Sociedad científica nacional de la especialidad; en esta equilibrada composición de representantes nuevamente toma las riendas el estamento docente universitario que ejercerá de faro y de vigía sobre las titulaciones. Existe la Disposición Transitoria por la que se declaran subsistentes los sistemas de concesión de título de Especialistas actualmente en vigor y se respetarán los derechos adquiridos al amparo de la legislación ahora vigente.

Fuera ya de la época de mi relato han aparecido nuevas disposiciones legislativas de máximo rango, que enuncio para aquellos lectores que pudieran interesarse por su conocimiento. El profesor Gomar se jubiló en 1988 y aún le afectaron los Reales decretos publicados entre 1981 y 1986:

- Real Decreto de 27 de noviembre de 1981 por el que se aprueban las bases del Acuerdo Marco de colaboración en las Instituciones Sanitarias de rango universitario entre los Ministerios

- de Educación y Ciencia y de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social. Reconoce que ha existido falta de uniformidad en los criterios seguidos al establecer Convenios y quiere que haga de los hospitales universitarios "lugares de encuentro de ambos Ministerios". Define las características de las Instituciones Sanitarias de rango universitario, habla de la integración funcional de los Hospitales Clínicos universitarios en el sistema asistencial de la Seguridad Social y procura la homologación de los derechos laborales, económicos y profesionales de los diversos estamentos sanitarios. Crea una Comisión Interministerial para estas Instituciones con cinco miembros de cada Ministerio, en total diez de forma paritaria (Presidencia de Gobierno).
- Real Decreto de 11 de enero de 1984 por el que se regula la formación médica especializada. Se insiste en la obligatoriedad de la prueba de carácter estatal para seleccionar a los aspirantes; en la forma de obtención del título de médico especialista y en la función y la formación de la Comisión de Docencia de cada Centro y de la Comisión Nacional. Ésta tendrá tres vocales del Ministerio de Educación y Ciencia, profesores numerarios, y tres vocales del Ministerio de Sanidad y Consumo, especialistas de sus Instituciones Sanitarias, logrando un equilibrio entre ambos Ministerios; siguen representados los Colegios de Médicos, las Sociedades Científicas y los Residentes. Se define el Consejo Nacional de Especialidades Médicas y se concede la competencia sobre programas y títulos al Ministerio de Educación y Ciencia. Las escuelas Profesionales de Especialización Médica deberán someterse al régimen general de acreditación y demás disposiciones contempladas en éste. Aparece el enunciado de las cuarenta y una especialidades que requieren formación hospitalaria y ocho más que no la requieren (Presidencia de Gobierno).
 - Orden de 13 de septiembre de 1985 por la que se establece el régimen de integración de los Hospitales Clínicos en el Instituto Nacional de la Salud. El personal fijo no funcionario podrá optar entre integrarse en el régimen estatutario de la Seguridad Social o conservar su situación anterior. Delimita la distribución horaria de catedráticos y profesores titulares entre las funciones docente y asistencial.
 - Ley de 14 de abril de 1986, General de Sanidad. Propone como objetivo de todas las Administraciones Públicas la creación de una "red integrada de hospitales del sector público" con características técnicas homologables y mediante "convenios singulares", imperando siempre un régimen de jornada igual al de los hospitales públicos; hay que alcanzar "un sistema sanitario coherente, armónico y solidario" y para ello confeccionar "el Plan Integrado de Salud", concepto que viene a concretar el objetivo final de una profunda reforma sanitaria. Es de gran importancia el Título VI sobre la docencia y la investigación, donde se precisa la colaboración permanente entre los Departamentos de Sanidad y de Educación y Ciencia mediante conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias. Los conciertos se establecen en régimen de reciprocidad: la red de la Seguridad Social se amplía con los Hospitales Universitarios como centros asistenciales de primer nivel y la Universidad utiliza las Ciudades Sanitarias como unidades docentes o como Hospital Clínico en universidades de nueva creación. En éste último caso aparece una figura nueva en la legislación docente y es la de "plaza vinculada". La vinculación es la unión en un mismo cargo de plaza asistencial de la Institución Sanitaria con plaza docente del Cuerpo de Profesores de Universidad. La composición de las Comisiones encargadas de resolver los concursos revela el peso del Ministerio de Educación y Ciencia: Presidente y Vocal nombrados por la Universidad, otro vocal designado por el Consejo de Universidades y los dos restantes por la Institución Sanitaria correspondiente, siendo todos ellos pertenecientes al área de conocimiento a que corresponda la plaza (Presidencia de Gobierno).

- Real Decreto de 28 de junio de 1986. Se establecen las bases generales del régimen de concertos entre las Universidades y las Instituciones sanitarias para la utilización de estas últimas en la investigación y en la docencia de la Medicina. Cuando el concierto se refiere a un Hospital en su integridad se añadirá a su denominación el adjetivo “universitario”. Se concretarán las plazas de facultativos especialistas de la Institución sanitaria que quedan vinculadas con plazas docentes de la plantilla de los Cuerpos de Profesores de la Universidad. En el caso de los contratos como profesor asociado éste dedicará hasta un máximo de tres horas semanales a la tutoría (Presidencia de Gobierno).

Si la Universidad ha recuperado protagonismo también lo ha recuperado nuestra especialidad gracias a la labor del profesor Gomar Guarner que consiguió como Patrono encargado de la nueva Universidad de Murcia que ésta tuviera en 1975 la dotación académica para una plaza de profesor de Cirugía Traumatológica y Ortopedia con categoría de Profesor Agregado, cargo jerárquico de reciente creación al modo del Agrégé francés; la ganó el profesor Antonio Navarro Quilis. El 12 de julio de 1978 el propio profesor Gomar llegó al cénit de su vida como catedrático con la transformación de su cátedra de Patología Quirúrgica en otra de Cirugía Traumatológica y Ortopédica. A partir de este momento la universidad española se dota de nuevos Profesores Agregados de nuestra especialidad a saber: Ferrández Portal en Salamanca, Sánchez Martín en Valladolid, Seral Iñigo en Zaragoza, López Alonso en La Laguna (Canarias) y Munuera Martínez en Extremadura. Por concurso de méritos Ferrández Portal en 1982 y Seral Iñigo en 1983 alcanzan la cátedra en sus respectivas Universidades y en 1984 los restantes Profesores Agregados ascienden a Catedráticos en sus mismos destinos, excepto Navarro Quilis que se integra en la nueva Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona cuyo decano era el profesor Balibrea. En octubre de 1982 se convocaron las “pruebas de idoneidad” para acceder a Profesor Titular de Cirugía Ortopédica y Traumatología y al cabo de dos años son nombrados Viladot Pericé, Esteve de Miguel, Collado Herrero, Vaquero González, Clavel Sainz, Carreño Martínez, Vallejo Ruiz, López Porrúa y Fernández Sabaté. Así se logró un total de dieciséis profesores numerarios de Cirugía Ortopédica y Traumatología en la Universidad española y entre todos ellos el profesor Gomar venía a ser, utilizando una expresión valenciana que le oí en una reunión con algunos de estos profesores, como la “lloca entre els pollets”, es decir, traducido del catalán, “como la clueca entre los polluelos”, que siempre consideré como una demostración de afecto hacia quienes le rodeábamos en aquel momento.

