

Sesión científica del día 22 de febrero de 1919

PRESIDENCIA DOCTOR CARULLA

## Manifestaciones gripales observadas en el aparato visual durante las epidemias del año 1918 en Barcelona

POR EL DOCTOR M. MENACHO

En los ya largos años de mi práctica he podido observar las epidemias gripales que han azotado nuestra ciudad, y en todas ellas he visitado algunos enfermos que presentaban varias afecciones del aparato visual que atribuían al ataque sufrido. Esto es tan constante, que cuando se suscitó en esta Real Academia la discusión a propósito de la epidemia del otoño último, ofrecí aportar mi contribución al cabo de algunas semanas, pues ya sabéis que cuando cesan los fenómenos febriles y comienza el período de resolución, sobrevienen manifestaciones diversas en distintos órganos y aparatos, que, según opinión de los Clínicos, guardan estrecha relación con la afección gripal.

Habréis observado vosotros, que bajo el aspecto Clínico no todas las epidemias que llevamos sufridas se ajustan a un patrón, antes bien, que ofrecen distinto aspecto por sus síntomas, por su duración y por su gravedad, hasta el punto que, si no fuera por los tipos intermedios que sirven de enlace entre ellos, los tipos extremos parecerían pertenecer a distintas especies nosológicas. Esto que hemos podido apreciar los que llevamos varios lustros de práctica, es más difícil de aceptar por los que sólo han observado las últimas epidemias, y se hace más comprensible si consideramos lo referente a la historia de la pandemia gripal en los siglos anteriores. Reflexionando tan sólo sobre el innumerable caudal de nombres con que se ha designado dicha enfermedad, hallamos un hecho que hiera nuestra atención, cual es, que no pueden referirse a una misma forma clínica nombres tan distintos como: dengue, Don Simón, peste febril, tifus catarral, con que se le ha designado, pues aun teniendo en cuenta la parte que debe reservarse a la incultura del público, a la musa festiva popular de los países meridionales y al juicio plástico y positivista de los pueblos nortños, es lo cierto que el vulgo es en todas partes maestro en el arte de inventar vocablos gráficos que hieran la imaginación por su justeza, y no es de creer que pudiera caracterizar con un epíteto chispeante una enfermedad que puede revestir la gravedad de la forma bronco-neumónica, por ejemplo.

Yo creo, pues, basado en mi propia experiencia, en las consideraciones que preceden y en lo que nos refieren los autores, que la gripe (llamémosla así, porque es un nombre que no implica su naturaleza, ni su gravedad o benignidad; porque es un nombre bastante generalizado, y porque se presta para emplearlo como adjetivo con diversas designaciones) reviste diversas formas, no tan sólo por su intensidad y por sus localizaciones en una epidemia determinada, sí que también por su cuadro clínico de conjunto, de una a otra epidemia. ¿Será esto consecuencia de que su agente causal, evidentemente de transmisibilidad semejante al de otras enfermedades contagiosas como el sarampión, la escarlatina, etc., puede poseer distinto grado de virulencia según las condiciones en que se haya desarrollado?; ¿será porque su asociación con otras especies microbianas, alterando (atenuando o avivando) su acción patógena producen un síndrome distinto?; ¿podría influir en ello el estado floreciente o decaído de las defensas orgánicas?; ¿será todo ello a la vez? Mucho deben influir en estas anomalías dichas circunstancias, como igualmente ha de influir el tiempo transcurrido de una a otra epidemia; pues tomando ejemplo de lo que ocurre en la actualidad, en que nos hallamos en el comienzo de la tercera epidemia gripal sobrevinida en un período de doce meses, no es posible creer, juzgando por lo que se presume acerca de las enfermedades infecciosas y de las defensas que pone en juego el organismo para luchar contra ellas, que la semilla (germen) y el terreno (organismo) no hayan cambiado, cada

uno de por sí y en su modo de comportarse el uno frente al otro, tanto más cuanto en realidad no ha llegado a desaparecer por completo y más bien pudiéramos decir que se trata de una endemia con recrudescencias epidémicas.

A consecuencia precisamente de esto, han sobrevenido las dudas acerca de la posibilidad de que se trate de enfermedades distintas aunque de síndrome y de poder de difusión parecidos, pero lo cierto es que, tan desconocido como el agente causal (ya que está en entredicho el papel que representa el bacilo de Pfeiffer en esta enfermedad), es su modo de propagación, y que el síndrome es tan multiforme, que sólo bajo el aspecto pedagógico se pueden aceptar las tres formas admitidas por los autores: respiratoria, gastrointestinal y nerviosa. No obstante, para los que hemos visto las epidemias de estos últimos treinta años, a pesar de las circunstancias que las diferencian entre sí, (como v. g. la tendencia hemorrágica en la del otoño último), hay muchas singularidades que las asemejan, como son: difusibilidad enorme, incubación breve, fiebre intensa, inmunización fugaz, convalecencia laboriosa, complicaciones ulteriores bajo la forma de polineuritis periféricas con trastornos tróficos, sensitivos, motores o sensoriales. Estos caracteres y otros que todos habréis observado, encajan en el cuadro de las enfermedades infecciosas, aunque ésta presente particularidades que la singularizan, como es natural y corriente.

Estas diferencias a que aludo en cuanto al síndrome del período agudo, trascienden en parte a las manifestaciones postgripales, a juzgar por mis observaciones, pues en la epidemia de 1894 abundaron los glaucomas y en la de 1918 las hemorragias, sin que pueda sacar conclusiones irrefutables por la escasez relativa de los hechos observados, pues hay que considerar que la inmensa mayoría de las manifestaciones oculares no llegan a conocimiento de los oculistas, porque unas, las conjuntivales, desaparecen al normalizarse el funcionalismo de las mucosas de las vías altas; otras, las que se manifiestan en la función acomodatriz, son cargadas en la cuenta de la debilidad o astenia propia de la convalecencia, por lo común tan laboriosa en esta enfermedad, y otras son consideradas como fortuitas, por no haberse puesto en evidencia su filiación griposa. Esto no obstante, he podido observar unos treinta casos en los que figuraba como agente etiológico demostrado o presunto la infección gripal, pero eliminando los que ofrecen una correlación discutible, he coleccionado diez, que son lo que extracto a continuación en forma compendiada, y que tienen bastante valor por haberlos recogido personalmente y con criterio de fiscal más que con el de abogado defensor.

13, VII, 1918.—*Observación I.* Doña Benita B. M., de 30 años, habitante en Huesca. Enferma de la gripe hace tres semanas y al tercer día de guardar cama empezó a sufrir fuertes cefalalgias y a perder la vista. Le prescribieron un colirio de pilocarpina y dionina.

Su madre fué operada de glaucoma hace un año.

$$\left. \begin{array}{l} \text{O. D. T} = + 3 \\ \text{O. I. T} = + 2 \end{array} \right\} \left. \begin{array}{l} \text{O. D. V} = \text{dedos a un metro} \\ \text{O. I. V} = 0'1 \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{Em.} \\ \text{Em.} \end{array}$$

Diagnóstico: Ambos ojos: Glaucoma agudo.

Concepto: Predisposición glaucomatosa. Glaucoma gripal.

10, I, 1919.—*Observación II.* Doña María A de D., 40 años, habitante en Valls (Tarragona). A fines de septiembre de 1918 enfermó de la gripe con fuerte cefalalgia y poca fiebre, guardando cama ocho días. Como tenía la habitación a oscuras, no sabe si se le obscureció la vista desde el principio, pero el 6.º día pudo comprobar que casi había perdido la vista, en particular del ojo derecho.

A los 20 días se trasladó a Barcelona, en donde la operaron de iridectomía en el ojo izquierdo.

$$\left. \begin{array}{l} \text{O. D. T} = + 2 \\ \text{O. I. T} = 0 \end{array} \right\} \left. \begin{array}{l} \text{O. D. V} = 0 \\ \text{O. I. V} = 1/6 \text{ buscando} \end{array} \right\} \text{O. I. Campo visual reducidísimo.}$$

Diagnóstico: O. D. Glaucoma absoluto consecutivo a agudo.