Más allá de este año de 1986 siguen apareciendo legislaciones en el Boletín Oficial del Estado con la exigencia de mejorar la formación de médicos especialistas sin llegar nunca al final del camino donde está nuestra hipotética Itaca con una legislación consolidada de modo definitivo, o quizás hablo de un objetivo inalcanzable. La nave sigue su rumbo, afortunadamente y de forma definitiva, en manos de Presidencia de Gobierno que equilibra la presencia y el poder de ambos ministerios implicados.

- Orden de 22 de junio de 1995. Se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de Médicos y Farmacéuticos Especialistas, se dan normas para la evaluación de los residentes y para el nombramiento de los Tutores de cada centro y cada especialidad, cuya función se regula (Presidencia de Gobierno).
- Real Decreto de 22 de diciembre de 1995. Regula el reconocimiento de títulos de médico y médico especialista de los Estados miembros de la Unión Europea. (Presidencia de Gobierno).
- Real decreto de 24 de septiembre de 1999. Se regula un procedimiento excepcional de acceso al título de especialista para aquellos médicos que ejercían como tal sin estar titulados, conocidos como “médicos especialistas sin título oficial” y en la jerga del momento como Mestos. Así se acabó con las situaciones creadas a partir de las “disposiciones transitorias”

- publicadas al final de cada nueva legislación y se reguló el ejercicio de quienes superaron las pruebas celebradas para cada especialidad.
- Ley de 21 de noviembre de 2003. Tiene como objetivo regular los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas, su ejercicio y su formación y especialmente en Ciencias de la Salud; aparece el concepto de Formación Continuada y desarrolla sus principios y los modos de acreditación y su necesidad para el profesional; dedica el título cuarto al ejercicio privado de las profesiones sanitarias (Presidencia de Gobierno).
 - Ley Orgánica de 12 de abril de 2007 sobre la nueva configuración de la docencia universitaria, con la que el personal docente se estructura en dos únicos cuerpos: Catedráticos de Universidad y Profesores Titulares de Universidad. Se establece un nuevo modelo de acreditación de elegibles basado en la previa posesión por el candidato o candidata de una acreditación nacional, cuyo procedimiento de obtención se regula por el Real Decreto 1312 de 5 de octubre de 2007 y cuyo régimen de los concursos de acceso a cuerpos docentes universitarios por el Real Decreto 1313 del mismo día.
 - Real Decreto de 8 de febrero de 2008. Se le ha conocido como “nueva ley de especialidades” y en ella se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. En el capítulo final de Disposición Derogatoria cita 15 disposiciones que quedan derogadas a partir del real Decreto de 15 de octubre de 1982. Se publica como Texto Consolidado la última modificación de 6 de agosto de 2010. Los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia siguen en paralelo y al mismo nivel. ¿Podemos preguntarnos si hemos llegado a Itaca? A tenor de mis comentarios sobre los efectos de los conciertos con los hospitales queda por sortear este último escollo de la homogeneización de la distribución y administración interna de los recursos tanto humanos como económicos, pero creo que se puede decir que hemos avistado el puerto de llegada.

AREA DE CONOCIMIENTO.

El número de profesores numerarios de universidad dedicados a la enseñanza específica de la cirugía ortopédica y traumatología dentro del Área de Conocimiento de Cirugía fue creciendo hasta llegar en 2002 a 56, de ellos 11 Catedráticos y 45 Profesores Titulares, como narró Ferrández Portal en el capítulo de Universidad de la Historia de la SECOT, dando el nombre de todos ellos. Para tratar los problemas de la docencia de la Cirugía Ortopédica y Traumatología los profesores Munuera Martínez y Ferrández Portal, ambos también miembros y expresidentes de la SECOT, convocaron en 2001 a una reunión a todos los Profesores Numerarios de Universidad de nuestra especialidad y la asistencia fue muy numerosa. Al final de debates varios se hizo una propuesta para conseguir que la Cirugía Ortopédica y Traumatología fuera reconocida como “Área de Conocimiento” independiente dentro de la docencia universitaria, a semejanza de otras especialidades como la Cirugía General, la Ginecología y Obstetricia, la Oftalmología, la Otorrinolaringología. La propuesta fue aceptada y se tramitó con la correspondiente documentación enviándola al Secretario del Consejo de Universidades. Siguiendo la narración del profesor Ferrández Portal sabemos que él recibió el 4 de octubre de 2001 la notificación del Consejo de Universidades sobre la entrada de la mencionada propuesta de área de conocimiento independiente. En apoyo de ésta tenemos la expresión numérica de su importancia en el examen MIR de 2002: 156 plazas de COT y 90 de Cirugía General y del Aparato Digestivo. En el informe anual de una muy importante entidad de seguro médico la estadística de la actividad quirúrgica en función del flujo de enfermos entre sus asegurados, no condicionado por decisiones ni políticas ni de preferencia, pone de manifiesto que el total de operaciones por patología del aparato locomotor

suma tanto como todas las demás especialidades quirúrgicas, que se han ido independizando del concepto de cirugía general. Hubo que esperar al año 2005 para que la decisión final del Consejo de Universidades reconociendo la nueva Área de Conocimiento de Cirugía Ortopédica y Traumatología apareciera como Real Decreto en el BOE del 24 de mayo de 2005; también aparecía el área especial de urología. Desde que en 1978 se dotó la cátedra de Cirugía Ortopédica y Traumatología del profesor Gomar Guarner hasta este reconocimiento de Área de Conocimiento habían transcurrido 27 años, que son el testimonio de la lentitud de los cambios conseguidos y del permanente esfuerzo y la sacrificada dedicación de quienes lo hicieron posible. Les debemos nuestro agradecimiento.

Don Paco -como fue familiarmente conocido por alumnos y colegas suyos-, que a lo largo de su vida demostró que fue hombre trabajador y sacrificado, cuando llegó a la cima de su carrera universitaria y societaria jamás mantuvo un porte arrogante o altivo ni fue una persona seria o aburrida, como recuerda su hijo el profesor Gomar Sancho, sino "todo lo contrario, gran conversador, con un gran sentido del humor, lo que unido a su enorme inteligencia le hacía emitir sentencias memorables que todos recordamos"... "en conversaciones con colegas que lo conocieron, rara es la vez que no surge "como decía D. Paco" recordando frases y situaciones realmente divertidas". Su alumno el profesor Navarro Quilis dijo de él que "había sido un hombre muy singular; muy serio, muy puesto para lo científico, lo académico, lo profesional y al mismo tiempo muy cercano en lo humano, campechano, simpático y dicharachero, ocurrente, y hasta mordaz en ocasiones"...."conmigo siempre habló en valenciano; creo que lo disfrutaba; lo consideré siempre como una distinción muy especial. Muchas frases que yo repito son aprendidas de él y no me duele el reconocerlo". Reconoce su hijo la suerte que tuvo de tenerlo como padre, como maestro y como compañero y en su conferencia-homenaje durante el Congreso de Valencia nos confiaba que "Era hombre que sabía dirigir a sus discípulos por el mejor camino sin que ellos lo notaran, aparte de su gran dedicación al trabajo, por sus comentarios, sus consejos y especialmente por su gran intuición del futuro te arrastraba al trabajo y a la dedicación a la especialidad. Yo soy testigo de este magnetismo".