O. I. Glaucoma casi absoluto consecutivo a agudo.

Concepto: Glaucoma gripal.

9, XII, 1918.—*Observación III.* Salustiana G. de L., 48 años, habitante en Barcelona. En su infancia sufrió de los ojos, pero quedó con buena visión.

A fines de septiembre tuvo ataque gripal bastante fuerte, pero al tercer día se levantó para asistir a su hija, y volvió a caer con bastante disnea; no obstante, al cabo de 6 días se levantó, tardando mucho en reponerse. Al cabo de algunos días, cerró casualmente el O. D. porque notaba

algo anómalo en sus ojos, y comprobó que apenas veía con el O. I. Se puso en tratamiento, pero no ha mejorado.

{ O. D. Hm. 0'50 V. = 1 difícil.  
 { O. I. Em. V. = Dedos a 2'50 metros indirectamente.

O. D. Ligera esclero-coroiditis posterior externa.

O. I. Ligera esclero-coroiditis posterior externa. Vestigios de hemorragias neurorretinianas y de neuritis óptica.

Diagnóstico: O. I. Apoplejía neurorretiniana.

Concepto: Hemorragia postgripal.

19, IX, 1918.—*Observación IV.* Doña Gabriela F. de P., 54 años, habitante en San Juan Despí (Barcelona).

Tiene astigmatismo miópico compuesto y usa los cristales adecuados, prescritos por mí hace años. A principios de agosto, hallándose en unos baños termales de Cataluña, enfermó de la gripe, tuvo como molestia principal fuertes cefalalgias, pero al 5.º día se pudo levantar. Quedó muy débil y la convalecencia fué laboriosa.

A los pocos días de la enfermedad, se le formó rápidamente una gruesa sombra ante el ojo derecho.

{ O. D. 10° — 2—4 V = 0'6.  
 { O. I. M. 5 V = 0'6.

O. D. Ligera esclero-coroiditis posterior externa inferior. Papila roja difusa. Grueso fleco hemorrágico del vítreo.

O. I. Ligera esclero-coroiditis posterior externa inferior. Papila roja difusa.

Diagnóstico: O. D. Filamento hemorrágico del vítreo.

Concepto: O. D. Hemorragia post-gripal.

22, X, 1918.—*Observación V.* Doña María B. de J., de Barcelona.

Cuando niña sufrió de los ojos y quedó con la vista muy defectuosa, pero no ha usado cristales y cada vez se le oscurece más.

Es diabética y albuminúrica, según afirma.

Acaba de pasar la gripe y en la convalecencia empezó a ver chispazos con el O. D. y después sombras negras.

{ O. D. V. = Dedos a un metro }  
 { O. I. V. = Dedos a 5 metros } O. I. 105° + 3'50 V. = 0'15.

Diagnóstico: O. D. Guerontoxon. Albugo del centro-externo. Gruesos filamentos hemorrágicos del vítreo.

O. I. Guerontoxon. Fondo normal.

Concepto: Hemorragia post-gripal en un diabético.

5, IX, 1918.—*Observación VI.* Esteban Y., 42 años.

Sufre de paludismo crónico.

A principios de julio tuvo la gripe y desde entonces se ha apercibido de la diplopia.

Lé están aplicando la faradización y toma yoduro potásico, sin observar mejoría.

{ O. D. V. = 0'1 (Ht. 4 V. = 0'5  
 { O. I. V. = 0'8 (Em.

O. D. Fondo normal. Paresia del recto interno y de la acomodación.

O. I. Fondo normal.

Diagnóstico: O. D. Parálisis parcial del III par.

Concepto: La coincidencia de la presentación de la parálisis con el ataque de gripe, permite atribuirle a él, como una de tantas neuritis tóxi-infecciosas que suelen presentarse.

17, II, 1919.—*Observación VII.* Don Celestino C. y E., 30 años, de Barcelona.

Le visité hace 4 años por astenopia acomodativa, que cedió al corregirle el astigmatismo hipermetrópico que la originaba.

Hace diez días enfermó de la gripe, revistiendo la forma catarral, con curvatura y poca fiebre. Tomó aspirina, sudó bastante y al tercer día se pudo levantar. Desde el mismo día le quedó dolor superciliar izquierdo, a ratos, que aumenta con la presión, en particular si se ejerce al nivel de la parte interna del borde orbitario superior, y va acompañado de lagrimeo.

$$\begin{cases} \text{O. D. } 90^\circ + 0.75 \text{ V.} = 1.19. \\ \text{O. I. } 90^\circ + 0.75 \text{ V.} = 1.19. \end{cases}$$

Fondos normales.

Diagnóstico: Neuritis de la rama oftálmica del trigémino izquierdo.

Concepto: Neuritis infecciosa post-gripal.

4, XI, 1918.—*Observación VIII.* Concepción V. R., 22 años, de Arenys de Mar.

Hace años la asistí por úlcera hipopiónica de la córnea derecha, de la que quedaron muy pocos vestigios.

A principios del mes de octubre último enfermó de la gripe de forma pulmonar, que la retuvo 14 días en cama. Ha quedado muy débil. Cuando llevaba 6 días levantándose enfermó del O. D. y su médico la prescribió un colirio de dionina y adrenalina.

Diagnóstico: Queratitis dendrítica.

Concepto: Queratitis dendrítica post-gripal.

11, XII, 1918.—*Observación IX.* Doña María R. de P., de 31 años, de Barcelona.

Siempre excelente visión. No ha sufrido de los ojos.

En octubre último tuvo la gripe con regular cefalalgia y ligera tos. Se levantó a los cuatro días y desde el primer momento le molestó el lagrimeo, que se acentuaba al salir a la calle y cesaba al acostarse.

Acudió a un oculista, que le dilató los puntos lagrimales y le practicaba inyecciones por los puntos lagrimales, que salían fácilmente por la nariz; después le hicieron cauterizaciones galvánicas en las fosas nasales, sin resultado.

O. D. Dilatado el punto lagrimal inferior. Conjuntivitis ligera. Permeabilidad de las vías lagrimales.

O. I. Dilatado el punto lagrimal inferior. Conjuntivitis más intensa. Permeabilidad de las vías lagrimales.

Diagnóstico: Conjuntivitis catarral; lagrimeo consecutivo.

Concepto: Catarro de las mucosas altas, post-gripal; conjuntivitis y lagrimeo consecutivo.

17, I, 1919. Ha cesado el lagrimeo al curarse la conjuntivitis.

8, XI, 1918.—*Observación X.* Antonia M. de P., de 57 años, de Gelida (Barcelona).

Hace 7 años le lagrimean los ojos.

A principios de octubre último tuvo la gripe (curvatura, cefalalgia, regular fiebre, sin síntomas de pecho ni de vientre). Al tercer día de la enfermedad se le presentó una erisipela (sic) en el ojo izquierdo, que terminó por resolución en unos cinco días, pero aun le ha quedado algo inflamado el ángulo interno.

Diagnóstico: O. I. Lagrimeo (sin supuración); vestigios de dacriocistitis.

Concepto: O. I. El hecho de haber sobrevenido la dacriocistitis en plena infección gripal y hallándose resguardada en la cama, inclina a creer que se trataba de una localización del germen de la gripe en la mucosa del saco lagrimal.

#### Consideraciones:

1.º grupo. Los glaucomas que figuran en las observaciones I y II ¿son en realidad de naturaleza gripal? Y, ante todo: ¿existe el glaucoma gripal? Creo haber sido el primero que haya escrito acerca del glaucoma gripal. Me refiero a un trabajo que anuncié al VIII Congreso internacional de Oftalmología (Edimburgo, 1894) pero que no llegué a leer, porque a pesar de haber observado cuatro casos durante la epidemia gripal de aquel mismo año, no me explicaba el mecanismo en virtud del cual pudieron desarrollarse (hay que advertir que entonces no se habían descrito aún las neuritis infecciosas ni se había observado que la neuritis óptica fuese en algunos casos precursora del glaucoma.