Don Paco Gomar y Doña Carmen Sancho con sus nietos.

El profesor Gomar Guarner pudo vivir el triunfo definitivo de su labor a lo largo de medio siglo de tenaz existencia y el reconocimiento del Área fue el mejor regalo que pudiera recibir en su doliente ancianidad. Había sido jubilado de su cátedra a los 68 años de edad, es decir, dos años antes de lo previsto, por injustos y aviesos motivos administrativos que no tuvieron en cuenta su gigantesco esfuerzo universitario ni todo lo que en él hemos ponderado y ensalzado: había recibido una especialidad relegada en el mundo de la cirugía general y la había

transformado en un mundo aparte y con personalidad propia. Siguió con su consulta privada donde reencontraba el sentido de su profesión visitando antiguos enfermos, compartiendo con ellos viejas amistades alcanzadas a través del camino itinerante con el paciente, según el decir de su amigo Laín Entralgo. Durante el mes de agosto el matrimonio tomaba sus vacaciones en las alturas del Pirineo en la Cerdaña, donde en alguna ocasión le encontré paseando por la tarde por las calles de Puigcerdá. La vida le aguardaba con un sufrimiento final que fue la enfermedad de su esposa Doña Carmen Sancho

Marí a la cual dedicó las máximas atenciones hasta que falleció en 1999 cuando él ya tenía 81 años. Le quedaban sus siete hijos y sus once nietos para llenar sus días pero el deterioro de sus caderas le complicó los últimos años de su existencia porque requirió la implantación de prótesis totales ya anciano. Falleció el 12 de marzo de 2006 a los 88 años de edad después de un periodo de dos años de agravación de su salud. Para su alumno Játiva Silvestre “nos había abandonado la más preclara, influyente e importante persona que había deslumbrado en el firmamento universitario, científico y ortopédico de nuestra historia”.

FUENTES DOCUMENTALES

- Annals de Medicina Académica de Ciències Mèdiques de Catalunya. Biblioteca de la Facultat de Medicina de Barcelona.
- Arandes Aran, Ramón. Discurs de contestació en la investidura del Prof. Posentí Vives como Doctor Honoris Causa. Universitat de Barcelona, 7 de març 1984.
- Arrarás, Joaquín. Franco. Librería. Antarán. Valladolid 1939.
- Balius Juli, Ramón; Martí Pujol, Ramón. Historia de la "Sociedad Catalana de Cirugía". Barcelona Quirúrgica 21; vol 6, 1977.
- Bastos Ansart, Manuel. Cirugía y ataraxia. Instituto Ibys 1957.
- Bastos Ansart, Manuel. De las guerras coloniales a la guerra civil. Memorias de un cirujano. Ediciones Ariel. Barcelona. 1969.
- Bastos Ansart, Manuel. Libro de Homenaje. Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia. Almería, 10 de octubre de 1974.
- Bombí, Josep Antoni. Dr. Josep Trueta, esbós d'una obra exemplar. Publicacions de la Universitat de Barcelona 2001.
- Broggi, Moisés. Els germans Trias i Pujol, metges. Conferencia. Club d'Amics de la UNESCO de Barcelona "XXX Aniversari 1960-1990". Maig 1990.
- Broggi, Moisés. Memòries d'un cirurgià. Edicions 62. Barcelona 2001.
- Butlletí de la Societat de Cirugía de Catalunya. Biblioteca de la Facultat de Medicina de Barcelona.
- Carreras Panchon, A. La Asociación Española de Cirujanos. Origen y evolución de una sociedad científica. Cirugía Española. vol. 52, nº 5, noviembre 1992.
- Casassas Simó, Oriol. La Medicina Catalana del segle XX. Edicions 62. Barcelona 1970.
- Casteleiro González, R., Ferrer Blanco, M., Cuervo Dehesa, M. Apunte histórico del tratamiento de las fracturas abiertas. JANO 2001; II-3: 16-21.
- Cid, Felip. Josep Trueta. Edit. Tibidabo. Barcelona 1991.
- Clavel, Manuel. Medicina Murciana. Nausica Ediciones. Murcia 1999.
- Corbella, Jacint. Història de la Facultat de Medicina de Barcelona. Fundació Uriach 1838. Barcelona.
- Domínguez-Alcon, C. La enfermería a Catalunya. Ediciones Rol. Barcelona 1981.
- Grifols i Espés, Joan. Frederic Duran i Jordà. Un mètode, una época. Hemo-Institut Grifols. Barcelona 1997.
- Jimeno Vidal, Francisco. Libro de Homenaje. Editorial Augusta, SA. Barcelona 1978.
- Jordá López, Eduardo. 75 Aniversario SECOT. Editorial SECOT. Madrid 2010.
- Kuntscher, Gerhard. El enclavado intramedular. Editorial Científico-Médica. Barcelona 1965.
- Martí Mercadal, J.A. El secret professional dels metges. Academia de Ciències Mèdiques. Monografies nº 11 – Barcelona -2001.

- Massons, Jose M^a. Historia de la Sanidad Militar Española. Las novedades médicas de la guerra civil. Ediciones Pomares_ Corredor, S.A. Barcelona 1994.
- Plaza Montero, Joaquín. Hospital Sant Joan de Deu. 125 d'Història. Serveis Gràfics, S.L. Barcelona 1995.
- Ponseti i Vives, Ignasi. Aportaciones de les ciències biològiques a l'ortopèdia. Investidura de Doctor Honoris Causa. Discurs de Recepció. Universitat de Barcelona 7 de març 1984.
- Prim, Josep M^a. L'esperit de Josep Trueta. Pagès Editors. Lleida 1997.
- Ramis, Joaquim. Els congressos de metges i biòlegs de llengua catalana. Fundació Uriach. Barcelona 1996.
- Raventós Conti, Jacint. Història dels Hospitals de Catalunya. Editorial Hacer. Barcelona 1996.
- Revista de Cirugia. 1930-1936. Biblioteca de la Facultat de Medicina de Barcelona.
- Ribas i Massana, Albert. La Universitat Autònoma de Barcelona. Edicions 62, S.A. Barcelona 1976.
- Ribes Iborra, Julio. Historia de la Traumatología Valenciana. Tecnigraf, S.L. Valencia 1999.
- Rodrigo, Antonina. Doctor Trueta. Héroe anónimo o de dos guerras. Plaza y Janés, S.A Editores. Barcelona 1977.
- Sánchez Vera, Manuel. Palacios Carvajal y su Tiempo. Editorial SECOT. Madrid 2012.
- Sentis, Carles. I de Sobte Tarradellas. Edicions La Campana. Barcelona 2002.
- Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, SECOT. Historia de la SECOT. Editorial SECOT. Madrid 2002.
- Societat Catalana de Biologia. Homenatge al Doctor Joaquim Trias i Pujol. Institut d'Estudis Catalans. Barcelona 1965.
- Termes Ardevol, Josep. La guerra civil a Catalunya en el seu cinquantenari. Universitat de Barcelona. Acte inaugural del Curs 1 d'octubre de 1986.
- Torres Medina, José Miguel. Gómez Ulla. Hospital Militar Central. Ministerio de Defensa. Madrid 1996.
- Tribuna Medica. La Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y de Baleares. Nº 20-V- 1976. Madrid.
- Trias Pujol, Joaquim, Discurso de recepción a la Real Academia de Medicina y Cirugía. Barcelona 29-3-1925.
- Trueta, Josep. The Sperit of Catalonia. Oxford 1946.
- Trueta, Josep. Fragments d'una vida. Memòries. Edicions 62. Barcelona 1978.
- Universitat de Barcelona. Anuari 1934-1935. Tipografia Occitània. Barcelona 1934.
- Varela, José. Ensayo de Historial del 3er Grupo de fuerzas regulares indígenas. Tip. Parres y Alcalá. Ceuta 1932.
- Vilanova i Vila-Abadal, Francesc. Repressió política i coacció econòmica. Publicacions Abadía de Montserrat. Barcelona 1999.
- Vilar, P. de la Guerra Civil Española. Editorial Crítica. Barcelona 1986.