Pero cuando más tarde pude observar algunos otros casos de glaucoma ligados a la gripe, y me fué dado hallar además algún caso de neuritis óptica de la misma naturaleza, hecho que ya señaló Teissier al hablar de las polineuritis periféricas gripales, que según su localización originan trastornos tróficos, motores, sensitivos o sensoriales, comprendí la patogenia del glaucoma post-gripal. Hay que observar que si el agente de la infección (microbio o toxina) actuando sobre el eje cerebrospinal produce la raquialgia y las neuralgias periféricas; si cuando obran sobre el gran simpático originan accidentes cardíacos y pulmonares, y cuando obran sobre otros nervios provocan trastornos, en relación con la función que les está encomendada, ¿por qué, si existen lesiones bien comprobadas de un nervio sensorial como el nervio acústico; si se admiten las neuritis por infección y por intoxicación debidas a la impregnación del nervio por las toxinas emanadas del foco originario (Berger) o por la acción de un veneno sobre los centros nerviosos o sobre el nervio óptico (ambliopias tóxicas), no se ha de admitir la filiación gripal de la neuritis óptica que observamos alguna vez durante, o inmediatamente después del ataque gripal?

Por otra parte existe el hecho, entonces casi desconocido pero en la actualidad perfectamente demostrado, de que en algunos casos precede al ataque de glaucoma una inflamación de la extremidad del nervio óptico, y yo, que tengo como regla de conducta observar con el oftalmoscopio el ojo sano de mis operados de glaucoma, he podido convencerme de que, cuando en tales sujetos se inicia la neuritis óptica, tarda muy pocos días en sobrevenir el síndrome glaucomatoso, circunstancia importantísima para evitar oportunamente su desarrollo, que creo debido en tales casos a que el proceso inflamatorio obstruye la vía posterior de filtración ocular, y al romperse el equilibrio se desarrolla el glaucoma si por el estado de los vasos sanguíneos del ojo o por otra circunstancia anatómica (estado del espacio de Fontana, del canal de Schlemm y de los plexos venosos que de él emanan, falta de elasticidad escleral, etc.) disminuye el coeficiente de adaptación del ojo para los cambios circulatorios que puedan sobrevenir en él. Esto indica que la acción de la infección gripal en el desarrollo del glaucoma puede explicarse por medio de la neuritis infecciosa de que hemos hablado, que obra como perturbadora de la circulación endocular, sin que este excluya otros posibles mecanismos más difíciles de comprender y de admitir con el factor etiológico que estudiamos que en los glaucomas de los arterioescleróticos, de los artríticos, etc.; así como también podría explicarse por la acción directa del agente gripal sobre el nervio óptico, como en todo el grupo de neuritis ópticas que se observan en las infecciones agudas (fiebre tifoidea, infección puerperal, escarlatina, neumonía, etc.).

Precisando más, diré, que según mi experiencia, de las tres formas que se describen en la gripe, a saber: torácica, gastro-intestinal y nerviosa, creo que es esta última en la que más frecuentemente sobreviene el glaucoma, lo que se comprenderá fácilmente, si consideramos que en dicha forma es donde más abunda la raquialgia, las polineuritis periféricas y las neuritis del simpático y del neumogástrico.

Forman otro grupo digno de llamar nuestra atención los tres casos (uno de apoplejía neuroretiniana y dos de flecos hemorrágicos del vítreo) que apor to en las observaciones números III, IV y V, que interesaron mi atención por tener presente que esta epidemia se ha caracterizado por las alteraciones de la sangre que se han manifestado en la piel y en las mucosas, en éstas con la forma más alarmante de hemorragias. El coincidir en estos casos las manifestaciones oculares con el período de convalecencia, inclina el ánimo a considerarlas más que como una acción directa del agente infeccioso sobre el aparato circulatorio, como la consecuencia de la perturbación introducida en las funciones hematopoyéticas.

El tercer grupo está formado por lesiones nerviosas.

En la observación VI no pude poner en claro la época precisa de la aparición de la diplopia, si fué durante el período álgido o en el de declinación, pero el hecho de su presentación es evidente. Su explicación cabe perfectamente como una de tantas neuritis periféricas infecciosas observadas en la gripe y que por haber recaído en un nervio motor adscrito a función tan importante como la visión, ha originado un síndrome característico e inquietante.