Las manos del cirujano sostienen al herido. Del monumento al Prof. Trueta en Barcelona.

ÍNDICE ONOMÁSTICO

Referencia por apellido	nº Páginas
Abad	347
Abd-El-Krim	17,57, 176, 177, 179, 337
Ackerman	316, 416
Adenauer.....	103
Agnes.....	306
Aguirre.....	203
Albee	13, 32, 35, 360, 380, 432, 514,
Alcalá	337
Alcover.....	73
Alegría.....	219
Alfonso XIII	10, 65, 173, 176, 200, 293
Alsina i Bofill	76,81, 119, 328, 508
Álvarez	90
Alzamora	264, 503
Andry	IV, 60, 228, 270, 287, 288, 466
Anthonsen	391
Antuña	486, 487, 489, 504, 505
Anzoletti.....	431, 432, 435
Aquillué.....	62
Aragó.....	75
Arandes.....	59, 84, 115, 116, 251, 253, 420, 523, 524, 566
Araujo	180
Areilza y Arregui.....	200, 201, 203, 207, 226
Argüelles	18,62, 150,186, 275, 440
Armengol.....	52, 53
Arqué.....	6,60
Assia	339, 340
Axhausen	380
Azaña.....	91, 92, 149, 526
Azorín.....	6, 70, 277, 422
Babot	33
Baer	13, 385
Bailey	48, 311
Baillat.....	328
Balius	59, 84, 254, 566
Bamfo	23
Bandelac	175
Bañuelos García	5
Bañuelos Roda	417
Barberá	503, 536, 541, 546
Barcia.....	535, 536, 541, 546
Barclay	308
Barnes.....	76, 308, 318

Barnosell	461
Baro	101
Bartolomé	339,340
Bartrina	16, 47, 52, 59, 74, 75, 77, 131, 137, 250, 251, 398, 508
Bastero.....	172
Bastos Ansart, M.....	VI, VII, 7, 14, 17, 18, 45, 59, 60, 61, 62, 63, 78, 87, 91, 92, 103, 114, 130, 149, 151, 161, 171, 218, 220, 235, 237, 254, 258, 268, 273, 275, 294, 299, 300, 302, 303, 352, 355, 360, 371, 372, 385, 386, 389, 399, 407, 426, 438, 481, 487, 488, 492, 498, 509, 526, 528, 530, 532, 566
Bastos Ansart, F.	91, 92, 95
Bastos Mora.....	60, 191, 399, 407
Batet.....	97
Batlés y Bertrán de Lois	20
Battista	274,428
Bayona	33
Bellido	20, 41, 89, 180, 292, 306
Beltrán	372
Bernaldez Fernández	185, 352
Bernaldez Sarmiento	185, 353, 356, 357
Bernard	40, 68, 99, 141, 172, 292, 517
Bertrand.....	222, 446, 471
Besteiro.....	6
Bier.....	397, 488
Biesalski	4,177, 200, 204, 242, 536
Billroth	8, 118, 129, 248, 299
Bjorksten.....	376
Blaimont.....	273
Blanco, H.....	360
Blanco Argüelles.....	406
Blas Pérez.....	97, 102
Bogomoletz.....	23
Böhler	V, 5, 15, 16, 36, 48, 49, 50, 51, 52, 63, 71, 82, 88, 114, 123, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 185, 214, 218, 232, 250, 253, 257, 258, 279, 280, 294, 311, 342, 345, 380, 386, 388, 390, 397, 454, 464, 466, 472, 481, 485, 486, 487, 488, 491, 492, 494, 500, 509, 514, 540, 547.
Boloix.....	155, 410
Bombí	316, 566
Boni	355, 356, 377
Bonnet	213
Borobio	172
Borroughs.....	5
Bosch Gimpera.....	77, 508
Brackett.....	440
Braun.....	158, 241, 345, 453, 491, 547,
Bravo	249, 555,
Broggi	46, 47, 50, 79, 82, 84, 85, 88, 97, 120, 123, 124, 148, 253, 259, 262, 566

Brossa	109, 111
Bunnell.....	418
Burny	273
Buscarons.....	107, 114, 116
Bywaters	308, 497
Cabot Boix	IV, 26, 54, 60, 84, 321, 354, 355, 383, 424, 461, 547
Calandra.....	23
Calot	4, 15, 21, 28, 54, 202, 244,
Calvé.....	449
Cambó	34, 304, 395
Camera	14, 397, 420, 446
Campanacci	377, 429
Cañadell	V, 60, 354, 383, 400, 401, 404, 405, 408, 409, 417, 422, 423, 477, 548
Caralps.....	48, 131
Carasa.....	470
Carbonell	534
Cardenal, L.	9,176, 488, 492, 529
Cardenal, S.....	4, 5, 8, 9, 10, 14, 15, 18, 20, 21, 28, 40, 57, 68, 127, 149, 158, 176, 201, 298, 400, 488
Cardenal Albornoza.....	426, 427, 472
Cárdenas	7, 219, 302, 511
Cardó	54, 55
Carrel	5, 293, 299,380, 481, 491
Carreras	5
Carulla.....	3, 4, 8, 93
Carulla Riera	107, 109, 110, 115, 262
Casassas	III, 81, 103, 566
Castelló	378, 550
Castells.....	15, 16, 32, 54
Castillo	6, 296, 433
Castro	76, 257
Castro Villagrana.....	439
Castro y Calvo.....	107
Casuccio.....	23, 354, 355,415, 449, 532
Cavadias.....	315
Cerrada	172
Charnley.....	413, 416,457, 537
Chutro.....	179
Clark	6, 519
Clavel	220, 358, 438, 461, 535, 538
Clavero	369
Clément.....	16
Codivilla.....	222, 380, 397, 398, 429, 431, 432, 433, 435, 447, 461, 466
Cohen	311
Coley.....	400, 412
Collado	50, 60, 83, 84, 321, 376, 422, 474, 547, 548, 554, 556, 562