Las observaciones VII y VIII se explican por el mismo mecanismo que la anterior, sólo que en el primer caso se trata de un nervio sensitivo y en el segundo de un trastorno trófico de la córnea, debido a una lesión de los ramúsculos ciliares anteriores.

Otro grupo es el formado por las localizaciones en el aparato lagrimal, y comprende las observaciones IX y X. En la primera el lagrimeo estaba sostenido por el catarro conjuntival, y en el último sobrevino la dacriocistitis en el período álgido de la infección, pero se trataba de vías lagrimales enfermas, ya que existía anteriormente lagrimeo. En los dos casos la localización de las lesiones en la con-

juntiva y vías lagrimales se comprende fácilmente; al fin y al cabo se trata de una afección que tiene predilección por las mucosas.

Y aquí terminaría la exposición de los casos clínicos que he observado de filiación indudablemente gripal, si no creyera conveniente exponer alguna muestra, de entre los varios que he visto, en que el nexo que guardaban con la gripe no era específico, sino de orden general. He aquí los hechos:

5, XII, 1918.—*Observación XI.* María A. T., 5 años, de Igualada (Barcelona).  
Nunca había sufrido de los ojos.

Enfermó a principios de octubre de bronco-neumonía gripal, que la tuvo en cama seis semanas dejándola en un gran estado de postración.

Hace 12 días se levantó y desde entonces empezó a sufrir de los ojos.

Diagnóstico: Conjuntivitis pustulosa limbar.

Concepto: El nexo de la afección ocular con la gripe, es el estado de debilidad extrema a que llegó la enfermita.

13, XI, 1918.—*Observación XII.* Pedro T. P., 27 años, joyero, Barcelona.

Siempre excelente vista para lejos y cerca.

A mediados de octubre tuvo ataque gripal poco aparatoso, pero que le ha dejado muy flojo.

Al empezar a trabajar hace dos semanas, observó que se le cansaba la vista.

$$\left. \begin{array}{l} \text{O. D. Hm 1 V.} = 1'19 \\ \text{O. I. Hm 1 V.} = 1'19 \end{array} \right\} \text{sin insuficiencia muscular.}$$

Fondos normales.

Diagnóstico: Astenopia acomodativa.

Concepto: La relación de causa a efecto no ha de buscarse en una acción específica, sino en la debilidad producida por la enfermedad.

29, VII, 1918.—*Observación XIII.* Abelardo P. P., de 30 años, tornero, de Barcelona.

Siempre ha sido miope, pero no ha corregido su refracción.

A principios de junio (hace por lo tanto siete semanas) tuvo la gripe con fuertes cefalalgias y fiebre, pero sin síntomas de pecho ni de vientre, y la convalecencia fué laboriosa.

Anteayer, mientras comía, se le obscureció el O. D.

$$\left. \begin{array}{l} \text{O. D. V.} = \text{Percepción luminosa} \\ \text{O. I. V.} = \text{dedos a 5 metros} \end{array} \right\} \text{M. 4 V.} = 1 \text{ difícil.}$$

O. D. Papilitis óptica por éxtasis circulatorio; hemorragia sobre la mácula (en un vaso ciliarretiniano).

O. I. Esclero-coroiditis posterior externa, miópica.

Diagnóstico: O. D. Papilitis por éstasis, hemorrágica.

Concepto: No se puede catalogar en absoluto como-gripal, por más que visto el caso, existían fuertes presunciones de que lo fuese.

Al desaparecer el éstasis papilar, queda en el O. D. regular esclero-coroiditis ectásica, casi circumpapilar.

$$31, X, 1918 \left\{ \begin{array}{l} \text{O. D. M 4 V} = 0'2 \text{ difícil.} \\ \text{O. I. M 4 V} = 1 \text{ difícil.} \end{array} \right.$$

$$25, I, 1919 \left\{ \begin{array}{l} \text{O. D. M 4 V} = 0'3 \text{ difícil.} \\ \text{O. I. M 4 V} = 1 \text{ difícil.} \end{array} \right.$$

Estos casos, elegidos entre varios, nos indican que la gripe puede dar lugar a una serie de lesiones oculares debidas al transtorno que ocasiona sobre el estado general, por la depresión de fuerzas que deja, como todas las enfermedades que repercuten hondamente sobre el organismo.

De mi comunicación puedo sacar las siguientes conclusiones:

En las epidemias de gripe de 1918 se han observado en Barcelona dos series de casos, en cuanto

a su manifestación sobre el aparato visual: 1.º, unos que pueden atribuirse directamente al agente gripal, y 2.º, otros debidos a la depresión de fuerzas propia de la convalecencia.

Entre los que pueden atribuirse directamente a la infección gripal, podemos señalar:

- A. El glaucoma, que ya ha sido observado en anteriores epidemias.
- B. Hemorragias del vítreo y de la retina, características de las últimas epidemias.
- C. Neuritis infecciosas de diversas clases, ya conocidas: de la motilidad (III par), de la sensibilidad (rama oftálmica del V par), del trofismo (ciliares).
- D. Afecciones de las vías lagrimales.

Sesión científica del 26 de Abril de 1919

PRESIDENCIA DOCTOR CARÜLIA

## Apuntes para la historia de la Real Academia de Medicina de Barcelona

POR EL DOCTOR W. COROLEU

La Academia, pues, se encontraba en la más precaria de las situaciones en cuanto a su edificio social, del que carecía por completo. A pesar de la protección regia dispensada al fundarla y de contar como Presidente al Conde de Floridablanca primero y al Conde del Asalto después, no podía disponer ni aun del más modesto de los locales para celebrar sus juntas. El permiso con tan mala voluntad cedido por el Municipio no podía menos de inquietar a los académicos por su futura residencia. Así se explica la carta que con fecha del 2 de mayo de 1789 escribiera el Secretario José Ignacio Sanponts al Conde de Floridablanca. A la sazón se hallaba vacante en el Real Palacio de los Inquisidores un aposento que bien podía habilitarse para las sesiones de la Academia. Por este motivo acudía aquella a S. E. para que se dignase interesarse en su favor en aquella pretensión. Que la gracia pedida por mi ilustre antecesor en el cargo se logró por completo lo confirma una epístola que le dirige el doctor Bonells desde Madrid en 14 de agosto del siguiente año. «Mi amigo Sanponts»—dice:

«He averiguado al fin que como la gracia de la sala que S. M. concedió a la Academia se comunicó directamente por el Ministro a ese Gobernador, para que pusiese a la Academia en posesión de ella, no tiene otro título de propiedad, que la carta-orden, en que se mandó a ese Gobernador, que pusiese a la Academia de Medicina en posesión de la sala que S. M. con decreto etc., le concedió en la casa del Real Tribunal de la Inquisición (*sic*); por lo que el único título que puede pretender la Academia es una copia auténtica de dicha carta-orden, la que deve solicitar en la secretaria de la Gobernación de esa ciudad, y con eso tendrá el testimonio que necesita para probar, siempre que conviniere el derecho con que posee la referida sala.»

Ello enseña que de momento tuvieron ya donde reunirse los académicos. En el acta impresa de la Junta Pública (o sesión inaugural como la llamaríamos hoy), de 1791 se recuerda ya que la Academia «consiguió el honor de que S. M. le cediese en el Real Palacio de la Inquisición piezas muy decentes para tener sus Juntas». La Academia contaba entonces doce Socios honorarios (número fijado por el Reglamento), «Personajes muy condecorados de el Reyno» y que eran el Excelentísimo Sr. Conde de Floridablanca, Excelentísimo Sr. Conde de Malta, Excelentísimo Sr. D. Antonio Valdés, Secretario de Estado, Excelentísimo Sr. Conde de Lacy, Capitán General de Cataluña, Excelentísimo Sr. Marqués de Valdecarzana, Sumiller de Corps, Ilustrísimo Sr. D. Gabino de Valladares, Obispo de