Colonna.....	14
Colson.....	485, 494
Companys.....	297, 304
Corachán.....	14,20, 36, 57, 59, 61, 62, 70, 72, 73, 74, 75, 78, 79, 80, 81, 85, 108, 185, 233, 275, 293, 294, 295, 297, 298, 302, 508
Cortés.....	18, 60, 61, 186, 275, 355, 535
Costa.....	6
Coutelier.....	273,315
Croce.....	23
Cuadrado.....	251
Cushing.....	48, 433, 510
Dakin.....	293, 418, 491
Darder.....	535, 537
Darío.....	173
Darwin.....	172, 292
Dato.....	10, 375
De Anquin.....	14
De Carvalho.....	354
De Castro.....	6
De la Cierva.....	177,270, 273, 379, 387
De la Fuente.....	436
De la Mata.....	320
De los Ríos.....	6, 508
De Madariaga.....	304, 340
De Unamuno.....	6, 48, 149, 339, 341
De Vega.....	44, 45
Debeyre.....	355, 356, 547
Déjérine.....	148
Del Río.....	180, 303
Delackum.....	485
Delchef.....	13, 14, 25, 26
Delitala.....	397, 429, 431, 432, 435, 472
Deltoro.....	535, 537, 538, 541, 546
Denis-Brown.....	221
Denteil.....	96
Desfontaines.....	99
Desgenettes.....	125
D’Harcourt.....	18, 61, 62, 63, 87, 88, 151, 177, 178, 183, 185, 187, 191, 192, 275, 294, 299, 304, 305, 319, 360, 492
Díaz.....	18, 61, 186, 218, 296
Die.....	61
Doderlein.....	4, 28
Dogliotti.....	44
Domenech.....	48, 75, 77, 78, 151, 257, 305
Domingo.....	508
D’Ors.....	6

Dos Santos	180,183
Draper	318
Duhamel.....	190
Dunant.....	482
Dupuytren	71, 98, 125, 353
Durán Jordá.....	53,87, 260, 299, 301, 496
Durán Reynals	78, 292
Ehalt	155, 471
Einstein	6
Enriquez	358, 417,
Eppinger.....	49
Erlacher.....	13, 200, 216
Errazu	201, 226, 541
Escobar	191,357
Estades	249, 555,
Esteban	453, 461, 464
Esteve	V, 30, 39, 60, 222, 315, 317, 321, 326, 410, 422, 474, 562
Evans.....	453, 534
Fairbank.....	13,389
Falla.....	70, 519
Fargas y Roca.....	3,40,41,46, 53, 73, 90, 92, 94, 327
Faril	439, 511, 513
Farland.....	14
Faure	128
Felipe V.....	18, 64, 65, 73, 314, 318
Fenollosa	536, 537
Fernández Cruz.....	115,189
Fernández de Gorostiza	556
Fernández de Valderrama	316, 317, 322
Fernández Esteve.....	537
Fernández Miranda.....	16, 83
Fernández Yruegas.....	7, 62, 220, 221, 224,234, 275, 286,455
Fernando VII	I, 19, 75, 267, 291, 378
Ferrández	562, 563
Ferrándiz.....	82, 123, 509
Ferrater	6
Ferreira	354
Ferrer.....	91, 92
Ferrer Soler-Vicens.....	106, 112, 292, 508, 511, 512
Ferrer Torrelles	448, 463, 464, 473, 519
Fèvre.....	16, 35, 38, 60
Ficat.....	316, 404, 405, 415, 416
Figuera.....	249, 376, 519, 555
Figuerola	6
Filatoff.....	23
Filippi	434

Finochietto.....	180
Fischer	167, 168
Florey.....	312, 308
Flors.....	189
Fonseca.....	39
Forgue	257
Forriol	II, 354, 477
Forster	208
Foz Sala	81
Franco.....	11, 16, 23, 32, 44, 45, 53, 54, 75, 88, 97, 102, 103, 114, 186, 187, 239, 285, 300, 303, 305, 314, 318, 322, 323, 324, 337, 338, 367, 376, 401, 464, 488, 510, 528, 551, 555
Franz.....	244
Freixas y Freixas	72
Freud	49
Freudenberg	270
Friedmann	516, 522
Friedrich.....	294, 299, 481
Fuente	206
Fulton	308
Gabarró	33, 58, 80, 81, 118
Galeazzi.....	13
Gallart	20, 34, 69, 71, 99, 305
Garaizabal	220, 372, 438
Gárate.....	100
García Barón.....	60
García de Vinuesa	539
García Díaz	62, 234, 415, 421, 459, 461, 481, 487, 491, 493, 495, 499, 502, 503, 529, 537, 547, 556
García Dihinx	244
García Herrera	347
García Morente	6,7
García Orcoyen	62, 275, 530
García Tornel.....	57, 61, 108, 295, 461
García Valdecasas	116, 262,
Garland	14
Gascó	62, 533
Gasperi.....	103
Gathorne	301, 306, 307, 308, 311, 314, 315, 319
Gaudí	97, 293, 508
Gaya	192,193
Gelonch.....	326
Gibney.....	439
Gil Álvarez de Albornoz.....	426, 427, 472
Gil Vernet	52, 60, 91, 92
Gimbernat	19, 58, 59, 64, 65, 75, 92, 97, 266, 319, 550

Giménez	91, 92
Giné y Partagás.....	3, 68,
Giner de los Ríos	6, 7, 339
Giner Hernández	367
Giró y Savall	28
Girón	24, 272, 489, 499, 502
Girona Trius.....	10
Gironés.....	189,244
Gocht	15, 54
Goebels	295,337
Gomar	II, 354, 355, 357, 372, 386, 454, 471, 474, 526
Gómez Barnuevo.....	457,464
Gómez Durán.....	62, 63, 244, 245
Gómez Ulla	II, 61, 62, 63, 191, 275, 567
Gómez y Gómez.....	3, 33
Gondra	224
González Aguilar	18, 62, 63, 151, 186, 191, 268, 269, 275, 306, 360, 361, 363, 365, 371, 372, 379, 388, 389, 391, 443, 444, 510
González Sánchez.....	203, 220, 372, 438,
Goodfellow	326
Gosset.....	59, 416, 450, 500
Gourdon	446
Goyanes	61, 62
Grosse.....	477
Gruca	412, 415
Gubern	245, 461
Guedea	176
Guilera	3,72
Guilleminet	380
Guttman	496, 501
Gyorgy	270
Haglund	13,243
Harman	329, 330
Harrison	315,316
Henderson.....	63, 181, 360
Herbert	307,311, 314,315, 409, 488
Hermán	438
Hernández Ferrero	256
Hernández Ros.....	14, 18, 26, 62, 63, 151, 186, 191, 233, 355, 357, 360, 365, 369, 379, 386, 387, 415, 444, 452, 474, 488, 528, 529, 535, 536, 547
Hernando	7, 192, 193
Herrero de Miñón	314
Hey	388
Hipócrates	127, 141, 201
Hoffa.....	200, 214, 243, 388,
Hoffman	413

Holmeyer.....	20
Holt.....	310, 390
Holworth	485
Hunter.....	310,403
Ibañez	251
Icaza y Aguirre.....	200, 203, 204
Inclán.....	438
Iselin.....	418,471
Jansen.....	13,416
Jeschke	155
Jiano	13
Jiménez Cisneros.....	356, 357, 406
Jiménez Díaz.....	78, 184, 192, 193, 461
Jiménez Fraud	6, 339, 340
Jimeno	V, VI, VIII, 5, 15, 16, 18, 48, 49, 50, 52, 60, 71, 78, 82, 84, 88, 114, 123, 148, 170, 185, 186, 232, 250, 253, 257, 258, 269, 275, 279, 294, 296, 299, 352, 353, 422, 454, 461, 468, 471, 481, 485, 492, 509, 510, 540, 566
Joachimstal.....	15, 54
Jolín	480
Jones, R.	13, 243, 306, 380, 413, 432,
Jones, W.	253, 307, 311, 391, 440, 454,
Jordá.....	1, 5, 26, 220, 272, 353, 360, 421, 499, 502, 532, 547, 548, 566
Judet, J.	35, 380, 381,413, 415, 464, 471, 519, 536
Judet, R.....	374, 381, 464, 471
Judine	53, 87
Juliá	V, 33, 115, 398
Juvara	412
Kanavel	417,418
Kenny.....	440,446
Keynes	6
Kirmisson.....	222, 380
Kirschner	20, 23, 152, 175, 241, 275, 276, 431, 452, 547
Klapp	275
Knight	439
Kocher.....	4, 8, 28, 176, 431, 535
Kochi.....	23
Kock.....	150
König	167, 213
Krause.....	6
Kremer	443
Krogius.....	388
Krömer	155
Krukenberg.....	179
Kuntscher	23, 153, 159, 166, 167, 168, 169, 170, 412, 440, 486, 520, 521, 566
La Cierva	41, 177, 270, 273, 379, 387
Lacroix	315, 316, 416, 520

Lafuente Chaos	374, 533,
Lagomarsino	275
Laín Entralgo	103, 254, 544, 564,
Lamarch	292
Lamarck	172
Lambert.....	5
Lambotte.....	53, 215, 216, 271, 431
Lamy.....	519
Landín Allende	226
Lane.....	271
Lange, M.	4, 20, 28, 36, 235, 464, 469, 520, 541
Lange, F.....	35
Langenbeck	214, 456,
Laporte	76, 81
Lázaro	7, 219, 302
Lazarraga	336, 338, 342, 347, 348
Lazo	376, 383, 477, 556
Le Coeur.....	404
Le Corbusier	6
Lehmenn	154
Lempert.....	169
Lenggenhager.....	262
León Vázquez	433, 451, 458, 459, 469, 477
Leri	389, 455,
Leriche	101, 246, 254, 317, 318, 435, 489, 490
Lerma	59
Letamendi	8, 68
Leveuf.....	222
Lexer.....	20, 235, 248, 380, 385
Ley.....	48, 131, 510
Lhermite.....	374
Lience	115, 116,
Lima.....	318,416
Lindeman	14,52
Linés	114, 117
Lister.....	8, 40, 141, 201, 299, 488
Llambias.....	53
Llanos	470
Lloret i Orriols	322
Lloyd-Roberts	534
López Alonso	355,562
López Durán	175, 176, 479
López Fernández	181, 275, 415, 420, 425, 529
López Trigo.....	26, 63, 150, 185, 274, 275, 420, 499, 527, 530, 532
Lord	477
Lorenz.....	34, 35, 38, 49, 200, 206, 213, 214, 221, 380,513

Lorthioir	13
Lowett.....	13
Luck.....	390, 514, 570
Ludloff.....	177
Luis XIV.....	18, 40, 64, 314, 442, 475, 476
Mac Ewen.....	380
Mac Indoe	23
Mac Murray.....	284,301
Machado.....	70, 79, 96, 341
Machard	13
Maestre	376, 383, 471, 529, 556
Maffei.....	13
Magnus	488, 500
Mandl.....	35
Mann.....	175
Maquet.....	273
Maragall	6
Marañón.....	62, 70, 76, 78, 149, 184, 318, 320, 341, 360, 390, 441, 442, 477, 545
Marías	192, 196
Marín	60
Maroteau.....	519
Márquez	7
Marquina	182
Martí	244
Martí Juliá.....	73
Martí Mercadal	98, 566
Martín Lagos.....	61, 150, 245, 490, 528, 533, 535, 537, 553, 555, 556
Martín Villa	116, 324, 553
Martínez, J.....	30, 32
Martínez Anido	54, 55
Martínez Estrada	375, 376, 382, 555, 556
Martínez Rivera	53
Martínez Torres.....	16
Martorell.....	148, 149
Massons	49, 77, 88, 122, 124, 253, 256, 541, 567
Matas	5,57. 63, 151, 190, 493
Maura, A.	41, 395
Maura, M.	182
Maurois	98
Mayer.....	362, 379, 400, 418
Mazo	183, 191, 492
Mechain.....	75
Medinaveitia	257
Mendizabal	38, 223, 338
Menéndez Pidal	6, 70, 341
Menéndez y Pelayo.....	341

Menni.....	223
Merino.....	187
Merle d'Aubigné ..V, 117, 318, 353, 374, 411, 412, 415, 455, 464, 469, 471, 485, 494, 519, 536, 541	
Meyerding	13
Michel	35
Milans	14, 57
Minguella.....	31, 39
Mitchell.....	524, 535, 538,
Monnet.....	103
Montes	486, 489
Montseny.....	492
Morales	4, 15, 53, 66, 75
Morán	481, 491, 530
Morgadas	16, 22
Morgan.....	315,316
Morris.....	306, 307, 314
Moyano	47
Mudd	125, 126
Música	440
Mulier.....	520
Muller-Barlow.....	270, 416, 520
Munar y Quer.....	3
Munuera.....	317, 355, 410, 562, 563
Murder	377
Muro	12
Murray	316
Muscolo.....	433, 447
Musons.....	152
Mutel.....	208
Nadal	189
Narakas.....	407,41
Navarro	60, 422, 537, 538, 562, 564
Negrín	91, 116, 132, 262, 304, 319, 358
Neruda.....	7, 219
Newmann	323
Nicod	469, 471, 541
Nicoll.....	485, 500
Niederecker	14
Nogueras.....	18, 62, 63, 185
Nové	4, 175, 488
Novoa	172
Ober	439, 445
Obiols.....	410
Olaguibel	269
Oliete	410
Olivares Bel	123, 259

Olivares Sexmillo..... 61, 150, 176, 182, 235, 236, 237, 251, 384, 387, 436, 437, 479

Oliveras 14, 244

Ollier287, 299, 310, 350, 380, 386, 389, 447, 448, 485

Ombredanne..... 4, 13, 15, 25, 35, 36, 48, 54, 221, 222, 244, 380, 412, 432

Orr.....63, 123, 293, 299, 310, 311, 385, 509, 514, 528

Ortega y Gasset6, 179, 181, 182, 341

Ortiz Cruz470

Ortolani 516, 517, 521

Osorio y Gallardo41

Ottolenghi 62, 275, 316, 395, 433, 471

Owen 535, 538

Pagés.....44

Palacios 246, 249, 355, 357, 376, 381, 382, 406, 538, 547, 548, 549, 555, 556, 560, 567

Palau 6

Palazzi Coll60, 395, 396, 398, 406, 410, 412, 414, 417, 423

Palazzi Duarte..... II, V, 14, 16, 60, 97, 354, 529, 532, 548

Panzeri 428, 429, 435

Paravisini 84,15

Paré 53, 127, 130, 211, 222, 299, 466

Pasteur.....40, 99, 141, 201, 292

Pastor 104

Pau Casals 302,509

Pau Wels 284,404,520

Pawlow.....141

Payr20

Paz488

Pedro y Pons..... 22, 114, 251, 252, 420, 534

Peers.....300

Pell15

Pera 60, 84

Perelló 91, 92, 95, 106, 108, 109, 111, 112

Perera63, 302, 496

Pérez Bryan348

Pérez de Ayala 341,354

Pérez de Herrera441

Pérez Galdós..... 133,341

Pérez Villanueva.....100, 102, 103, 104, 114, 116, 364, 391

Pérez y Ortiz244

Pérez-Fontana.....117

Perthes..... 212, 355, 449, 488, 517, 518, 519

Peyrí4,2

Phelps 221, 222, 226, 400

Pi Figueras..... 31, 59, 60, 80, 108, 121, 295

Pi y Sunyer 20, 41, 73, 75, 76, 77, 79, 80, 89, 91, 107, 180, 302, 304

Picasso 177, 509

Pietrogrande 378, 547

Piga	176
Pijoan.....	6, 84
Pirogoff	299, 31
Piulachs.....	V, 10, 16, 22, 54, 59, 82, 84, 88, 115, 116, 123, 148, 245, 249 256, 262, 281, 360, 374, 375, 398, 399, 400, 401, 407, 420, 538, 549, 550, 556
Platt	14, 25, 303, 382
Poal	V, 60, 317
Polaillon.....	201
Pompeu Fabra.....	76, 80, 89, 304
Pons	82, 84
Ponseti	VIII, 151, 399, 400, 416, 481, 507, 536, 567
Poulenc	6
Prat.....	34, 73, 117, 292, 395
Prieto	79
Primo de Rivera	19, 42, 45, 47, 48, 54, 57, 58, 74, 75, 76, 149, 176, 179, 182, 293, 294, 322, 337, 340, 358
Prió.....	4
Pritchard.....	377
Profitós.....	170
Puche.....	89, 91, 180, 305, 510
Puig Sureda	35, 58, 59, 75, 77, 80, 121, 180, 398
Puigvert.....	60, 108, 109
Pujals	9,61,
Pujiula	2, 20, 21
Pujol y Brull	74, 233
Putti	13, 15, 20, 54, 205, 216, 238, 253, 316, 360, 382, 395, 396, 397, 400, 404, 425, 426, 429, 431, 432, 433, 434, 435, 445, 447, 455, 458, 466, 470, 472, 488
Queipo de Llano y Sierra.....	336, 337, 350
Queraltó.....	72, 115
Quiles.....	440
Rabishong	410
Ramírez.....	541
Ramón Escardó.....	108, 109, 111, 113
Ramón Soler	84
Ramón y Cajal	6, 65, 172, 173, 296, 317, 550
Ramos.....	12, 115, 262
Ravel.....	6
Recasens	7, 181
Rhea	214
Riba	103
Riba de Sanz.....	4, 5, 9, 14, 15, 26, 33, 34, 39, 75, 295, 421
Ribas y Ribas	14, 57, 69, 73, 75, 231, 275, 295, 296, 508
Ribes.....	526, 534
Ribó	4, 9, 12, 14, 15, 16, 22, 28, 29, 30, 31, 32, 39, 60, 149, 421, 422
Richelieu.....	18, 64, 65, 314, 475

Rienau.....	35,532
Riera	20, 257, 354, 507
Ring	355, 534, 537
Riosalido.....	62, 63, 185
Ripoll.....	368, 377, 378,
Risser	400, 440
Rivera	173, 511
Rizzoli	4, 54, 220, 377, 380, 395, 396, 397, 405, 418, 425, 426, 428,
	429, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 440, 443, 445, 446, 447, 458, 461, 466, 470, 472, 520
Roaf	534
Robert.....	3, 41, 68
Robertson-Lavalle.....	35, 63
Robin	270
Rocha	33
Rocher	13, 180, 411, 454
Rocosa	15,32
Rodó	272, 469, 541
Rodríguez Arias.....	3, 48, 131, 180, 253, 403
Rodríguez Fornos	246, 433
Rof	192
Roig Boronat.....	316, 317, 322
Roig y Raventós	20,37
Roux	388
Roviralta.....	68, 395, 396
Royle.....	208
Rubin	542, 543,
Ruiz-Giménez.....	99, 102, 103, 104, 114, 116
Russe	469, 541
Rutishauser	405
Sacanella	20, 65
Saforcada	4
Salarich	14,57, 97, 295
Salaverri Aranguren.....	14, 18, 62, 186, 273, 296, 352, 371, 372, 438, 530, 555
Salaverri Bearán.....	219, 227
Sales	115, 399, 420, 556
Salmerón.....	6, 339
Saló	31
Sampera	406, 410, 417, 422
San Ricart.....	1, 60, 63, 185, 186, 190, 218, 220, 296, 362, 371, 372, 421, 422, 432, 438, 529
Sánchez Albala.....	440, 464
Sánchez Albornoz.....	78
Sánchez Carrión	39
Sánchez Covisa	61
Sánchez Guisante.....	100
Sánchez Lucas	115, 361
Sánchez Martín	562

Sánchez Sonsona	29
Sánchez Vega	191
Sanchís Guarner	549
Sanchís Olmos	II, 185, 201, 203, 220, 234, 235, 245, 272, 277, 348, 371, 372, 387, 389, 396, 415, 420, 424, 487, 493, 539, 541, 555
Sanjurjo	45, 180, 376
Santos	103
Sarrias.....	V,317
Sarró Burbano.....	33
Sarró Palau.....	84, 254
Sauerbruch	20
Sayé.....	48, 78, 115, 119, 131
Scaglietti	405, 415, 432, 434
Scarpa.....	222, 517
Schaffer.....	485
Schajowicz.....	316,377,416,447
Scheuermann.....	448
Schnek	155
Schulthess	28,175
Schumann	103
Scott	307,314
Seddon.....	307, 311, 314, 315, 409, 488
Sedillot.....	129
Segovia Caballero.....	479
Segovia de Arana	376, 556,
Semmelweisz	40
Sentí	354,355,357,417,420
Seral	433, 538, 562
Sert.....	89, 522
Sharrard	520, 534, 535, 538
Sherrington.....	208
Sierra	62, 234, 535, 538
Silverskiold	400,418
Sissons.....	416,519
Sitges.....	60
Sixto	191,349,547
Smith-Petersen	71, 404, 439, 440, 456, 457, 464
Soler Doff	3
Soler Durall.....	402,555
Soler Fisas	29
Soler Roig.....	59, 60, 69, 99, 120, 394, 395, 398, 461
Soler Terol.....	29, 33, 34, 39, 149, 421
Soler Vicens.....	106, 112, 292, 511, 512
Sommerville.....	355, 416
Sorel	148
Soriano.....	100, 107

Sorrel	4, 13, 14, 25, 28
Soutillo	482
Spitzy	12, 13, 34, 36, 179
Steindler	446, 513, 514, 515, 516
Steinmann	152, 156, 159, 241
Sterling	399, 418
Stoffel	208, 209
Stravinski.....	6
Strehler	328
Stringa	315,416
Stuck.....	404
Sturzo	103
Suárez.....	322,325,539,547
Taillard.....	415,416
Tarradellas	294, 323, 324, 325
Taure	91, 92, 507
Tavernier.....	404
Taylor	214, 314, 326
Telge.....	123, 259, 260,
Terricabras	30, 32
Testut	175, 257
Thomas	241, 299, 547
Tillaux	156, 157
Torras y Bages.....	40, 54
Torres Casanovas.....	3,4, 115
Torres Marty	115
Trias Pujol, A.	V, 40, 41, 46, 47, 48, 53, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 69, 72, 73, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 87, 89, 90, 91, 92, 122, 131, 151, 181, 237, 251, 254, 258, 275, 295, 304, 327, 398, 489, 534, 566
Trías Pujol, J.	IV, V, VI, 5, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 27, 40, 148, 149, 150, 151, 155, 158, 159, 160, 161, 181, 183, 185, 186, 187, 218, 228, 232, 235, 237, 250, 251, 253, 254, 256, 257, 258, 259, 262, 263, 275, 295, 296, 299, 305, 315, 316, 323, 354, 355, 360, 371, 395, 398, 426, 481, 485, 488, 489, 492, 508, 509, 526, 527, 528, 530, 534, 550, 567
Trias Rubiés.....	81
Trilla y Trilla.....	424, 437
Troncoso	185, 220, 227, 433
Trueta	V, VI, VIII, 11, 14, 18, 25, 26, 29, 31, 59, 60, 61, 63, 71, 75, 76, 78, 80, 87, 88, 118, 151,177,185, 186, 218, 222, 232, 233, 244, 260, 273, 275, 291, 340, 405, 415, 426, 481, 488, 492, 493, 496, 497, 508, 509, 510, 514, 519, 529, 533, 538, 547, 567
Tubiana.....	464, 471, 485, 494, 495, 535
Tuffier	20
Turró.....	6, 99, 292
Urist.....	316
Usandizaga	115, 192, 194
Úsua	82, 84, 88, 123
Valera	340, 341
Valéry.....	6

Valle Inclán.....	6, 133, 173
Vallina	191, 254, 272, 459, 529, 556
Valls.....	14, 25, 62, 76, 185, 284, 285, 318, 415, 433, 471
Van de Velde	180
Vaquero	182, 280, 353, 354, 355, 357, 424, 425, 427, 433, 440, 447, 453, 454, 459, 461, 463, 464, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 476, 535, 539, 547, 555, 562
Vara	18, 62, 186, 252, 254, 255, 256, 275
Varela	45, 567
Vasallo	210
Vázquez	355, 356
Velasco	439
Vidal y Barraquer	54, 304
Vieira	547
Viladot	V, 10, 31, 39, 60, 227, 422, 474, 505, 562
Vilanova	89, 91, 92, 325, 567
Vilardell.....	V, VII, 14, 16, 22, 35, 60, 63, 71, 74, 75, 80, 185, 230, 272, 275, 295, 297, 325, 405, 422, 488, 529, 555
Villanueva	224
Villar	210
Villarreal.....	377, 378, 433
Vincent.....	273, 315
Viola.....	262
Virchow	166, 167, 242
Virgili.....	19, 59, 64, 75, 92, 132, 191, 255, 264, 319, 550
Vitoria	21
Volkmann	62, 130, 211, 214, 227, 277, 410, 421
Von Aberle.....	212
Von Braun	308
Vulpus	4, 28, 200, 206, 209, 235, 400, 418
Wagner	413, 549, 550
Waldenstrom	13
Waldius	14
Watanabe.....	14
Weels.....	6
Whitman.....	36, 404, 439
Wilson	315, 380, 400, 405, 464
Wullstein	222
Xalabarder	33, 37
Yarzabal	3
Zanoli.....	415, 429, 435, 446, 471
Zaradnicek.....	13
Zeno	50, 62, 149, 275, 397
Zubiri	257
Zucman.....	316
Zuco.....	14, 35, 464, 469, 541

CONCLUSIÓN

Estos hombres amaron el país en el que creyeron, tal como lo habrían imaginado y deseado. La confrontación rompió sus proyectos. Ya hemos revivido cómo cada uno sufrió las consecuencias. Sirvan éstas, ahora que las conocemos en su intimidad, de motivo de reflexión para no olvidar nuestro propio acontecer, para religarle nuestro devenir que del pasado depende. Recordemos de nuevo la cita del filósofo Georges Santayana: "Quién olvida su propia historia se ve obligado a repetirla". Afirmaba Aragón, el poeta francés, que no hay amor feliz, que nuestra sombra al abrir los brazos es la de una cruz. Y ellos siguieron su personal travesía del desierto con ella a cuestas. Sería el amor a la vida, a sus convicciones, lo que les ayudó a rehacer el mañana superando el maltrecho camino con el que les fue obligado enfrentarse. La fe en los demás, la comprensión y el perdón, el servicio a los enfermos, la dedicación a su parcela de ciencia fueron apoyos en su reconstruida y última andadura.

La resistencia de nuestros biografiados ante el infortunio gozó del sublime apoyo de unas compañeras, esposas y madres, de temple sin par, sin las cuales la capacidad personal de superación podía haberse hundido.

Solamente ellas serían capaces de explicarnos la dureza del trayecto recorrido codo con codo en los momentos más difíciles y en la penuria de la guerra y de la postguerra, en tierra extraña algunas veces. Ellas, con su amor y su sacrificio, hicieron posible el milagro de llevar adelante familia y hogar a pesar de la estrechez de medios y de la adversidad ambiental. A ellas les debemos nuestro reconocimiento porque simbolizan a las muchas esposas y madres que de modo parecido vivieron idénticos tiempos aciagos como perdedores junto a sus esposos. Fueron como luciérnagas en la oscuridad del destierro físico y espiritual.

De su anterior y primigenia etapa nos queda el legado que recibimos, nuestra SECOT. Lo que hubiera sido de ellos de no haber ocurrido lo que ocurrió sería una vana elucubración sobre una historia que no fue. Pero a nadie se le puede negar el derecho a hacer volar la imaginación hacia un mundo de posibilidades idas, que al menos sirviera para plasmarlas, con el esfuerzo y la entrega personal en pos de un hoy y de un mañana mejores, al servicio de aquello que da sentido a nuestra propia vida individual y colectiva: la construcción continua de una sociedad más justa, solidaria y recíproca en la que el ser humano no quede relegado al simple individuo sino que se desarrolle como persona. La guerra fratricida es la más feroz negación de esta esperanza; el diálogo en libertad es el único camino para alcanzarla y para tender un puente entre dos hitos de nuestra historia, que he tomado como referente, la fundación de la SECOT en 1935 y su refundación en 1947.

NUESTROS FUNDADORES Y MAESTROS EN 1935 y 1947

ALFONS FERNÁNDEZ SABATÉ



Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología