

Historiografía de la toco-ginecología catalana a través de los "Congresos dels Metges de Llengua Catalana"

Eduardo Gratacós Freixas

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

UNIVERSIDAD DE BARCELONA
Facultad de Medicina
C tedra de Historia de la Medicina
Prof. M. Carreras Roca

HISTORIOGRAFIA DE LA TOCO-GINECOLOGIA CATALANA
A TRAVES DE LOS "CONGRESOS DELS METGES DE
LLENGUA CATALANA"

TESIS DOCTORAL DEL LICENCIADO EN
MEDICINA Y CIRUGIA

EDUARDO GRATAÇOS FREIXAS

DIRECTOR DE LA TESIS:

Prof. Manuel CARRERAS ROCA

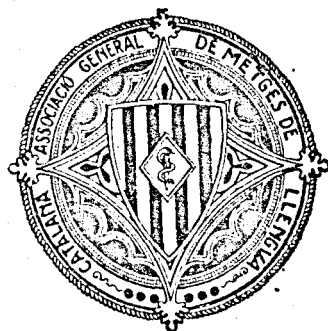
BARCELONA, 1978

PONENCIES QUE'S DISCUTIRAN

EN EL

TERCER CONGRÉS DELS
METGES DE LENGUA
==== CATALANA ====

que's farà a Tarragona els dies 27, 28 y 29
de Juny de l'any MCMXIX, organitzat
y executat per la Junta de l'Asso-
ciació general de Mètges de
:: Llengua Catalana ::



IMPREMPTA BADIA
Dr. Dou, 14 - Barcelona

JUNTA ORGANITZADORA Y EXECUTIVA

DR. JOSEPH M.^a ROCA, *President.*

» FELIP PROUBASTA, *Vis-President 1.^{er}*

» JAUME PEYRÍ, *Vis-President 2.^{on}*

» JOSEPH BLANC Y BENET, *Tresorer.*

» JOSEPH PASCUAL, *Representant de les
comarques de Girona.*

» JOSEPH MESTRES, *Id. de les de Tarragona.*

» HUMBERT TORRES. *Id. de les de Lleyda.*

» FRANCESCH GALLART, *Secretari general.*

TERCER CONGRES DE METGES DE LLENGUA CATALANA

Tarragona, any 1919

DISCURS INAUGURAL

President Dr. Josep Ma. Roca

Excms. y Ilms. Senyors:

Senyores, Senyors:

Les primeres paraules que en aquest acte solemniat brollin dels meus llavis han d'ésser vector, per sentiment y per cortesia, de la respectuosa salutació dirigida a les autoritats de la ciutat de Tarragona y de les seves comarques, a les dames y als ciutadans tarragonins, a les autoritats universitaries i als emérits representants de les Corporacions que s'han dignat fer acte de presencia en aquesta Cerimonia Inaugural del III Congr s de Metges de Llengua Catalana per a tributar lo llur homenatge respectuós y fervent a la Ciencia Patria.

Y vosaltres, metges del Camp y de les altres comarques de Llengua Catalana, si u els benvinguts en aquest Aplech científich, hont els uns trobar u vells amichs, altres a llurs mestres, aquests sos dexebles, y tots als companys, recordant amb goig amarat d'anyorança aquells temps feliços de la vida escolar, que com més s'allunyen més s'estimen, y aquells moments de gaubança y de platxeri que'l lleure entre classe y classe ens permitia.

Y tot recordantho, ab regust de tristesa, ab l' nima encongida, trobar m que entre nosaltres hi manquen molsts companys y molsts mestres, car són legi  els que la dalla de la mort ha fets comiadar ab l'AETERNUM VALE inexorable. No's oblid m, amichs, en aquests dies de satisfacció y de festa y de gloria, als companys y als mestres que han passada la llinda de l'Eternitat; f mloshi piadosa ofrena espiritual de les perpetuines del nostre record y del nostre afecte. Aix  estar n entre nosaltres com hi estaven en les aules de la nostra Facultat de Medicina y en les sales dels nostres Hospitals de la Santa Creu y del Sagrat Cor, les tres instituci ns qu'en mutua col laboració

han constituït y seguirán constituïnt l'ALMA PARENS de les generacions mèdiques catalanes.

Ab bon acert y inspirats per l'esperit democràtic que sempre havia sigut consubstancial ab el modo d'ésser y d'actuar de Catalunya, instinctivament, sens heure esment de la coincidència, els qui plasmaren els Estatuts de l'Associació General de Metges de Llengua Catalana, redactaren un dels seus articles autorisant la celebració periòdica de Congressos en qualsevulla ciutat de llengua catalana "en aquell temps que mills nos serà vist expedient, nos e los successors nostres", com deya la Constitució titulada UNA VEGADA L'ANY, presentada pel Rey Pere'l Gran en la Cort de Barcelona.

Aquesta ressemblança de criteri entre els regnicols del Rey En Pere y nosaltres es deguda a que l'esperit catalanesch, aquest sentiment democràtic de la nostra terra, es immortal, puix es ànima de l'ànima de Catalunya y per axó, malgrat les vicissituds y les contrarietats que puga sofrir, va succehintse de generació en generació, perdurant a través dels segles ab alternatives de més o menys intensitat, però que no afecten l'essència del sentiment. Heusací perque'ls catalans contemporanis pensém, salvant èpoques y la natural evolució, com pensaven els catalans de les acaballes del segle XIII, y de la mateixa manera pensarán, ab les matexes salvetats, els catalans del pervindre, car per lley natural llurs cors conservarán la devoció al agre de la terra y l'orgull nacional que fortifica y eleva els caràcters del individuus.

Jo trobo molt encertat l'article de referença, perque ha de contribuir a enderrocar el criteri que la imaginació popular, dexantse portar d'efectes purament externs, de miratges enganyadors, havia bastit establint castes entre'ls metges com entre'ls pobles; metges de Barcelona y metges de fóra; aquells superiors a aquests pel sol fet de residència; la ciutadania y el ruralisme en pugna; la Ciutat ungint els seus metges ab los sants olis de la ciencia infusa, y els metges de fóra posats en peu d'inferioritat comparats ab los metges ciutadans...

Aquesta llegenda ridícula s'ha d'acabar. Havém de procurar que s'esborri la ratlla partionera que'l VULGUS interposa (y entench per VULGUS tots els que no són metges) entre la familia mèdica catalana ressucitant la lley

de castes. Cal fer que desapareguin els metges de ciutat y els metges de fóra, per a que sols hi hagi metges catalans, ja qu'es aquest lo nostre nom gentilici, l'únich qu'ens pertoca usar en lo Cosmos de la Medicina.

A aytal obra justa de companyerisme hi ajudarà ab eficacia la celebració d'aplechs científichs fóra la capital y en diferents llocs de les terres hont la llengua catalana sia parlada. Fentho axí, el tribut de sumissió tácita a Barcelona s'haurá acabat. La servitut y el senyoriu no serán atributs que'ns separin, y llavors serém nosaltres los barcelonins que anirém de tant en tant fóra de Barcelona a discutir de ciencia médica ab els nostres companys, imitant les Corts dels nostres Reys, que si bé se'n celebraven a Barcelona, ademés se'n celebraven a Lleyda, Montblanch, Cervera, Perpinyá, Gerona, Tortosa y altres llocs de terra catalana.

Pensant axí, no es que jo cobegi, barceloní de soca a rel, que Barcelona sia considerada com la ventafochs de la rondalla y sia exclusiva, desinseculada, quan se tracti de celebrar Congressos; però tampoch desitjo que ab manifesta injusticia fruexi dels tractament excepcional de predilecta. A Barcelona s'hi han de celebrar Congressos, mes no tots els Congressos. Enfront de Catalunya tots tenim los mateixos devers y los mateixos drets; les iniquitats no hi tenen predicament, ni la situació topogràfica concedeix aristocracies ni gerarquies de cap mena. Pere II sols exigía per a celebrar Corts, als catalans, que's celebressin dins Catalunya. Y aquesta es la verdadera concepció de la Patria: no considerarla reclosa dintre la seva capitalitat.

Lo mateix sentiment instintiu d'amor al terror, a ses lleys, costums y institucions, sentiments que imposa la naturalesa a totes les generacions que habiten un mateix territori palesant la influencia maravellosa del medi: aquest sentiment de la Tradició, la sana y santa Tradició que'ns remembra el passat per a ordenar lo present y provehir al esdevenidor, y que senten en son sí tots los pobles conscients de la personalitat llur, fá que procurém que'l lloch del Congrés sia al ensemps un símbol històrich, car aquests símbols idealisen, dignifiquen y ennobleixen totes les manifestacions de l'activitat humana que en ell s'amparen ab fervorós y noble entusiasme patriórich, déu feconda y inestroncable de virtuts privades, y enemich

d'egoïsmes insans y d'apriorismes hipòcrites, desnaturalisadors de sentiments, pertorbadors de les relacions socials y ádhuch de la vida de familia.

Y de símbols històrics Catalunya n'está sadolla: de monjoyes de la passada grandesa se'n troben arreu, car són moltes les urbs que poden parlar ab orgull de la Catalunya pretérita, per haverli aportat llurs joyells a sa Corona de Regina.

Gerona, qual recort romandrà vivent a través de les centurries per l'epopeya del seu setí, que finí ab la fugida de Felip l'Atrevit de França, qui, avergonyit y malalt, passá les Alberes encalçat pels almogàvers de Pere II que'l bandejaren al crit de "Desperta ferro!", iluminantli el camí am les guspíres que, a miriades y com si fossin fochs follets, exien dels refrechs dels regatons d'escona ab les cantelludes clapisses del Coll de Paniçars.

Perpinyá, la capital rossellonesa que sentí, fá més de cinch centurries, pronunciar les històriques paraules qu'esdevingueren lo cant del cigne de la Nacionalitat, en la célebre Proposició a Corts del Rey Martí, GLORIOSA DICTA SUNT DE TE.

Lleyda, la ciutat que, per ésser centre de tots sos regnes y terres, pródiga y fértil en vitualles, de clima dolç, en aygües abundosa y habitada per bona gent, meresqué del Rey Jaume II, pare del Infant Joan, consagrador y arquebisbe d'aquesta Iglesia metropolitana, el privilegi de son Studi General, en el qual s'hi contenia la primera Facultat de Medicina nostrada per a que'ls catalans no tinguessin de demanar almoyna de ciencia en terres estranyes. D'aquella Facultat de Medicina de Lleyda ne fou Lector l'eximi Jacme d'Agramont, autor preclar del REGIMENT DE PRESERVACIO D'EPIDEMIA E MORTANDATS.

Y tants y tants com són los llocs aptes y dignes hont s'hi poden celebrar els Congressos de Metges de Llengua Catalana; Però al termenar lo Congrès passat, reberem la invitació oficial de Tarragona, y nosaltres, homes de ciencia ensemps que llatins y catalans, no podiem rebutjarla sense greuge per a nostre orgull de raça, devoció científica y sentiment patriòtich: y ací ens teniu.

Tarragona enclou en son sí dues civilisacions capdals y predilectes de Catalunya, sobre la que han exercida influencia decisiva: la civilisació romana y la civilisació cris-

tiana, com ho palesen els documents bastits que són ornaments gloriosos de la gran, de l'excelsa Ciutat y de son Camp, executoria perdurable del seu llinatge nobilissim. Miréu, si no, la seva Catedral, y els Monastirs famosos de Poblet y de Santes Creus: miréu les runes del FORUM, y el majestuós y grácil Arch de Bará, y la torre dels Scipions, y els imponents carreus de l'Aqüeducte, y la immensa mole de les Muralles devant la qual passen ab respecte les edats... La visió del tresor arqueològich revelador de la Tarragona Imperial, capital de la civilitació romana com Empuries ho fou de la civilitació grega, desperta en sosaltres, metges, lo recort d'Antonius Musa, lo llibert tarragoní que per sos mérits propis arribá a la categoría de metge predilecte d'August, y a ésser un dels fundadors de la SCHOLA MEDICORUM que, bastida en lo Puig Esquili, desafiava la vella escola d'Alexandria. De Musa pot dirse que no fou honorat ab la toga dels ciutadans de Roma, sinó que fou ell qui honorá la senyorial vestidura, car si no era un creador medical com Hipocrás, ni un geni com Asclepiades, com Galien tingué'l dó d'ésser un gran clinich, possehidor d'una intuició mé dica extraordinaria y d'un dó de gents que li valgué l'íntima amistat d'Horaci y de Mecenas, dels qui vestí moltes vegades la SINTESI compartint ab ells, no el pa y la sal, sinó l'espléndit sopar, recolzats en lo mateix triclini.

Antonius Musa honorá y glorificá la professió, y d'aquells metges que del no-res, de l'escoria social, César enlayrá a la dignitat de ciutadans de Roma, ell, prevalent-se del seu prestigi y de la seva intimitat y confiança ab August, ne fá éssers privilegiats, els conquereix prerrogatives y els auriola de la gloria reflexada pel lluminar de la seva poderosa inteligencia. Tan bon punt li fou concedit l'anell d'or dels cavallers romans, la remença social dels metges fou completa. Mercés a César dexarem d'ésser paries: Musa ens doná beligerancia. Ab César dexarem de pertanyer a una classe d'ínfima calitat; ab Musa passarem a constituhir un estament honorable y, segles després, en algunes escoles de Medicina, seguint la tradició ab Musa iniciada, s'entregava l'anell d'or als novells doctors, pronunciant la fórmula de rúbrica: "Rebéu l'anell d'or en senyal de la noblesa concedida als metges per August y el Senat de Roma".

Si, per ésser la nostra una institució de metges de raça llatina, no podiem prescindir de la Tarragona clássi-

ca, com Institució Catalana no devém oblidar la Ciutat que per a nosaltres és la Ciutat Sagrada, la que guarda en son clos les despulles del alt Rey En Jaume, quals despulles venerandes no podien esperar millor mausoleu que'l les hi havéu donat ab la incomparable Séu Tarragonina, que l'enginy del home bastí majestuosa y cisellá superbament, y quals carreus la naturalesa ha daurats donantli el cayent d'un immens y riquíssim reliquiari.

Venim ab devota unció a fer ofrena de la nostra ciencia al plasmador sublim de la Nacionalitat Catalana, al Príncep de la Casa d'Aragó, que redimeix homes fundant l'Ordre de la Mercé y redimeix pobles fundant les llibertats municipals ab lo Consell de Cent barceloní, posantlo al nivell del Senat de Romá.

Venim a fer ofrena de la nostra ciencia al Rey jovíncel que precisament a Tarragona, en lo llevant de taula del cómit de galeres En Pere Martell, sentí papellonejar en son cervell la primera idea de la conquesta per a la Civilisació, de les Mallorques, les belles ondines de cabellera d'or que'l MARE NOSTRUM devés migjorn acarona amorosament ab besada perdurable. Y la idea tingué una bella realitat; l'estol redemptor, compost de llenys y naus y tarides y galeres, se perllongá de Salou, de Cambrils y de Tarragona, y els argonautes retornaren a les costes de Catalunya, havent portat a terme l'epopeya ells sols, sens ajuda ni de pisans, ni de genovesos.

Conquerides Mallorques, no'n tingué abastament; romania cativa y s'havien de llimar els grillons de Valencia, la dels vergers esplendorosos envolcallats de flor de torongina, que com borrallons de pureza l'espurnegen arreu y la perfumen y agencen donantli l'ayre d'una núvia aparellada a maridarse. Y Valencia fou redimida, y, com feu am Mallorques, lo Rey ofrená a la Civilisació el novell jardí de les Hespérides. Y aquest home, aquest héroe que guerreja y conquesta y legisla, y que fá arreballar la llengua a un clergue mitrat per revelació suposada d'un secret de confessió, es al ensemps un infant, qu'en lo seti de Valencia no dexa desaparar la tenda reyal perque una oreneta hi havia fet son niu.

Al hom que ab ses gestes s'ha guanyat lo primer lloch en la Historia de Catalunya, venim a ferli el present de la nostra ciencia ab el cor vessant de joya, perque podém oferirli aquella parla qu'ell tant estimava, ab la qu'ell es-

crigué lo seu Llibre de la Saviesa y la seua Crónica; bé s'ho mereix lo qui, en aquell temps en que'l llatí era la llengua sabia, ordená que a Valencia els advocats advoquesin en llengua vulgar, que'l sumari dels plets fos redactat en l'idioma del poble, y qu'en romanç fossin escrits els llibres de Curia.

Allá d'enllá, en terres de Bretanya y en les vetlles de les llargues hivernades, les dónes dels pescadors d'aquelles platges, acoblades vora la llar y fent giravoltar els debanells y les filoses, conten en veu baxa rondalles y llegendes, sobresortint entre aquestes l'apólech capdal de l'encontrada, que, com lo mal caçador ací, es allí popular i té molts testimonis d'orella.

En temps llunyans, molt llunyans, quan tot just les cançons de gesta y els virolays distreyen el lleure dels senyors en los castells feudals y ab prou feynes se conexien les llegendes de Tristany y Iseul y Parceval y la cançó de Roland, en aquelles costes existía y rumbejava una ciutat esbelta entre les esbeltes, una ciutat de bellesa incomparable, com una ciutat de fades. Quan tot d'una, sense senyals precursors que ho fessin témer, com per art d'encantament, la ciutat esbelta, la ciutat bella, fou engolida per la mar, que l'envolcalla ab sa mortalla blava que tot temps li havia servit d'espill hont emmirallar sa bellesa... y una boyra d'estorament planá per espay de molts anys damunt d'aquelles maresmes.

Les generaciós de mariners se l'han recontada de l'una a l'altra, la trágica llegenda; y encara avuy les comares bretones, fent giravoltar els debanells y les filoses, sentades al entorn de la llar, expliquen ab misteri y en veu baxa que, en la calma meridiana y en lo silenci de la nit, los pescadors d'aquelles platges, segons quins dies, senten pujar, del pregon de la mar serena, un lleu remoreig, un tritlleig somort de campanes que toquen a festa... Y aquella gent senzilla espera confiada la commoció geològica que ha de fer surar la Ciutat engolida per a que visca de bellnou la vida dels altres pobles.

També'l nostre verb medical rumbejava sa bellesa, també fruhía d'estimació y de respecte en lo comerç científich mundial; quan, tot d'una, esdevingué un cataclisme històrich que l'engolí, fá segles, y romangué anys y anys al fons de la mar del oblit y la indiferencia de la classe mèdica. Y

passaren les anyades, y alguns dels nostres metges que tenien esment de l'existència pretèrita d'una llengua com instrument de ciència, refermaren la llur convicció cada vegada que al lluny sentien remor confós de campanes, senyals de vida que de tant en tant se manifestaven ab varietat de formes y en diferents llocs, y ara eran els manuscrits d'En Lull y de l'Arnau de Vilanova, descoberts en les Biblioteques d'Oxford y de Munich, ara l'Epístola manuscrita en lo segle XIV per Mestre Jacme d'Agramont dirigida als Pahers de Lleyda y trobada en la Rectoría de Verdú, ara els Receptaris m. s. de Manresa, de Puigcerdá y el de Micer Johan. Aparegueren també'l Codi en pergamí del segle XIV, TRESOR DE POBRES, de Pere Hispano, que's guarda en la Biblioteca Museu Episcopal de Vich, y l'incunable valenciá de la XV centuria, de l'Alcanyic, que tracta de Pestilencia, y els incunables catalans també del mateix segle, traduccions del Valasco de Taranto, d'En Guiu de Chauliac y de l'Argilata. Sense comptar els testimonis que romanen recóndits en altres arxius y biblioteques, además dels documents existents en los arxius y biblioteques nacionals de Catalunya, de Madrid y de París, del Consell barceloní y altres consells municipals, y les colleccions dels protocols notarials...

Aquestes troballes, si bé petites, son reveladores de la compenetració d'una Ciencia y d'un Verb pel sol fet d'ésser connacionals. Elles contribuïren a mantenir lo foch sagrat, y en el cor dels creyents, dels convençuts, dels pochs iniciats de llavors, may minvá l'esperança de que la mortiva retorni a la vida, que no's tractava d'una mort real, sinó d'un cas de mort aparent: un cas de catalepsia.

Y nosaltres forem més sortosos que'ls pescadors bretons. Vingué la desitjada commoció geológica iniciada en l'Acadèmia y Laboratori després del gest heroich d'En Guimerá des de la presidencia del Ateneu Barcelonés, y la mortiva resorgí, ocupant de bell-nou son lloch d'honor dintre la Biología. Y ara que ja fa anys qu'es retornada a la vida de plenitud, y que la seva actuació es ja definitiva, en aquesta Ciutat augusta aquelles campanes que se sentien de tart en tart y al lluny del lluny voltejarán a ple ayre, repicant a festa, y el bon Rey ens benehirá per haver sabut reivindicar per a la nostra Ciencia la llengua sagrada del payral.

Perxó venim, ab la satisfacció íntima que dóna el convenciment del dever complert, a engarlandar la tomba del nostre Rey ab flors exquisides del verb nostrat, copsades en jardins tancats ciutadans y en hortes obertes vilatanes, axí les que s'acoten al pas brunzent de la tramontana, com les que gronxola'l lleveig y les que desafien les ponentades sense coltòrcers. En les nostres discussións la Ciència biològica catalana s'habillarà y serà palesada en tots els maticos de la nostra parla, no sols en totes ses varietats dialectals manifestes, sinó també en la gamma extensíssima de modalitats comarcals, constituhint un tot harmónich hont s'agermanen, además de les lleugeres variants de sintaxi y de léxich, les vocals entelades per la fredor de les geleres y congestes pirinenques, la fonética dolça de la terra baixa, l'accent aspre de montanya y la vocalizació de la costa, diáfana com la seva claror y neta com los seus vilatges.

Aquestes varietats dialectals regionals y comarcals, que en fonética y en léxich y 'adhuc en sintaxi revelen els habitants de les diferentes comarques y de les distintes regions de llengua catalana, no sols enriquexen la llengua fentla manyaga y flexible, enérgica y dolça y, com a viva qu'es, trayent-li l'encarcament de la momia, sinó qu'evindencien les lleys naturals, que al ensemps fan al home servent del medi hont ha nascut y hont la seva vida's descapdella, y propietari del seu verb per natural y llegitim dret d'herencia.

Per a parlar y escatir de Medicina, nosaltres, metges catalans, enteném que'l millor vehícol es lo verb catalá, car además d'economisarnos lo treball mental de traducció, s'adapta a la nostra inteligencia sens esforç, ja que'l llenguatge es inseparable del pensament. Y no es pas perquè la llengua catalana sia, comparada ab altres llengües, més o menys profunda baix el punt de vista filosófich, més o manco bella y flexible baix lo punt de vista estétich; també'ns es en absolut indiferent la riquesa de expressions diverses y precises, el tresor de formes caracterizadas. Sols ens cal saber que, per ésser lo nostre llenguatge natural y propi, es el gran auxiliari per a l'idealisme de la nostra cultura, l'instrument del nostre pensament indispensable al esplendor de la nostra Ciència biològica.

Semblant predilecció pel nostre Verb no ha d'ésser en menyspreu del verb castellá, tan digne de respecte com el nostre y com el nostre tan estimat dels seus naturals. Com podém menysprear una llengua que ha tingut entre'ls herauts del seu expandiment, l'Arcipreste de Hita, Jorge Manrique, Santa Teresa, y l'afollat de Lenpant?. Com l'havíem de menysprear si ella sola ha omplenat un món, y ha plasmat y ha agençat tota una Literatura espléndida y superbament bella? No; guardém per la llengua castellana tota l'admiració y el respecte de que s'ha fet merexedora per la seva historia y per la seva hermosura. La venerém y ens admira y encanta posada en llavis seus naturals. Però si la devoció a la mare no exclóu la admiració ni el respecte a les altres dones, l'aventatja: no per dots de bellesa, sinó perquè es la mare, y aquesta s'estima sense triarse, sense discutirse, instinctivament, per lly inexorable de la naturalesa.

La nostra llengua catalana ab ses condicions y ab sos defectes s'adapta a les nostres facultats, y per sa conexió espiritual objectiva la matexa ánima de Catalunya; ella es immanent en los individuos de niçaga catalana, y per lo tant es el medi més apropiat per a exteriorisar el pensament catalá. El parlar en catalá o dexar de parlarhi no depend de nosaltres: es un sentiment superior a la nostra voluntat perquè, com deya un castellá que fou potser, lo cervell més excels de l'Espanya contemporánia "les llengües, signe y penyora de raça, no's forgen capritxosament ni s'imposen per força, ni's prohibeixen ni's manen per lly, ni's dexten ni's prenen per voler, puix rés no hi ha més inviolable ni més sant en la consciencia humana que'l NEXUS secret en que viuen la paraula y el pensament. Ni hi ha major sacrilegi y ensemps més inútil que pretendre engrillonar lo que Déu ha fet espiritual y lliure: el verb humá, resplandor débil y mig esborrat, però resplandor a la fí de la paraula divina" (1). Axí parlá En Menéndez y Pelayo en los Jochs Florals de Barcelona.

Acabaré, senyors, la meva tasca, que potser vos haurá resultat quelcom pesada, fent vots fervorosos per a que, en lo transcurs de les discussions dels temes de ponencia oficials y de les comunicacions del Congrés, plani damunt de

1 Citat en lo meu discurs del Ateneu Enaltim lo Verb de Catalunya, (N. del A.)

la nostra Assamblea l'esperit del alt Rey Jaume, per a que resultin profitoses y puguin contribuhir a bastir lo Casal de la Ciencia Catalana, y així, ell, lo gran Rey, del fons de son sepulcre repetirá les paraules que, endressades als catalans y contingudes en la Proposició feta en les Corts de Perpinyá, pronunciá'l Rey Martí: "Alçats, alçats les banderes, car dignes sots del Principat de Catalunya".

DISCUSIONS DELS TEMES DE PONENCIA

2° TEMA: TRACTAMENT DE LES SEPTICEMIES. (PUERPERALS)

1) Dr. Estapé: sin discusión.

2) Dr. Proubasta: Discusión: Drs. Serralach, Guilera, G. Ribas, Bassedas.

Rectificación: Dr. Proubasta.

Dr. Serrallach: Plantea que la infección de las vías urinarias después del parto tienen por origen la parálisis de la vejiga o la paresia, reteniendo total o parcialmente la orina en la vejiga, con lo que se favorece el desarrollo de gérmenes.

El hecho de que las afecciones uterinas y el embarazo alteren el esfínter útero-vesical, haciéndolo permeable, hace que la infección de la vejiga se propague fácilmente al riñón y a todo el aparato urinario.

Dr. Guilera: La paresia vesical es un hecho frecuentísimo, casi constante después del parto. Hay que prescindir de la utilización de catéteres siempre que sea posible. La pituitrina es un excelente medio para resolverla. El ruido del agua al practicar el lavado vulvar, es estímulo a veces suficiente para despertar el reflejo de la micción.

Dr. Ribas: El Dr. Proubasta no ha tratado de septicemias, sino de la localización de la infección puerperal en el aparato urinario. Estas localizaciones pasan desapercibidas por falta de exploración. Estas lesiones provienen del empleo de sondas después del parto por una deficiente asepsia. Hay que evitar sistemáticamente la aplicación de las mismas, y así evitaremos las principales infecciones del aparato urinario.

Dr. Bassedas: Las pielo-nefritis se ven con más frecuencia de lo que pensamos en los Servicios de Obstetricia. Para descubrirlas debe examinarse la orina mejor que ahora.

Rectificación. Dr. Proubasta:

Reconoce no haberse limitado al estudio de la septicemia, ya que hay un gran desconocimiento de la ciencia en relación a este tema.

3) Dr. B. Guilera. Discusión: Drs. Terrades, Sabaté, Ribas y Ribas.

Rectificación: Dr. B. Guilera.

Dr. Terrades: La utilización de guantes da una garantía absoluta. En los tactos vaginales o intervenciones cortas, la desinfección de las manos con jabón, alcohol y sublimado es suficiente.

La vulva debe desinfectarse con cuidado.

En la retención post-aborto, de no haber fiebre ni hemorragia, debe esperarse unos días confiando en la eliminación espontánea.

Hay que rechazar de plano los taponamientos en caso de hemorragias. En la septicemia puerperal se limita a desinfectar y lavar la cavidad uterina, sin hacer un raspado.

Dr. Sabaté: En cuanto a profilaxis, todas las precauciones son pocas; debe generalizarse el uso de guantes. Ha utilizado la quinina con éxito por vía hipodérmica. Se muestra partidario de intervenir si hay fiebre o hemorragia. No cree tampoco en la ergotina y los taponamientos en la retención post-abortiva. Platea que el raspado digital es muy superior al raspado con cuchara.

Dr. Ribas: No existe tratamiento específico, desgraciadamente, de las septicemias puerperales. Hay, pues, que intentar evitar las infecciones, extremando la asepsia de todo lo que deba ponerse en contacto con la partera. Esto es difícil en las casas particulares y en el medio rural. A veces en el campo es incluso difícil encontrar agua. En estos casos es muy útil la tintura de iodo. Se plantea la necesidad de la implantación de una red de Maternidades.

Frente a tactos sospechosos, rotura de aguas, prácticas quirúrgicas menores, el día del parto aplica 20 c.c. de suero antiestreptocócico.

Ante una septicemia, empleamos las inyecciones de Fochier, el bicloruro de mercurio, sin gran fe.

En los casos de septicemia post-abortiva con retención, efectuamos raspados de útero, evitando así la hemorragia, sin pretender curar la septicemia.

Rectificación. Dr. B. Guilera:

Se muestra de acuerdo con los Drs. Ribas y Sabater en cuanto a la utilización sistemática del empleo de guantes, técnica aceptada por todos en cirugía general. Los dedos de goma para los tactos vaginales dan mejores garantías que la antisepsia de manos según el método de Furbringuer.

La quinina a dosis de 0'5-1 gramo es útil como tónico, pero no como antipirético, usada como antiséptico interno en la septicemia puerperal. En los casos graves no tiene una verdadera acción eficaz.

También se muestra partidario, en caso de hemorragia o aparición de fiebre, de la intervención, en las infecciones generalizadas.

Insiste finalmente, de acuerdo con lo expuesto en su ponencia, en el caso de no presentarse retención placentaria, en infecciones de origen estreptocócico, el raspado uterino está formalmente contraindicado.

COMUNICACIONS

EL SECRET MEDIC EN LA INTERRUPCIO CRIMINAL DE LA GESTACIO

Dr. J. Blanc Benet

El Dr. J. Blanc Benet resume así su comunicación:

- 1.- La no persecución del delito de aborto criminal, supone una gran responsabilidad; parte de esta responsabilidad recae sobre el médico, cuando pudiendo informar a la justicia no lo hace.
- 2.- El problema en este caso para el médico, se reduce al del secreto profesional.
- 3.- El secreto médico no se distingue del que toda persona está obligada a guardar cuando se comprometido explícita o implícitamente sin contrato previo cuando la revelación puede causar algún daño.
- 4.- ^{En} el Juramento Hipocrático se da la norma de la discreción médica, el deber de callar y el deber, en ciertos casos, de declarar.
- 5.- No es el médico, sino el Estado, el que tiene la facultad para fijar los casos en que el deber de declarar ha de prevalecer sobre el deber de callar, pues se reduce a los casos de interés público y no privado.
- 6.- En relación al secreto profesional, la doctrina que nos ha transmitido la tradición, es la que establece la subordinación del interés privado al de la comunidad; esta doctrina es la que ha de servir de fundamento a los legisladores de los códigos modernos.
- 7.- Muchos médicos han olvidado el sentido tradicional, influidos en exceso por ciertas doctrinas individualistas de los autores enciclopedistas hasta los del siglo XVIII.
- 8.- El flagelo del aborto criminal ha venido a producir una cierta reacción contra este individualismo excesivo de ciertos médicos que no quieren ser molestados con declaraciones.
- 9.- Con todo lo expuesto, no proponemos cometer la baja de acusar a la mujer que se ha hecho abortar; nuestra intención es encontrar un medio de atacar al abortista.
- 10.- En España no existen disposiciones precisas y categóricas que obliguen al médico y a la comadrona a declarar

cualquier aborto, no siendo necesario especificar número, calle, nombre de la mujer abortante.

- 11.-En pueblos de vecindaje reducido ha de ser lícito omitir el nombre del pueblo, haciendo constar sólo el distrito judicial, pudiéndose presentar la declaración no en el Juzgado del pueblo pequeño sino en la ciudad capital de distrito.
- 12.-El médico de la abortante llamado por el juez para declarar en relación a un caso de supuesto aborto criminal, nada puede decir si la mujer no ha declarado antes.
- 13.-Si la mujer ha declarado que en ella se ha cometido un aborto provocado, el médico que la asistió deberá declarar sólo lo que no pueda perjudicar a la mujer, aunque perjudique al abortista, al cual no está atado por ningún contrato.
- 14.-Si el médico llamado a declarar, no es el médico de la mujer, deberá declarar todo aquello que haya encontrado que suponga vestigio de aborto criminal en aquella mujer a la cual se le ha ordenado examinar.

El Dr. Blanc Benet opina, finalmente, que estas normas permitirían a los Juzgados perseguir los abortos criminales.

Discusión: Dr. Tous Braggi

Plantea que la diferencia de delatar al abortista o delatar a la madre, no existe en la práctica, porque el juez sabe quién es la madre. Opina, además, que la mujer no dejará de caer bajo la ley, ya que ésta es la que va a buscar al abortista.

COMUNICACIONES

OBSTETRICIA I GINECOLOGIA

INSERCIÓ BAIXA DE PLACENTA: SON TRACTAMENT

Dr. Guillem Ribas

Las conclusiones de la comunicación del Dr. Ribas sobre este interesante tema, se concretaron en los siguientes puntos:

- 1) En las inserciones bajas de placenta, no sólo pueden presentarse hemorragias durante el embarazo o parto, sino que también pueden aparecer después de éste.
- 2) Las hemorrágias que se presentan durante el embarazo aparecen, por lo general, hacia el final del mismo y durante el parto. Son debidas al desprendimiento de la placenta a consecuencia que la tracción de las membranas producen sobre la misma en el momento del derrumbamiento de la pared uterina.
- 3) Estas hemorragias muchas veces se cohiben mediante reposo en cama y por irrigaciones bien calientes; si esto no basta, recurriremos a los medios obstétricos. Finalmente, de ser necesarios, a los medios quirúrgicos.
- 4) El desgarró amplio de las membranas, los taponamientos, el globo de Champetier de Ribes, el procedimiento de Braxton Hicks, son los medios obstétricos que usaremos.
- 5) En los casos en que los medios tocológicos no basten o no sean aplicables, entónces recurriremos a las intervenciones quirúrgicas. La cesárea vaginal de Dührssen, la cesárea clásica y la cesárea extraperitoneal de Sellheim, son las intervenciones que poseemos para estos casos.
- 6) Como en los casos que se ha de recurrir a la intervención quirúrgica son casos que, en general, se ha de obrar con rapidez, pensamos que la intervención que se pueda ejecutar en menos tiempo será la más indicada para estos casos. En general, la cesárea vaginal es la que permite en menos tiempo vaciar el útero. La cesárea clásica se practicará cuando junto a hemorragias, se tenga estrechez pélvica. En relación a la cesárea extraperitoneal, prácticamente no tiene indicación en estos casos. Se reservará sólo para los casos que exista estrechez pélvica.

contenido infectado y feto vivo, coincidencia ésta muy rara.

- 7) Las hemorragias que a veces se presentan post-partum, pueden ser debidas a la atonía de la zona de inserción placentaria, a los desgarros cérvico-uterinos o bien a la rotura de algún vaso encargado de irrigar la zona de implantación placentaria.
- 8) Siempre que después del parto se presente una hemorragia bastante intensa, lo mejor es practicar el método de Momburg. Este procedimiento nos dará tiempo de examinar con calma a la paciente, sinó también tiempo a utilizar los medios adecuados para detener las hemorragias. En otros estaremos autorizados a practicar la histerectomía.

EL RADI EN GINECOLOGIA

Dr. R. Ribas Ribas

Después de 5 años de estudiar la acción del Radio en Ginecología, el Dr. Ribas Ribas dice que pueden establecerse las siguientes conclusiones:

- 1.- Tiene el radio una acción marcada sobre el ovario, ya que la mayoría de las pacientes tratadas con él no menstruaron más. Lo que no debe extrañar conocida la exquisita sensibilidad del folículo de Graaf maduro al Radio. Posiblemente esta acción pueda explicar los beneficios del Radio en las hemorragias uterinas de origen ovárico y en los fibromas intersticiales. La acción del Radio sobre el ovario es evidente.
- 2.- Esta acción sobre el ovario demuestra el poder penetrante de las radiaciones del Radio. Este, introducido en la cavidad uterina, puede dar efectos sorprendentes sobre procesos intrapélvicos; sin embargo, careciendo de experiencia en este campo, lo reservaremos para combatir procesos anexiales.
- 3.- La acción del radio sobre el cáncer de útero es sorprendente. Nuestra experiencia nos autoriza a decir que los resultados obtenidos con el radio, previo raspado y desinfección de la neoplasia, han sido:
a) buenos y permanentes en el cáncer incipiente del cuerpo del útero,
b) buenos, pero sólo inmediatos y momentáneos en el cáncer externo del cuerpo del útero, c) sorprendentes y rápidos en el cáncer de cuello, formas vegetantes, en cuanto a resultados inmediatos y en bastantes casos con resultados duraderos, d) los resultados han sido pocos y negativos en las formas corrosivas, atróficas y esclerosadas.
- 4.- No debe darse por curado el cáncer uterino, que presente una sólida reintegración anatómica, ya que considerándose la curación del cuello, a los pocos meses, o años, se presentan infiltraciones de parametrio.
- 5.- El radio aplicado en el útero o en la vagina, no tiene acción ni radical ni permanente sobre las infiltraciones de parametrio. Los Rayos X no tienen mejor influencia, no hemos visto ni un sólo caso de curación de las expuestas infiltraciones, y sí un retardo de su evolución y disminución del dolor.

6.- Sólo con una actuación constante y duradera del radio, se logra algún beneficio en el cáncer de útero.

7.- La acción es rápida en general en los casos que se llega a curación clínica.

8.- La acción del radio no es completamente inocente. No deben emplearse las mismas dosis y durante el mismo tiempo en todas las formas de cáncer genital. No se olvide que los productos de autólisis celular provocada rápidamente se reabsorben y pueden conducir a un desastre en individuos de emunatosis deficiente. Somos enemigos de las dosis intensivas.

9.- Grande es el progreso obtenido con la aplicación del radio en Ginecología, pero seguimos siendo intervencionistas en el cáncer de útero. Cuando se llegue a un diagnóstico precoz, lo aplicaremos después de toda intervención de cáncer uterino, ya actuando en la pelvis, ya en la vagina. Reservamos el uso exclusivo del radio para los casos inoperables, en pacientes con lesiones de gran extensión, o por condiciones especiales de la paciente: exceso de grasa, nefritis, cardiopatías, etc.

Discusión: Dr. G. Ribas. Dice haber tratado 40 pacientes de cáncer uterino con el radio. En el tratamiento de epitelomas operables recomienda la intervención, ya que con ésta la metástasis o reproducción puede tardar 6,7 años o más.

Hoy por hoy hay que recomendar la cirugía, a menos que la enferma la rechace; entónces aplicaremos el radio.

Dr. Fargas. Las conclusiones del Dr. Ribas y Ribas son esperanzadoras. Por un lado la posibilidad de utilizar el radio en otras afecciones ginecológicas que no sean malignas. Recordemos los trabajos de Cheron en los fibromas, en las metrorragias virginales. Por otro, el concepto que se tiene del radio en el tratamiento de las neoplasias uterinas epiteliales. Seguiremos operando los cánceres operables y reservaremos el radio como prevención frente a la recidiva o como paliativo en los casos inoperables.

TRACTAMENT DE LES GRANS LESIONS INFLAMATORIES ANEXIALS Y DE LES SEVES COMPLICACIONS

Dr. Soler Juliá

Los procesos perímetro-anexiales, puede decidirse su evolución en dos fases, una aguda, y según la evolución del proceso en de resolución, cuando el curso favorable tiende hacia ella, o de fase crónica cuando las lesiones inflamatorias no desaparecen del todo. La fase aguda se caracteriza porque la paciente se queja siempre de dolores en el bajo vientre, con irradiaciones en la región lumbar y a los muslos, tenesmo vesical y rectal, con frecuencia cefaleas y malestar general, según la gravedad y extensión de las lesiones aparecen temperaturas altas, pelvi-peritonitis y peritonitis difusa. La palpación del vientre y el tacto vaginal ponen de manifiesto la salpingitis más o menos intensa, junto a una perisalpingitis.

El tratamiento, junto al reposo en cama, debe tender a disminuir el dolor y la inflamación. Están indicadas las irrigaciones vaginales calientes y abundantes a baja presión.

Los descongestionantes como el ictiol, tigenol, ioduro potásico, glicerina, aplicados vaginalmente en forma de supositorios, mejorarán a la paciente.

Las aplicaciones de hielo en el vientre, o esterillas eléctricas calientes, pueden contribuir a aliviar a la enferma. De no calmarse los dolores, debe recurrirse a inyecciones de morfina junto a estimulantes cardíacos.

Deben ensayarse los medicamentos que poseen acción electiva sobre los genitales, ergotina, viburnum, piscidia, hamamelis.

Durante esta fase, las intervenciones, por pequeñas que sean, están contraindicadas, ya el raspado, la colpotomía.

Esta fase no sobrepasa, por lo general, los quince días, pero es de gran gravedad, pues si la inflamación se extiende por toda la serosa, nos enfrentaremos a una peritonitis difusa aguda, que de ser de origen infeccioso-anexial, la cirugía no resuelve prácticamente ningún caso.

El tratamiento anteriormente propuesto facilita la formación de adherencias en la parte inferior, resolviéndose lentamente la peritonitis.

La intervención en esta fase debería consistir en una laparatomía, aunque es posible que con ella se interrumpa la producción de adherencias, por lo que las pacientes curan, a pesar de la operación.

Si la infección no se ha extendido al gran peritoneo, debe tratarse a ésta hasta que desaparezca la agudización, esperando a que esté en condiciones de proceder quirúrgicamente a la extirpación de los anexos.

Al lado de estos casos relativamente benignos, están los que desde su inicio siguen un curso grave; hay invasión de todos los órganos de la baja pelvis, el peritoneo y su cavidad, produciendo muchas muertes.

De lograrse que no muera la paciente y pasada la fase de gran agudización, es difícil que la paciente pueda curarse radicalmente sin operación.

Si la paciente sigue con temperaturas durante muchos días (30), hay que decidirse por la cirugía, pues de no actuar es condenar a muerte a la paciente por septicemia o piohemia, debidas a la absorción de pus procedente de las t^ompas.

El modo más práctico y seguro de extirpar los focos supurantes, es la laparatomía media, según el procedimiento del Dr. A. Esquerdo.

El objeto de la comunicación es precisamente el modo de terminar dicha laparatomía media.

Después de extirpar unos anexos supurados, que muchas veces se abren desparramando el pus en el momento de la extirpación, al cortar adherencias o al separarlas del órgano al que se habían fistulizado, debe procurarse aislar y drenar toda la porción de la pelvis baja.

Unos son partidarios de dejar un taponamiento con tela o gasa que aisle toda la cavidad pélvica de la gran cavidad abdominal, haciéndolo salir por la parte inferior de la herida incompletamente suturada. A los tres o cuatro días se retiran telas o gasas, colocándose un grueso tubo por el que se introduce diariamente una cantidad de agua bórica que lave la cavidad pelviana. De ser un caso con fístula, debe darse un enema diariamente para evitar la retención.

Este procedimiento para el Dr. Soler tenía el inconveniente de no asegurar la completa salida de secreciones y excrementos, junto al peligro de una eventración que debería operarse posteriormente.

Finalmente expone su procedimiento operatorio:

"Practico la histerectomía de entrada, a fin de facilitar la extirpación de los anexos, estableciendo el desagüe de la vagina. Coloco las gasas para obtener las adherencias aisladoras de pelvis baja con el resto de la cavidad abdominal, lo que permite una total sutura de la herida, junto al hecho de drenar por la parte baja, que evitará las retenciones. En caso de fístula intestinal el excremento queda desviado hacia la vagina. A los tres o cuatro días pueden retirarse las gasas, por estar ya constituídas las adherencias, siendo

necesario dar dos irrigaciones vaginales al día. Se coloca un tubo con agujeros laterales, que de un lado del bajo vientre salga por la vagina. Puede retirarse el tubo a los diez o doce días.

Esta manera de proceder se reserva únicamente a los casos complicados. En una simple salpingitis supurada, con pocas adherencias y sin fístulas, debe limitarse a la extirpación de los anexos, cerrando el vientre totalmente o dejando un drenaje lateral por tubo de goma, de haberse producido algún derrame de pus no séptico o alguna hemorragia debida al desprendimiento de adherencias.

DISCUSION: Dr. G. Ribas:

Se dispone de un medio conservador, la termo-penetración, que resuelve en la mayoría de los casos las lesiones anexiales. Las que no curan mejoran tanto que rechazan la cirugía.

De existir una gran supuración anexial, la termo-penetración la mejora pero no la cura. Entonces se practica la colpotomía y después se aplica la termo-penetración. Debe, por tanto, aplicarse a todas las enfermas antes de recurrir a la intervención. evitándose los serios peligros de la extirpación anexial.

Dr. Ribas y Ribas:

No debe operarse nunca una supuración anexial hasta que desaparezcan los fenómenos de agudeza. Hay que esperar un mes y medio. El examen de sangre a lo largo del proceso, orienta sobre él, por la tasa leucocitaria, indicarán la oportunidad de la intervención. La operación radical no debe practicarse nunca. La colpotomía debe ser ejecutada tan pronto sea necesario y practicable en los estados agudos.

No abrimos nunca la vagina en las supuraciones anexiales. Siempre practicamos histerectomía abdominal supravaginal.

Hay que usar siempre catgut y operar siempre con guantes de goma, que hay que cambiar una vez extirpadas las colecciones purulentas y proceder a la peritonización.

Dr. Fargas:

Reconoce las grandes dificultades técnicas que

pueden presentarse en las lesiones anexiales.
Es importante e indispensable la apirexia de la
paciente antes de intervenir quirúrgicamente.
No puede descartarse absolutamente la colpotomía.
"Ultimamente utilizo en todos los casos donde se
ha producido derrame de pus, o colecciones quísticas
inflamatorias, el lavado peritoneal con
éter, lo que ha proporcionado resultados magní-
ficos".

UNA DISTOCIA INDIAGNOSTICABLE "A PRIORI"

Dr. R. Barceló Estivill

Relató el Dr. Barceló Estivill que hacía ya veinte años, fue llamado a consulta por dos colegas suyos, para un caso de distocia. La historia clínica era la siguiente:

"Era una partera plurípara, con buena conformación y sin antecedentes negativos. La comadrona, al encontrarse con una presentación pódica y sin que el parto progresase, llamó al médico de familia, intentando éste la extracción; ante la fuerte resistencia del feto, aumentó los esfuerzos de tal manera, que le quedó en las manos uno de los miembros inferiores del feto, a nivel de la articulación coxo-femoral. Ante esta situación, convocó la consulta al segundo colega. Nuevos esfuerzos mancomunados se tradujeron en que se arrancó la segunda extremidad"

Al estudiar el caso nos encontramos inicialmente ante la dificultad de determinar la causa de la distocia.

Como la partera seguía en condiciones inmejorables y había que terminar el parto, decidimos efectuar un reconocimiento del feto.

Este estaba en posición dorso-posterior; se introdujo el gancho del forceps (modelo Hattin) rama hembra, izquierda, para fijar y presionar bien el feto para su extracción.

Entonces se produjo una sorpresa que resolvió el parto en pocos minutos: debido a la fuerte presión sobre la pared abdominal del feto por los forceps, ésta se perforó, dejando salir una gran cantidad de líquido seroso. De inmediato se renovaron las contracciones uterinas; ayudando al feto con ligeras tracciones de dirección, apareció éste, terminándose el parto.

¿A qué se debía la distocia?. Se trataba de una ascitis fetal. ¿Era posible diagnosticarla antes?.

NOTES ESTADÍSTIQUES REFERENTS A LA MATERNITAT DE BARCELONA
DURANT ELS ANYS 1917 i 1918

Drs. Boi Guilera i S. Dexeus

MORTALIDAD

AÑO 1917 :	4 en total	2 por tuberculosis
		1 por fiebre tifoidea
		1 por septicemia puerperal
AÑO 1918:	5 en total	1 por edema pulmonar
		2 por bronconeumonía gripal
		1 por fiebre tifoidea
		1 por placenta previa

INTERVENCIONES

	<u>CASOS</u>
Operación cesárea por estrechez pélvica	1
Aplicaciones de forceps.....	24
Versiones internas	6
Episiotomías	3
Perineorrafias	49
Laparatomía por gestación ectópica	1
Laparatomía por retroflexión	1
Partos prematuros	68
Partos gemelares	7
Placenta previa	2
Eclápsia ^m	5
Fetos muertos antes de salir de la Maternidad ..	54
Linfangitis de mama: 2'90% en 1917 5'50% en 1918	
Absceso de mama: 0'48% en 1917 0'21% en 1918	
Flebitis: 0'24% en 1917 0'79% en 1918	
Piello-nefritis	1

"A pesar de no haber tenido ningún caso de defunción por infección puerperal, la morbilidad es más alta que el año precedente; causas posibles: la falta de gas, los cambios de personal en la plantilla, el aumento del número de tactos realizados".

"El actual edificio de la Maternidad es una vergüenza, lleno de moscas y mosquitos, una verdadera Arca de Noé: vacas, conejos, ga-

llinas, etc., junto a las salas de parteras, junto a unas nurses "sui generis", antiguas asiladas de la casa sin ningún tipo de formación".

PONENCIAS

1er. TEMA: FISIOPATOLOGIA DEL SIMPATICO ABDOMINAL

PATOLOGIA DEL SIMPATICO ABDOMINAL EN LES AFECCIONS NERVILOSES

Dr. Bonaventura Clotet

Dentro de la ponencia cabe comentar el capítulo dedicado a los trastornos del simpático génito-urinario.

Comenta en este orden de cosas, que las neurosis vesicales se traducen en tenesmo, al igual que las rectales (deseos casi continuados de defecación), independientemente de toda posible lesión inflamatoria.

Se ven acompañadas "in loco" de parestesias, picazón, escalofríos, etc. La causa será una hipersensibilidad de la mucosa que despierta el reflejo evacuador con un contenido urinario inferior al normal.

Platea seguidamente que en el histerismo, además de las poliurias (¿polaquiurias?), puede presentarse la anuria por insensibilidad mucosa y muscular.

Los esfínteres vesicales en algunos "tabéticos", resisten hasta un límite, superado éste se relajan con la consiguiente micción. Por lo tanto, deben orinar, incluso por la noche, reglamentariamente cada 2,3 o 4 horas, según sea su capacidad retentiva, con lo que se evitará la micción involuntaria.

En la enuresis nocturna, que Freud define como una forma mímica y equivalente del coito, es un complejo relegado a lo inconsciente; la mucosa vesical es más irritable, ya que durante el día son polaquiurias y orinando cada media hora y en poca cantidad.

ANOREXIA SEXUAL (Anafrodisia)

La violación es causa frecuente de disgusto, de negativismo sexual, perturbación de la libido, como el demente se convierte en "litiofóbico".

Es frecuente en la neurastenia y en el histerismo.

Otras veces las histéricas presentan bulimia sexual (hiperafrodisia).

TRASTORNOS DE LA ERECCION

Es frecuente observarla entre neurasténicos o cuando se presentan insuficiencias de las suprarrenales. Aparece con la encefalopatía saturnina, junto a amnesia, emotividad, apatía, anisocoria, midriasis.

La impotencia erectora o la eyaculación prematura de los solteros frente a las prostitutas, se cura en el primer caso y se regulariza en el segundo, al cohabitar con una mujer que les ame.

EYACULACION NOCTURNA (poluciones)

El onanismo mantiene avivado el arco reflejo, así como las prácticas sexuales incompletas. Toda causa que mantenga excitada la mucosa uretral, como la blenorragia, las úlceras, prostatitis, fimosis, esmegma prepucial, etc. Recordemos la frecuencia con que aparecen las erecciones y eyaculaciones nocturnas en los operados de circuncisión en el adulto.

Es frecuente el onanismo en la adolescencia, en especial si hay excitación de la hipófisis con síndrome acromegálico.

En las neurosis, la eyaculación es fácil a veces, produciéndose al dar un beso o levantando las faldas a una mujer. La causa debe buscarse en una insuficiencia de la vía piramidal.

En las impotencias erectoras, en fase de vigilia, de los neurasténicos psicóticos y seniles, ésta se ve acompañada de cori-godinia; en éstos sólo se obtiene erección en el estado crepuscular, al despertarse, después de un sueño reparador.

Algo que merece ser comentado, es el llamado coito cromático, que se ha observado entre pacientes neuróticos. Durante la ejecución del coito ven "lucecitas". Debe interpretarse como un trastorno de la afectividad.

Cuando aparece una menstruación, en una insuficiencia ovárica, la dismenorrea va acompañada de dolores en las regiones renal y sacra que circundan a la paciente, llegando hasta la matriz.

Todos estos hechos, según el Dr. Clotet, ponen de manifiesto la asociación de los plexos genitales e hipogástricos con los superiores renales, y en los centros motrices cerebro-medulares.

En pacientes neuróticas, hiperagotadas por un "surmenage" psíquico, el arco reflejo simpático del útero entra en acción gracias a pequeños estímulos, que normalmente son impotentes para provocar contracturas, pero que en aquellos casos se obtiene un reflejo espasmódico, de medio día de duración, gracias a irrigaciones vaginales de agua tibia.

PONENCIES

2º TEMA: TRACTAMENT DE LES SEPTICEMIES

SEPTICEMIES GONOCOCIQUES. Dr. G. Estapé

La entrada en un torrente sanguíneo del gonococo de Neiser, determina la septicemia.

Si el gonococo permanece en la sangre se tratará de una septicemia esencial. Si por vía hemática llega a las articulaciones, pleura, corazón, médula, fijando allí su residencia, se hablará de una septicemia localizada.

Las septicemias locales son mejor conocidas (contrariamente a las esenciales), puesto que en su evolución se encuentra siempre una relación de causa a efecto.

Ya en épocas anteriores, previas al conocimiento de la causa microbiana, se sabía de la maléfica influencia de las "purgaciones" sobre el corazón, y todas las serosas del organismo; tras su descubrimiento se consideraron éstas como metástasis de la misma.

El descubrimiento del gonococo en la sangre (1894) por Hewes, demostró la existencia de la septicemia gonocócica.

ETIOLOGIA. El sexo más apropiado para padecer la infección general es el hombre. Fortiu llega a detectar un 36% de mujeres.

La edad más frecuente en el paciente se sitúa entre los 20 y 30 años, lógicamente. Las condiciones generales del individuo facilitan la infección: débiles, convalecientes y las infecciones o afecciones genitales son las más frecuentes.

Los casos de septicemia gonocócica no suelen presentarse nunca al inicio del período agudo, sino al contrario, cuando el organismo hace ya días que soporta la enfermedad local. Debe comentarse que al iniciarse la infección general, el proceso uretral disminuye.

PATOGENIA. En la uretra, el microbio pasa de la capa superficial celular de la mucosa a las más profundas y allí, en pleno desarrollo, produce abundante secreción y toxinas, que al adentrarse más, pasa a la circulación general.

Los microbios pasan de la mucosa a la sangre por vía venosa o linfática.

CUADRO CLINICO. La sintomatología de la septicemia gonocócica sin ir acompañada de antecedentes, pasará siempre desapercibida por el clínico,

porque sus síntomas son exactamente parecidos a una infección hemática. Así podemos justificar la afirmación de que la gonocemia no tiene síntomas propios.

Las manifestaciones sintomáticas más constantes son:

- 1) fiebre
- 2) escalofríos
- 3) sudores
- 4) anemia intensa
- 5) erupciones diversas.

Fiebre: puede ser intermitente o continuada, menos frecuentemente remitente.

Escalofríos: pueden ser perceptibles, manifiestos o intensos. Se opina por unos que aparecen en cada acceso, otros que sólo en los inicios de la infección.

Sudores: los accesos febriles se ven acompañados de sudores muy profusos, con una gran congestión de la piel.

Sacas, Faure, Beaulieu hablan de que los sudores aparecen en el 50% de sus pacientes con septicemia blenorragica.

Erupciones de piel: se observan en el 30% de los enfermos. Las dermatosis son variables, rubeolas foliculares, ampollas supuradas, herpes de labio, púrpuras, eritemas papulosos, eritemas nodales.

Las erupciones cutáneas pueden ser ocasionadas por:

- 1) las toxinas de la sangre
- 2) trastornos tróficos por infección del sistema nervioso
- 3) pequeñas embolias en los capilares cutáneos

Anemia: tal vez la anemia rápida sería la característica de la septicemia gonocócica. La bibliografía existente habla de las siguientes cifras:

Glóbulos rojos: 960.000
Glóbulos blancos: 1.100

La hemoglobina total en sangre también disminuye. Harris Fortón De Honguer, dicen haber obtenido en algún paciente sólo un 18%.

Síntomas cardíacos: La intoxicación hemática alimenta mal a la fibra cardíaca, quedando ésta debilitada extraordinariamente.

A consecuencia de ello se observa:

- 1) frecuencia en las pulsaciones
- 2) descenso de la tensión arterial
- 3) disnea

El endocardio acostumbra a ser invadido por el gonococo, y las alteraciones inflamatorias ya temporales ya permanentes desarrollan ruidos anormales perceptibles a la auscultación, seguidos de

trastornos circulatorios.

Se presentan a veces fuertes epistaxis y hemorragias gingivales, hematurias..

Síntomas gástricos: casi todos los pacientes presentan lengua seca y saburral, que produce sed intensa, presentándose congestiones de la mucosa faríngea. Son frecuentes los vómitos incoercibles. Las diarreas son otro síntoma normal.

Síntomas pulmonares: la neumonía y la bronconeumonía son complicaciones observadas.

Síntomas pleurales: son frecuentes y graves. En el líquido pleural se detecta siempre el gonococo.

Síntomas urológicos: Las albuminurias son frecuentes, incluso en infecciones ligeras, pero poco duraderas. En la orina se detectan sales, leucocitos. Las nefritis son concomitantes a las lesiones del endocardio.

DIAGNOSTICO: Es difícil el diagnóstico de la septicemia esencial. Debe pensarse en ella si se padeció una blenorragia anterior. La certeza se tendrá con la presencia del gonococo. Debe buscarse el microbio primero en la uretra y después en la sangre.

Debe evitarse confundir con la septicemia meningocócica, de síntomas parecidos.

PRONOSTICO: La gonocemia es siempre una enfermedad grave, ya que incluso las formas locales más insignificantes pueden provocar recaídas que determinen supuraciones y obliguen a practicar intervenciones quirúrgicas, que, o dejan deformidades definitivas, o muere el paciente.

En las septicemias esenciales, incluyendo las aparentemente ligeras, debemos temer complicaciones inesperadas de carácter grave o incurables, a causa de la posible hipertoxia del microbio, las localizaciones endocardílicas o pulmonares y las anemias profundas.

Con mayor motivo debe extremarse la gravedad del pronóstico en los casos de gran síndrome infeccioso, con lesiones de corazón, riñón, etc., por la posibilidad de que alteradas las resistencias orgánicas, una vez curado aparentemente, quede predispuesto a padecer otras enfermedades infecciosas.

TRATAMIENTO: el tratamiento de la septicemia gonocócica es muy reciente. Las infecciones de esta naturaleza eran tratadas (régimen láctico, baños, tónicos cardíacos y antisépticos generales) como estados infectivos. Actualmente, el mejor tratamiento es la vacuno-terapia, pues su acción específica está basada en que ésta confiere una inmunidad activa en relación con el virus inyectado; esta inmunidad es más duradera que la pasiva que proporciona la inyección

de suero antitóxico. En cuanto a la dosificación, la mejor guía es la comprobación del resultado positivo o negativo obtenido en la primera inyección.

En opinión del Dr. Estapé, una buena regla es inyectar por primera vez de 20 a 25 millones de microbios. Si la reacción es muy grande una vez pasado el efecto, se repetirá una segunda inyección, administrando menor cantidad; de no presentarse efectos importantes, se aplicará una nueva dosis aumentada en 1/3 o en una mitad.

RESULTADOS DE LAS VACUNAS.

En las septicemias localizadas, la utilización de la vacuna ha proporcionado en mayor o menos escala, el resultado esperado.

En las septicemias esenciales, los resultados han sido muy inconstantes por la mayor complejidad de la enfermedad, no disponiéndose todavía de suficiente casuística.

CONCLUSIONES

- 1) Toda infección con manifestaciones septicémicas, de etiología desconocida, debe ser sospechosa de gonocemia.
- 2) La septicemia gonocócica está estudiada y dosificada, formando una entidad nosológica bien definida.
- 3) La septicemia gonocócica tiene dos modalidades bien caracterizadas:
 - a) la exclusivamente hemática llamada esencial o pura
 - b) hemática, con determinaciones patológicas en uno o varios órganos de la economía.
- 4) La gonocemia clínicamente no tiene síntomas precisos.
- 5) El único diagnóstico positivo es el obtenido por el hemocultivo.
- 6) El hemocultivo debe realizarse con precisión; en caso de duda es conveniente examinar las propiedades zimóticas del microbio.
- 7) El gonococo vira a rojo la solución de glucosa y no modifica la de levulosa y la de maltosa.
- 8) Las septicemias puras en los casos graves, producen complicaciones en pulmón, pleura, piel, sistema nervioso, riñón y, sobre todo, endocardio.
- 9) Las septicemias localizadas se inician con síntomas generales que acostumbran a retrogradar al aparecer las manifestaciones locales.
- 10) Las manifestaciones localizadas son las articulares, en un lugar mucho más secundario las periólicas, sinoviales, oculares, nerviosas, etc.
- 11) Las septicemias no tienen otro tratamiento positivo que las vacunas y los medios físicos.
- 12) Las vacunas que se emplean son las autógenas y las heterógenas.

- 13) No hay criterio definitivamente establecido de cuál de ellas es la mejor.
- 14) La heterógena tiene la ventaja de encontrarse siempre preparada y, por lo tanto, de uso inmediato.
- 15) De fracasar la heterógena, debe ensayarse la autógena, e incluso la mixta o polivalente.
- 16) El tratamiento se iniciará con dosis de 20 a 25 millones y se aumentará paulatinamente según la reacción observada, hasta la cifra de 300 a 400 millones de microbios muertos en una sola dosis.

SEPTICEMIES PUERPERALS D'ORIGEN URINARI

Dr. Felip Proubasta

El Dr. Proubasta resume sus experiencias en este tipo de septicemia en el siguiente sentido:

- 1) La vejiga puerperal es un terreno adecuado para el desarrollo de una infección. Microbios de escasa virulencia introducidos por sonda, o ya existentes en ella, como restos de una infección presumida como resuelta, pueden provocarla.
- 2) Estas infecciones se presentan generalmente en forma de cistitis, sola o complicada con la pielonefritis.
- 3) La septicemia es la complicación última y la más grave; se debe generalmente a la presencia del estreptococo.
- 4) Las infecciones de origen urinario pasan desapercibidas porque su sintomatología es de poco relieve y son fácilmente confundidas como de origen uterino.
- 5) Estas infecciones se desarrollan con gran rapidez, por lo que deben tratarse enérgicamente, para evitar, en lo posible, la pielonefritis y la septicemia generalizada.

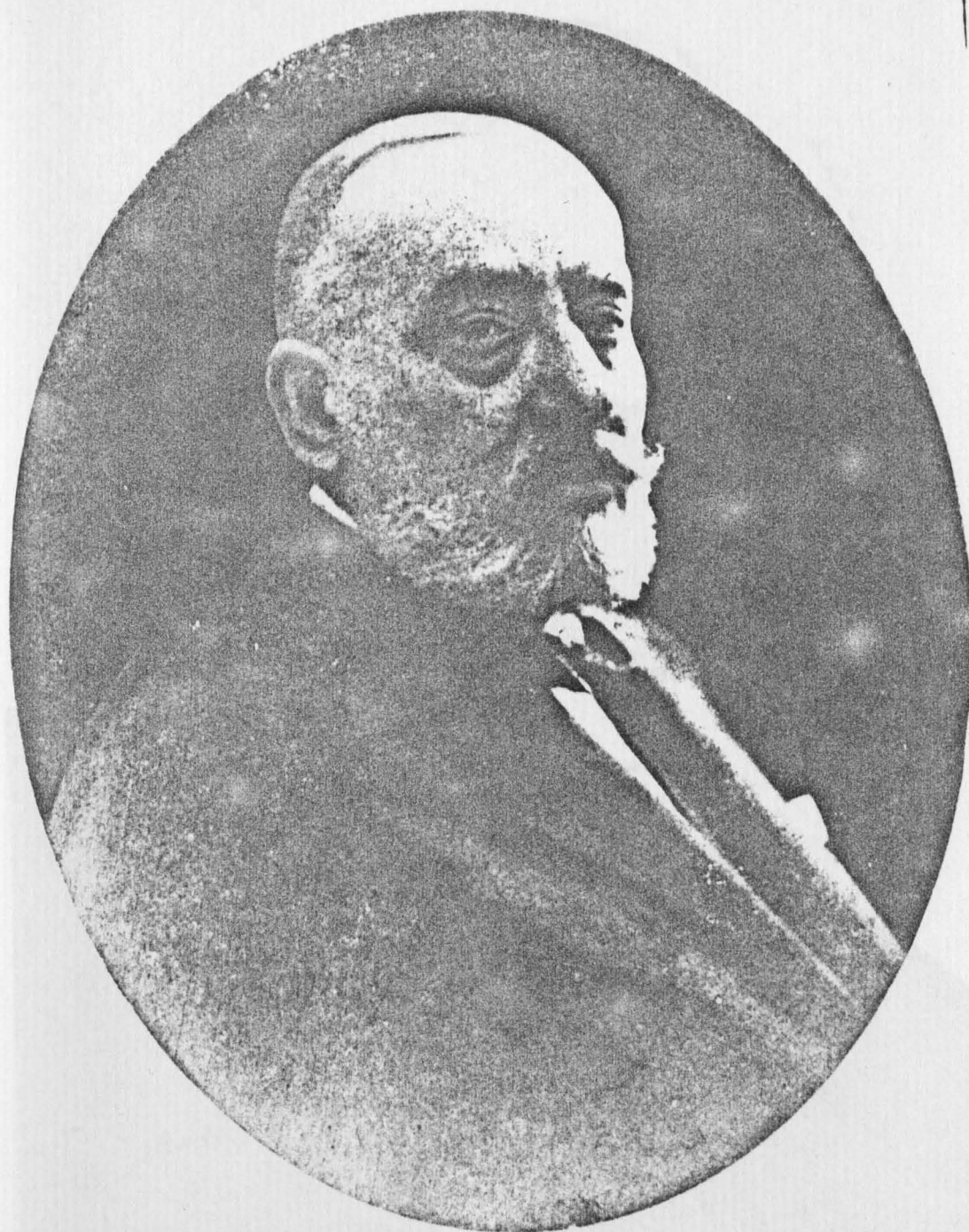
TRACTAMENT DE LES SEPTICEMIES PUERPERALS

Dr. B. Guilera

El tema de que casos de infección puerperal pueden calificarse de septicemia, fue sometido en aquella época (1915-1919) a gran debate por la Medicina.

El activo y a la vez polemista Dr. B. Guilera, resumió así sus opiniones dentro de la ponencia que les ocupó.

- 1) El tratamiento profiláctico es hoy día nuestra única arma de defensa eficaz contra las septicemias puerperales.
- 2) No se dispone actualmente de un tratamiento verdaderamente curativo. Las medicaciones aplicables a la septicemia puerperal son las mismas que se aplican a las de distinto origen.
- 3) La sueroterapia actual es de escaso valor curativo.
- 4) La vacunoterapia preventiva no existe aún y la curativa es de eficacia imprecisa. Debe recomendarse ensayarla en las formas de evolución lenta originadas por el estreptococo.
- 5) El tratamiento de Fochier tiene un valor pronóstico casi decisivo y no desprovisto de propiedades curativas con frecuencia.
- 6) La medicación coloidal es eficaz si predomina el factor de intoxicación. En conjunto su valor es mediocre y su utilización por vía intravenosa no exenta de peligros.
- 7) El tratamiento local es imprescindible y utilísimo para incluso los inicios de la septicemia.
- 8) El raspado uterino no es recomendable en las septicemias de origen uterino sin retención; en cambio, no debe soslayarse de existir ésta, especialmente después del aborto.
- 9) El tratamiento local debe procurar no traumatizar la herida uterina. Los lavados uterinos son ineficaces. El drenaje natural es preferible al empleo de tubos, a menos que exista una viciosa posición uterina que lo dificulte o imposibilite.
- 10) La histerectomía no debe ser sistemáticamente realizada; sus fracasos pueden ser debidos a otros factores (retención adherente de la placenta, tumor esfacelado, etc.).
- 11) El ligamento o resección de las venas en la piohemia, con o sin histerectomía complementaria, encuentra su indicación en las formas de ? crónica, bacterihemia intermitente y refractaria a otros tratamientos.



Dr. F. Proubasta



Dr. Santiago Dexeus Font



Dr. F. Gallard

QUART CONGRÈS DE METGES DE LLENGUA ==== CATALANA ====

Fou celebrat en la ciutat de Girona
els dies 26, 27 i 28 de Juny de l'any
MCMXXI



IMPREMTA BADIA
Dr. Dou, 14-Barcelona

JUNTA ORGANITZADORA I EXECUTIVA

DR. JOSEP PASCUAL PRAT, *President.*

- › ALVAR PRESTA, *Vice-President 1.ª*
- › JOAQUIM TRIAS PUJOL, *Vice-President 2.ª*
- › SALVADOR ROCA BALLVÉ, *Tresorer.*
- › JOSEP PASCUAL PRAT, *Representant de les comarques de Girona.*
- › LLIÚS SOLER CAÑELLAS, *Id. de les de Tarragona.*
- › JOSEP ESTADELLA, *Id. de les de Lleida.*
- › MANEL CORACHÁN, *Secretari general.*

QUART CONGRES DE METGES DE LENGUA CATALANA

Girona, any 1921

DISCURS INAUGURAL

President Dr. J. PASCUAL

Excelentíssim senyor:

Molt ilustres senyors:

Sien mes primeres paraules de agraïment en vers vosaltres, dignes representants de l'autoritat en totes ses modalitats, per haver vingut a donar relleu a la sessió inaugural del IV Congr s de Metges de Llengua Catalana.

Senyores:

Que amb la vostra hermosura y les vostres gales doneu real  a aquest acte, grans merc s.

Colegues: que de llunyanes comarques haveu vingut a pendre part en les tasques a realitzar en la quarta reunió de Metges de Catalunya, ben vinguts siau a la nostra beata Gerunda, com l'anomenava tres segles enrera en JOHAN RAFEL MOIX (1), metge nascut en ella. Si, Gerona ja era llavors gloriosa y segueis sentho, podr  no ser hermosa, pro té un enc s que enamora al artista, captiva al arqueolech, y ses gestes han sigut y son, deu innagotable per l'historiador; ella v s acull joyosa perqu  espera de vosaltres remei per adaptarse a la vida nova.

Complert amb lo deure de costesia, dech dirvos que la equivocada bondat d'els Congresistes de Tarragona m'ha portat a sitial, tal volta sols pensaren en lo gran amor que tinch a tot lo que fa referencia a la vida corporativa de la classe m dica, pro no varen adonarse de que havia traspassat lo llindar de la vellesa y que les meves facul-

1 Johan Raphael Moix, en lo Pròleg de la seva Obra Methodi medendi. Genève, 1612.

00131

tats morals i físiques han decaïgut y per lo tant, amb impossibilitat de continuar la norma d'intelectualitat aportada per els meus antecessors en el carrech, que com sabeu, foren un renomnat cathedratich, un expert clinich y un eximí escritor qu'a més de saber les disciplines mèdiques avui en boga coneix a maravella lo que feren els metges que visqueren en els bons temps de la dinastia catalana.

M'encomano fervorosament a vostra voluntat per escoltarme el poch rato qu'he de cansar vostra atenció, no vaig a fer un discurs, pro sí, a exposar lo que al meu entendre convé e interessa fer, per traure lo profit possible de les nostres reunions.

No havem de fer medicina especial, els metges de Catalunya saben gorir y curar com curen y goreixen els dels altres paisos. No volem esser esqueig, ni fiol d'el arbre de la ciencia mèdica y sí solament ramuda branca en la que si dongui fruit de cap de brot.

Tal vegada hi haurá qui trobi que sols volem distingirnos pel llenguatge. No. Ens servim de la llengua catalana, en primer terme, perquè es la nostra y perquè fora ridícol qu'al inquirir dades y referencies de la gent d'el poble, qu'han de servirnos per després donarlos-hi consells y ensenyances ens valguéssim d'una llengua exòtica. Y no es que rebutgem les altres, y tan es axís, que molts d'els nostres que sobre-ixen, ho fan amb idioma germá del nostre. Conscients de que lo benestar d'un poble descansa sobre la salut pública, havem d'adressar els nostres estudis a servir la raça, millorar els actuals individus y fer créixer la població.

Avuy está universalment reconegut que la Medicina se veu impelida a ocupar-se de quelcom més que d'el pacient y qu'ha de moures en un ambient social per inquirir el com, el perquè y quants son els que sofreixen.

Per alcançar tal desitg es menester en nosaltres un esforç per moure l'opinió general, fent-li remarcar que'n lo pertanyent a salut colectiva, som a la cua d'els pobles d'els quals havem copiat els adelantos qu'ens fan agradable la vida y per a fomentar-ho permeteume vos dongui un compendi de lo que passa a casa nostra, referent a malalties evitables.

Deixant a part la ciutat de Barcelona (2) que per si sola representa la quarta part de la població de la Catalunya actual y que'n lo que pertoca a sanitat, com en moltes altres coses, té una característica especial, recollint a l'engrós les dades de les estadístiques oficials, trobarem qu'en l'any 1919 tenien les comarques catalanes una població d'un milió sis cents mil habitants, en nasqueren 35.500 y en moriren 36.600, lo que dona un augment natural de població de 4.900; xifra ben esquifida, palesa mostra de la conveniencia de millorar-la si tenim desitjos de veure poblada y forta la nostra terra.

Si a lo apuntat hi afegiu que per durant lo mateix any, prop d'un miler (907) d'infants nasqueren morts o moriren al naixer y qu'un centenar de dones perderen llur vida al deslliurar lo fruit de concepció y qu'en igual període més de 6.000 criatures menors de cinc anys deixaren de viure. ¡Trovarem 7.000 víctimes, qu'en part podien haverse salvat; ¿Com? Portant a totes les llars desde la del minso poblet a la de la ciutat populosa lo crit d'alerta sobre la mortalitat qu'ens agota, fent avinent qu'está en els nostres possibles minvarla, seguint els consells de profilaxis que tenen establerts altres països.

Els pobles que caminen per les vies trassades per la Ciència han vist desaparéixer certes malalties. La Verola (pigota) qu'encar a Catalunya va matar 236 persones, clínicament no la coneixen certs pobles d'Europa.

Lo Vomit negre (febre groga) qu'alla a America tants y tants milers de víctimes ocasionava cad'any y que del meu recort (1870) va espavorir Barcelona, avuy es desconeguda.

El Tifus qu'en l'any 1919 va ocasionar 700 obits (descontat Barcelona) en terres catalanes, está prop lo dia que será rütut y será realitat lo que fá poch digué FLEXNER (3) qu'els fills de la generació actual sentirien parlar de la Febre tifoidea com d'una malaltia històrica.

Permeteu-me ja que ve a tom dirvos qu'en REINKE a Hamburg y en MILLS a Laurence (E.U.), van observar qu'al

2 Població de 619.000 habitants, ne naixeren 15.500; en moriren 17.700 y a més 1.168 nascuts morts.

3 Marañón. Conferencia en Santander, 1920.

minvar la mortalitat per tifus (deguda al sanejament d'aquelles poblacions) minvava al ensemps la mortalitat per les altres malures; lo qu'ha donat lloch al teorema d'HAZEN (4), que senyala que per cada mort per tifus que s'evita, resulten tres defuncions menys per altres afeccions. De modo, que d'haver evitat les 700 defuncions per tifus, hauriem guanyat prop de 3.000 habitants.

La febre de les parteres, qu'es sols un seguici de les mans brutes d'els que les cuiden quan deslliuren, va emportarsen a Catalunya 104 dones.

Les passes de garrotillo han desaparegut y els casos isolats son vensuts quant lo metge es cridat a l'hora, malgrat aixó, en l'any qu'historiem, encar en moriren 227 criatures a casa nostra.

Aqui podria acabar la relació de les malalties sobre les quals tenim recursos per evitarles, mes n'ha una que, per lo gran número de paisans nostres qu'aclapareix, val la pena de citar-la, la Tisis, en lany 1919, va matar 2.000 subjectes, y si be es malaltia que no creix amb tanta rapidesa com les avans apuntades y segons els calculs d'els tisiólechs, per cada un que mor, en queden deu de malalts, tenim 20.000 tísics que passegen y sembren arreu la grana qu'ha de perpetuar lo mal.

Afortunadament, no es lunyá lo dia que será vensuda. Metges y Biólechs la tenen aseptjada y entre els capdills que dirigeixen la brega, n'hi ha d'els nostres y en aquest mateix Congrés se vos diran les manyes a qué havem de recórrer per vencerla.

Hi ha també entre les malalties evitables, unes de vergonyoses que si be no donan crescudes xifres de mortalitat per elles soles, denoten en gran part dels que les porten uná depravació moral y mes que tot determinen en l'individu una degradació física qu'influeix poderosament en la degeneració de la raça y son les que ocasionen la majo-

4 Murillo. Conf. R. Acad. N. de Medicina. Madrid. Marzo 1921.

ría de nascuts morts. Vigilant certs indrets y amb una educació especial, se disminuiría el tal flagell.

Convindria igualment inquirir el com y el perquè es tan freqüent la feridura. 3.500 morts en 1919, malaltia que tot-hom sab que si be en la majoría de casos mata de cop sopte, els que de la mort s'escapan, viuen aire ferits y com a tals poch o gens aptes per la vida de relació, son en gran part partides fallides en la població util.

Cal també averiguar si minva o creix la població de golluts y cretins que se troba arreu en les valls y serrallades pirenenques, y si be les dites tares no son encomanadisses, els individus que les porten, en sa majoría tenen migrat l'organisme y limitada la inteligencia, lo qu'els dona un grau d'inferioritat qu'els fa dignes d'un estudi seriós per millorar llur condició y mes que tot per evitar la perpetuïtat de la mena.

Per cloure la serie d'afeccions morboses que perjudiquen l'estabilitat de la població catalana, vull parlarvos d'una malaltia que, sols a deixadesa o egoisme ha d'atribuir-se el que perjudiqui a molts dels vehins de certes comarques. Les febres, com l'anomena el poble, el paludisme, com en diem els metges, d'elles s'en coneix la causa y es infalible lo remey que rebaixa llurs accessos, pro amb aixó y tot les sofreixen el conjunt d'habitants de certes rodalies. Els que les agafen son malalts intermitents, pro a la llarga, llur sang s'empobreix y va decaiguent la complexió mes robusta, posant-la en condicions d'arreplegar tots els mals; lo que fa que ella en sí figuri en les estadístiques amb xifres molt petites (14 morts l'any 1919) (5).

No me pertany en aquesta ocasió disertar sobre tal enfermetat, pro sí que val la pena de fer constar que desde temps molt pretérits fins a ultims de la centuria passada, fou un flagell de les terres empordaneses, toca dirvos que si no les deterrem sortosament avuy ha casi desaparegut, y molt mes que per aixó me perd'els llocs en qu'encar n'hi ha, podria esser que imbuits per humanitarisme d'oficina, servís de pretext a un poder nascut fa poc y que te la fallera d'arreglar tot lo mon, ens enviés uns delegats per es-

5 Cap en la provincia de Gerona, 1 Barcelona, 5 Lleyda, 8 Tarragona.

tudiarla (ja ho ha fet amb una regió germana nostra) com si fossim de les terres del cor de l'Àfrica o una illa de les perdudes en el Mar Pacífic (6).

Finida la relació d'el grau d'intensitat amb que les malalties mermen la població de la nostra terra, vaig a dirvos en poques paraules lo que estimo necessari s'ha de fer per posarnos en condicions per desterrar-les.

En primer terme tots havem d'adoptar una regla de recta moralitat que senyal sens diferències el nostre deure y serveixi de norma a nostra consciència per confeccionar les estadístiques veritat de les persones, llocs y coses infectes; sens elles es imposiblle l'adquisició de fets qu'han de servir de guia a els treballs de profilaxis. Es ben cert qu'els pises que no tenen estadístiques e les tenen mal fetes, son els que necessiten de mes ajuda sanitària y per dolorós que sia el dir-ho, el nostre es un d'ells.

Puch assegurarvos qu'en lo referent a estadístiques de morbilitat, son contats els metges qu'en fan y no es difícil trubarne que les fan a bell-ull; per lo que toca a les de mortalitat, qu'han de fonamentarse amb l'asseveració que fa lo metge pel Registre Civil, s'hi troben voluntaries equivocacions; hi ha que tots els malalts que se li moren, ho son per colapso cardíac com si l'últim esbatech d'el cor no fos lo que acaba amb la vida de tot-hom.

Els metges, per lo sol fet de ser-ho, tenim lo deure de fer a consciència lo cens sanitari; els que fan de l'art y de la ciència mèdiques un ofici, cal obligarlos, hi crech, com diu un ilustre metge (7) qu'els "que amaguen o enganyen atentan contra la vida d'una munió de ciutadans y son indignes de l'impunitat que la societat els otorga".

Amb estadístiques fetes honradament, sabriem quants y a hon se troben els malalts encomanadiços y podriem tot seguit utilitzar els mitjans que te establerts com a certs la ciència per evitar s'escampi una malaltia que podria delmar un poble.

Conegut lo número y classe d'els malalts encomanadiços, havem de posar-los en condicions per restablirse y que no

6 LA CAMPAÑA ANTIPALUDICA EN ESPAÑA, por D. MAXIMO SELLA; núms. 6 y 7 del "Boletín de la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja". Ginebra, marzo y abril de 1921.

7 Marañón, loc. cit.

puguim causar dany.

Com? Hospitalitzant a .els mancants d'els indispensables recursos per sufragar no sols els gastos que ocasiona la malaltia si que també els necessaris per lo compliment de les mides de profilaxis qu'asseguri l'immunitat per els vehins del poble.

Ningú te dret a fer de llur domicili un focus de pestilencia.

Fixeu-se bé, que no demano l'Hospital per a tots els malalts; ja tinch dit en altra ocasió que l'Hospital no ha de ser mai per els richs, ni tampoch un hostatge per vagabundos, pro sempre ha d'esser un lloch provehit d'els mitjans necessaris per curar a un esguerrat o recollir malalts que no poden o no deuen ser cuidats a casa llur.

Establint una serie d'Hospital, que podrien esser una casa isolada en els poblets, edificis especials en viles, caps de districte o centres de comarques, amb numerosos serveis y ben diferenciats en les ciutats, llavors tindriem manera de fer obra util.

Lo vell refran

a l'Hospital t'en vas
cap p cabell hi deixarás

avuy no te fonament. L'Hospital d'are te qu'esser lloch obligat per investigacions cliniques, consultori per malalts que no necessiten estar allitats, casa de curació per els que han de suportar una operació qu'els deslliuri de greus molesties y estada obligada d'els portadors de contagis. En éll tot sofriment ha de trobar alivio, tot dubte diagnostic ha de ser aclarit.

Abunden a Catalunya les viles y pobles que de molt temps há tenen Hospital y en altres se conserva memoria d'haver-lo tingut. Per mica de voluntat que tots hi posessim lograriem restablir els desaparecuts y fer com se transformessin els actuals per adaptar-los al servei qu'han de complir. Adhuc els mes petits servirien, quant menys, per senyalar qu'alli hi ha qui vetlla per la salut y si el guayta fos cuidadós podria convertir-lo en domicili professional y ferne una oficina de Sanitat.

L'Hospital modern es lo Santuari ahont la ciencia declara els misteris de la Medicina; s'hi; entrem sovint y amb devoció, ens será donat lo poder de crear l'ambént que tant necessitem perquè la gent, sia de la condició social que vulla, ens ajudi en la lluyta qu'havem d'emprendre contra les

malalties evitables.

Me falta autoritat per donar-vos consells pro me sobra experiència per advertir que, si no fem en serio y depressa obra sanitaria, les ansies de grandesa, la superioritat que desitgem per la nostra terra, seran pura vanitat, puig ens trobarem amb una Catalunya sense catalans.

HE DIT

COMUNICACIONES

RAQUIANESTESIA EN CIRUGIA - Dr. A. Ponjoan

No hay duda que la anestesia obtenida por inyección de sustancias anestésicas en el saco aracnoide del conducto raquídeo, a pesar de lo mucho que se ha escrito, de los debates y discusiones sobre la materia, es hoy todavía un procedimiento de terapéutica quirúrgica muy diversamente avalado. La raquianestesia ha estado y está postergada en el olvido por parte de muchos cirujanos, que no saben apreciar las grandiosas ventajas que en tantos y tantos casos pueden obtener de su utilización.

El Dr. A. Ponjoan presenta su estadística de utilización, que abarca 310 casos, distribuyéndose en las siguientes indicaciones:

Apendicitis.....	15
Hernias inguinales no estranguladas ..	119
Hernias inguinales estranguladas	10
Hernias crurales estranguladas	8
Eventraciones ínguino-crurales	3
Anos contra natura	2
Talla hipogástrica.....	6

REGIONES GENITAL Y ANO-PERINEAL

Colpo-perineorrafias	16
Resección de coxis	1
Hemorroides	9
Abscesos isqui-rectales	3
Fístulas de ano	11
Epidídimectomías	2
Hidroceles	19
Varicoceles	3
Elefantiasis del escroto	1
Electrocoagulación carcinoma ano-rectal	3
Electrocoagulación condilomas ano-perineales	4

EXTREMIDADES INFERIORES

Extirpación ganglios inguinales	2
Lipoma de pierna	1
Amputaciones de pierna	9
Extirpación de la safena	7
Resección de fémur	5
Resección de rodilla	6
Artroplastia de rodilla	1
Higroma rotuliano	1
Amputaciones de muslo	3
Resección de la tibia	4
Osteosíntesis de tibia	4
Resección del peroné	1
Elongación del nervio tibial posterior	1
Artrodesis tibio-tarsiana	2
Resección parcial del tarso	1
Amputación del pie	3
Operación de Juvara	1
Artrodisis de rodilla	2
Reducción y contención de fracturas del miembro inferior	7
Extirpación de injertos cutáneos	3
TOTAL	<u>310</u>

Las conclusiones a las que llega el comunicante son las siguientes:

- 1) Para intervenciones corrientes de 25 a 35 minutos de duración, cuatro, cuatro y medio, cinco centigramos de estovaína son suficientes para conseguir una buena anestesia; solamente cuando sean operaciones más largas, plastias perineales, fístulas urinarias, hernias dobles, se sobrepasarán estas dosis, llegando a la máxima de 6 centigramos.
- 2) Debe inyectarse la solución anestésica con mucha lentitud. A razón de medio minuto por centígramo de estovaína, este es el tiempo mínimo necesario para evitar los accidentes inmediatos de la difusión.
- 3) La cefalalgia post-raquianestesia está ocasionada por irritación meníngea de origen mecánico o químico, y va siempre acompañada de hipertensión del líquido cefaloraquídeo.
- 4) Puede efectuarse una profilaxis de la cefalalgia post-raquianestésica: primero, evitando que el antiséptico

aplicado a la piel sea arrastrado por la cánula al practicar la punción lumbar. Segundo: utilizando agua destilada para la ebullición del instrumental se evitará que se depositen sales en el interior de la jeringa y cánula, que pueden ser arrastradas al interior del saco aracnoide.

- 5) La punción lumbar, única o repetida, seguida de la aspiración del líquido céfalo-raquídeo, es la indicación primera a tomar en el tratamiento de la cefalalgia post-raquianestésica.
- 6) Con la raquianestesia, de acción tóxica inexistente sobre el hígado, riñón, miocardio y pulmón, se obtiene una tolerancia anestésica de indiscutible superioridad sobre la anestesia clorofórmica o etérea en pacientes afectados en los órganos comentados, situaciones, por desgracia, no infrecuentes.
- 7) La resolución muscular consecutiva a la raquianestesia, reduce las maniobras, el traumatismo y la duración de la intervención operatoria, haciéndola más fácil a la vez que benigna.
- 8) La raquianestesia suprime un ayudante, ventaja que estimamos de importante, en determinadas circunstancias de medios o lugares.
- 9) Frente a los inconvenientes que comentan los cloroformizados, la raquianestesia no tiene rechazos por el paciente, junto al hecho del buen efecto de la supresión del dolor en el estado consciente.

COMUNICACIONES

EL RADI EN GINECOLOGIA - Dr. E. Ribas i Ribas

Plantea el Dr. Ribas y Ribas, que tras 6 años de experiencia con el radio, se confirman sus indiscutibles beneficios, atenuando, en cambio, sus resultados a largo plazo. De 158 casos tratados, sólo pueden citarse 26 en los que persiste la curación al cabo de 4 ó 6 años, y éstos fueron cánceres uterinos incipientes. En un 60% del total, reaparecieron invasiones de parametrio, en otro 20% se presentó una recidiva de la lesión local.

No es el radio, pues, el remedio heróico del cáncer, pero sí un medio a utilizar siempre. 1) Para preparar una neoplasia uterina para la cirugía. 2) Para usarlo siempre después de toda intervención de cáncer uterino. 3) Para emplearlo en los casos en que esté contraindicada la cirugía (obesidad, cardiopatías, insuficiencia renal).. 4) En los casos de cáncer inoperable. En la actualidad la radioterapia profunda puede ser una nueva posibilidad. 5) Se obtienen beneficios con el radio, en el tratamiento del cáncer uterino, siempre que se aplique éste de modo constante. Debe aconsejarse un tratamiento de un año y medio.

Se inicia el tratamiento generalmente con 5 centigramos 24 horas seguidas. Se repiten las aplicaciones 6 veces durante 6 meses. Se sigue el tratamiento durante medio año más a igual dosis y tiempo de aplicación, con aplicaciones bimensuales, terminando el tratamiento con 2 aplicaciones cada tres meses.

El Radio tiene una acción electiva indiscutible sobre el ovario. Todos los fibromas intersticiales de útero tratados con radio, han provocado amenorrea.

El radio está contraindicado en:

- 1) fibromas no degenerados
- 2) fibromas sin adherencias
- 3) fibromas no multilobulados
- 4) fibromas sin degeneraciones quísticas de ovario
- 5) fibromas intersticiales de volumen máximo.

La acción del radio es brillante en las hemorragias uterinas de origen ovárico. Hay que resaltar la acción retardada del radio.

Se obtienen resultados rápidos, brillantes y definitivos en las endometritis fungosas y hemorrágicas, pero con amenorrea, y en las que no se optó por un raspado.

COMUNICACIONES

EL TAPONAMIENT INTRAUTERI COM A TRACTAMENT DE LES HEMORRAGIES EN L'INSERCIÓ BAIXA DE PLACENTA - Dr. G. Ribas.

Recuerda el Dr. Ribas en su comunicación, el haber hablado sobre el tema en el Congreso de Tarragona de 1919. El taponamiento intrauterino sirve no solamente como medio para cohibir las hemorragias que se producen en los últimos meses del embarazo, sinó, además, como un medio para provocar el parto.

Por ello no puede emplearse en los primeros meses y sí en los últimos meses, cuando el feto es viable.

Pinard aconseja que cuando la hemorragia no puede cohibirse por los medios ordinarios, deben romperse ampliamente las membranas, porque así cesa la tracción de las mismas sobre la placenta, haciendo que ésta se adapte a la cara interna del útero.

En aquellos casos en que persistan las hemorragias, a pesar de haber utilizado todos los medios posibles y estando indicada la provocación del parto, emplearemos el taponamiento uterino con gasas.

En el taponamiento no es necesario romper las membranas, ya que la gasa se coloca entre la cara interior del útero y la exterior de la placenta y membranas. (Fotografía pág. 331).

El taponamiento intrauterino ha rendido grandes servicios en aquellos casos en que no podía utilizarse el globo de Champetier, ya que éste detuvo la hemorragia y a las pocas horas se produjo el parto casi espontáneamente. La técnica usada es la siguiente: colocada la enferma en posición ginecológica, se hacía una buena asepsia de genitales, se colocaba una valva interior y la otra posterior, se cogía el labio anterior del cuello del útero con una pinza de garfio. Una vez localizado el cuello uterino, se dan toques de tintura de iodo en el cuello y en la mucosa vaginal. Se dilata el cuello con los dilatadores de Hegar. Se toma una tira de gasa con una pinza larga y curvada, colocándola en un costado del útero.

Con tiras de gasa se construye una corona alrededor del agujero del cuello uterino. Los extremos de las tiras se colocan dentro de la vagina. Si después de 10 ó 12 horas no se ha producido la expulsión, se saca el primer taponamiento para efectuar un segundo, previa desinfección de genitales. Muy raramente se requiere un tercer taponamiento.

El taponamiento produce grandes servicios en los casos de

inserción baja de placenta, y también en aquellos casos en que deba acelerar el parto, como alternativa a la utilización de un globo de Champetier.

Puede realizarse no sólo en la Clínica u Hospital, sino incluso en las casas particulares.

COMUNICACIONES

EL RADI EN EL TRACTAMENT DEL CANCER UTERI - Dr. Guillem Ribas

Inició el Dr. Ribas su comunicación planteando que:

- En un principio el radio se empleaba solamente para tratar los cánceres uterinos inoperables, dejando los operables para la cirugía.
- Así, los primeros casos de curación clínica se referían a casos con invasión de la mucosa vaginal, del parametrio, con invasión ganglionar.
- En el momento actual todos los ginecólogos están de acuerdo en que el tratamiento racional del cáncer inoperable de cuello uterino, es el radio.
- Con el tratamiento radiológico, en algunos casos se obtiene la curación; en otros llegan a desaparecer las hemorragias, la leucorrea y, a veces, el dolor.
- Los cánceres vegetantes son los más sensibles a las radiaciones del radio.
- Las formas corrosivas son las más rebeldes al tratamiento, mejorando bastante.
- En las formas infiltradas, el paciente empeora, debiendo, por lo general, tener que suspender el tratamiento.
- En los cánceres de cuerpo de útero, está más indicada la cirugía; Sin embargo, Recasens habla de un 50% de curaciones.
- El radio, según opinión de la mayoría de autores, debe ser aplicado a los casos operables. Se citan pacientes con 5 y 6 años sin recidivas. Muñoz, de Zaragoza, dice: "hoy, la mayoría de autores aceptan la indicación de la radioterapia en los cánceres incipientes, con preferencia a la cirugía".
- La operación en el cáncer cervical, ya sea según Schauta (vía vaginal) o según Wertheim (vía abdominal) supone un gran peligro y dan una mortalidad primaria importante, junto a la alta tasa de recidivas, y a las heridas de ureter y vejiga, que hacen sombrío el pronóstico de las intervenciones radicales en el cáncer de cuello uterino.

- La cirugía la relegamos exclusivamente a los cánceres de cuerpo de útero.
- Las irradiaciones de radio transforman el tejido epitelial en tejido esclerosado.
- La termopenetración aplicada en la región esplénica, aumenta la leucocitosis, aumentando las defensas orgánicas, deteniendo la propagación neoplásica.
- Se han de utilizar los Rayos X, pues éstos parecen actuar sobre los infartos ganglionares, que con tanta frecuencia se producen en los cánceres cervicales.
- Deben ejercerse acciones profilácticas dirigidas a corregir la metritis crónica, emprendiendo campañas de sensibilización popular, en las que se planteará que:
 - 1) el cáncer no es una enfermedad contagiosa, 2) que no es una enfermedad hereditaria, 3) que el cáncer es curable si se detecta en sus inicios, 4) las mujeres deben acudir al médico de inmediato de presentar: hemorragias post-menopáusicas, leucorrea fétida, dolores, etc.
 - 5) El diagnóstico precoz debe mejorar, evitando pérdidas de tiempo irreparables.
- En resumen, la profilaxis y un tratamiento adecuado al inicio de la lesión, debe permitir disminuir la mortalidad de tan terrible enfermedad.

COMUNICACIONES

PROTECCIÓ A LA DONA GRAVIDA - Dr. F. Carreras

Tras un estudio completísimo de las funciones del organismo femenino, analiza brillantísimamente las condiciones de trabajo de la mujer embarazada. Plantea la legislación en vigor que en resumen tienen por objeto:

- 1) Proteger la salud de la madre y su hijo, asegurando a la obrera un reposo conveniente antes y después del parto. Prohibiendo el empleo de obreras un cierto tiempo antes y después del parto (6 semanas).
- 2) Proteger la salud del niño mientras la madre trabaja.

Finalmente propone la creación de un servicio de protección a la obrera embarazada, junto a la existencia de un Hospital-Maternidad. Los beneficios de este servicio serían:

- 1) Aumentar la natalidad, mejorando a la vez la salud del recién nacido.
- 2) Evitar las consecuencias desfavorables del parto (prolapsos, desgarros y desviaciones) y disminuir el número de distocias e intoxicaciones gravídicas.
- 3) Se obtendría al mismo tiempo de hacer una inspección con vistas al parto, el poder tratar otras enfermedades, como la sífilis, la blenorragia, el tracoma, oftalmías, sarna, etc., de gran trascendencia social.
- 4) Favorecer el matrimonio de la obrera soltera embarazada.
- 5) La posibilidad de luchar indirectamente contra las prácticas anticoncepcionales.

Para ello debería organizarse:

- 1) una inspección facultativa que exija a los patronos denunciar a toda obrera embarazada bajo su servicio.
- 2) un servicio facultativo que preste asistencia obstétrica a los partos normales y patológicos en establecimientos apropiados para permitir el reposo necesario a la embarazada en los últimos meses.
- 3) Exigir que la embarazada abandone el trabajo por un período entre 6 y 8 semanas antes y después del parto.

- 4) Obligar la implantación de un seguro de maternidad, que proporcione a la embarazada una indemnización pre y post-partum, así como para la lactancia.
- 5) Exigir el cumplimiento estricto de la legislación establecida.

COMUNICACIONES

TRACTAMENT DEL CANCER UTERI
TERAPEUTICA RADIANT O BE OPERACIÓ

Dr. Lluís G. Guílera

La comunicación del Dr. Guílera puede resumirse en los siguientes puntos:

- 1) Hoy por hoy la terapéutica radiológica sola, proporciona ya un porcentaje de curaciones de 5 años, igual o mayor que el que se obtiene con la intervención quirúrgica.
- 2) No puede defenderse en ningún caso la práctica exclusiva de la cirugía. Esta debe ir precedida y seguida de la aplicación de medidas físicas.
- 3) Urge que los Hospitales estén dotados con abundancia del material necesario para la lucha contra el cáncer.
- 4) Siendo la curación de dicha enfermedad función de la precocidad del diagnóstico, es necesario desarrollar una campaña de divulgación científica entre la población, y que los médicos efectúen diagnósticos rápidos de la enfermedad.
- 5) Es necesario dirigirse a las Instituciones públicas de Sanidad, solicitando la creación de un Instituto del Cáncer en Cataluña, como ya se ha efectuado en otros países.

COMUNICACIONES

NOTES ESTADISTIQUES REFERENTS A LA MATERNITAT DE BARCELONA
DURANT ELS ANYS 1919 i 1920

Dr. Boi Guilera

Los datos proporcionados en relación a la MORTALIDAD

Año 1919	Número total: 3	2 Bronconeumonía gripal 1 Pielo-nefritis supurada
Año 1923	Número total: 3	-Septi-piohemia a los 40 días de puerperio. -Pleuresía supurada a los 47 días de puerperio -Vómitos incoercibles al 2º día de ingreso en estado agónico.

PARTOS

Nº de parteras	de vértice	de cara	Pres. podálica	de tronco	Gemel	abor.	Prer
360	340	2	9	2	3	4	27
369	354	3	13	0	3	1	30

	1919	1920		1919	1920							
albuminúria	17	15	Morts: {	Abans part (lues, macerats)	7	5						
eclàmpsia	4	2										
es	16	19					Durant el part(1)	9	14			
edràmnios	9	2										
cardiopaties	5	7					Morts durant el 1er. dia	7	4			
tuberculosi	2	2								Morts durant el 2on. dia	1	0
rip	19	1										
reumatisme		4										
arampió		1					(1) Ingressades amb fetus morts, o procidència de cordó, eclàmpsia de la mare, asfixia blanca, etc.					
elèpsia		3										
psicosis (d'embarás		1										
mits incoercibles		1										
abromia i gestació	1	1										

Intervencions

	1919	1920
arceps	13	20
ersió interna ..	2	1
ersió Braxton-		
Hicks	0	1
efalotrípries		
(amb fetus mort	2	2
isiotomies	2	2
erineorráfies ...	28	43
eslliurament arti-		
ficial	2	3
emorragias (pér-		
dua de mes de		
600 grams)	19	18
lacentia prèvia ..	0	3
rocidencia de cor-		
dó	4	6
orts	4	1
mfangitis dels		
pits	32	10
scés dels pits .	2	0
ebitis puerperal		1
matoma vulvar ..		1
artolinitis		1
De 1000 a		
1500 gs. 3	3	1
De 1500 a		
2000 gs. 11	11	8
De 2000 a		
2500 gs. 20	20	23
cerats luéticos	5	5
cerats (sense		
lues comprova-		
da)	2	0

Deformitats

Pseudo-encéfal	1	1
Llavi leporí		1
Hipospàdies	2	3
Peu zambo-varus	2	
Braquidactília	1	

Secció de Ginecologia

Laparatomia per apendicitis ..		1
Laparatomia per anexitis		1
Colporrafies i colpo-perineo-		
plasties per prolapse	2	0
Miomectomia vaginal	1	0
Raspat per retenció post avor-		
tum i hemorragies	2	3
Dilatació-raspat i colocació		
de pesari intrauteri	1	1
Avort provocat: septicèmia:		
tractament mèdic: curació ..		1
Perineorrafia immediata secun-		
dària (al 20é dia)		1

COMUNICACIONES

GRIP I GESTACIÓ - Dr. Boi Guilera i Dr. S. Dexeus

Exponen las conclusiones de 32 casos de gripe y embarazo en la aterradora epidemia que asoló el país en 1921.

- 1) La gripe de evolución benigna no complicada, no ha interrumpido la gestación. El parto no ha sido modificado de modo apreciable.
- 2) Las formas graves complicadas con bronconeumonía gripal dan una mortalidad superior al 30%.
- 3) En estas formas graves es frecuente el parto prematuro.
- 4) El trabajo del parto agrava el curso de la gripe.
- 5) La gripe no predispone a la infección puerperal.
- 6) La mortalidad fetal ha sido de un 20% en las formas complicadas y nulas en las que no lo fueron.
- 7) Pareció que los recién nacidos tenían inmunidad adquirida frente a la gripe de la madre.
- 8) La muerte del feto durante la evolución de las formas graves bronconeumónicas es un signo de mal pronóstico.
- 9) La secreción láctea no se vio suprimida, pero sí retardada por la infección gripal de la madre.

COMUNICACIONES

CONTRIBUCIÓ A L'ESTUDI DEL PUERPERI NORMAL I CONCEPTE DE
LES PETITES INFECCIONS PUERPERALS - Dr. D. Agustí i Planell

El concepto de normalidad en el puerperio, no está actualmente bien definido y tendría gran importancia clínica el hacerlo, porque de ello debería depender la conducta a seguir con las parteras y en la profilaxia de las complicaciones puerperales infecciosas.

Los medios de los cuales podemos servirnos para caracterizar el puerperio normal y la infección puerperal, son los bacteriológicos y los clínicos.

Los medios bacteriológicos deberían ser concluyentes: si la infección puerperal está causada por gérmenes, el encontrarlos en el útero de la partera sería suficiente para clasificar el puerperio de infectado.

En la práctica se consideran con preferencia los medios clínicos.

Ya en el campo de los medios clínicos, se tiene como datos de juicio los signos y los síntomas que suministran la temperatura, el pulso, la involución uterina y los loquios.

La temperatura general de la partera tampoco es un signo de gran precisión. Debería poder decirse que el puerperio en que la temperatura axilar no pasa de 37°C es el normal, pero en la práctica no ocurre así; muchas parteras presentan temperaturas superiores a los 37°C y no por ello los fenómenos íntimos genitales del puerperio experimentan alteraciones.

El pulso es un elemento de juicio clínico de gran importancia para limitar los dos grupos de puerperios: en el normal, el pulso es lento (bradicardia fisiológica), lentitud que es más acentuada en las multíparas. Fluctúan entre 60 y 70 pulsaciones por minuto, habiendo llegado a 42/m, según Nubiola. Esta bradicardia es un excelente signo de buen pronóstico del puerperio. Los casos normales no pasan de 80 pulsaciones por minuto.

La involución uterina es un trabajo de reducción del útero, debido, según la generalidad de autores, a la represión de algunas de las fibras musculares hipertrofiadas, junto a la conocida retractabilidad y contractabilidad de la fibra muscular uterina. El útero disminuye en altura 1 cm. cada 24 horas. El fondo del

útero se encuentra a nivel del pubis entre los 9 y 12 días. Sin embargo, varias causas pueden dar lugar a subinvolución; la multiparidad es una de ellas, puesto que la reducción uterina es de gran lentitud, los partos gemelares, el hidramnios, el feto grande, las desviaciones uterinas, dificultan el trabajo de reabsorción.

El "locuo" normal es cruento o sangrante durante los primeros días del puerperio; es suerosangrante en los días siguientes hasta el sexto u octavo día; entre el 12 y el 15^{avo} día aparece una nueva pérdida hemática, que dura dos o tres días. El "locuo" normal debe ser rojo, rosado o amarillo, según el día del puerperio y nunca será fétido ni purulento.

Se planteó a continuación el Dr. Agustí i Planell, qué concepto clínico hay que tener de la infección puerperal.

En este orden de cosas expuso:

Las grandes infecciones puerperales se diagnostican sin agudizar el sentido clínico; las septicemias, las piohemias, las peritonitis, las anexitis, celulitis, metritis y endometritis totales, dan lugar a cuadros clínicos que se apartan en gran manera de las guías generales marcadas.

En cambio, las llamadas por Nubiola "pequeñas infecciones puerperales", como la endometritis limitada en una pequeña zona, la flebitis limitada a un solo trombo acuoso uterino, la infección localizada en algún punto del cuello uterino, producidas por gérmenes banales, y en muchas ocasiones bien aislados por las excelentes defensas de los tejidos vecinos, pueden pasar fácilmente inadvertidos sus síntomas clínicos.

La temperatura puede que no sea superior a la de los límites marcados por la generalidad de los autores para el puerperio normal, ni tampoco tener más duración,; he aquí un gran peligro.

El útero está siempre retardado en su involución en los casos de extensa infección localizada en el cuerpo. Pero las pequeñas, limitadas y bien aisladas infecciones, puede que no sean causa de subinvolución.

En los procesos infecciosos limitados, se altera muy poco el aspecto y olor del "locuo". En cambio, el pulso es un elemento resorte de importancia. Debe considerarse de anormal todo puerperio que presente más de 80 pulsaciones por minuto. En contados casos de infección puerperal ligera, pueden faltar la fiebre y la frecuencia del pulso.

Como resalta Nubiola, no debe confundirse el concepto de "pequeña infección" con el de buen pronóstico. Las pequeñas hipertermias llamadas fisiológicas, son consideradas por nosotros como un estado infeccioso puerperal y merecen toda nuestra atención.

No debe, pues, calificarse de leve ninguna forma de proceso infeccioso puerperal y su evolución depende, la mayor parte de las veces, de la conducta seguida con la partera.

La infección puede ser de origen heterólogo y antígeno; la primera producida por gérmenes externos, sembrados en el aparato genital; la segunda por los gérmenes de la flora genital, o gérmenes de otras zonas que pueden llegar a la comentada zona.

Recomendamos tratamiento antiséptico durante el embarazo, de todas las infecciones del aparato genital, urinario y digestivo.

Están contraindicadas las irrigaciones vaginales en el embarazo, en el parto y en el puerperio, siempre que transcurran normalmente.

Alejarse del raspado y escobillado del útero en los procedimientos habituales, incluso en los casos en que se sospeche una retención de restos placentarios, ya que generalmente se expulsan espontáneamente.

Evitar como procedimiento habitual los reconocimientos vaginales y uterinos de las parteras.

Siempre que el útero no involucione según lo establecido, el "segol banyut" será el fármaco indiscutible.

¿Cuándo debe dejar la partera la cama?.

El clásico criterio de autores franceses de los 21 días, tiene el peligro, entre otros, de ocasionar la retroflexión uterina. El criterio americano que levanta a la paciente en los primeros días y autorizan la deambulacion al quinto día, parece perjudicial, ya que la congestión por descenso uterino, facilita las complicaciones puerperales infecciosas.

Expone a continuación las teorías al respecto de Bourcart, Bronha y finaliza su comunicacion con sus recomendaciones al respecto:

"Después de una inspección atentísima del estado del útero y "locuo", de la temperatura y de un modo especial de las pulsaciones, se recomienda a la partera levantarse dos horas diarias todos los días de la segunda semana.

COMUNICACIONES

LA TECNICA DE LA PUBIOTOMIA SUBCUTANIA - Dr. P. Nubiola

- El Dr. Nubiola planteó en su comunicación su técnica "modelo" para los innumerables alumnos que tuvo en su docencia obstétrico-ginecológica. Los aspectos más interesantes de su disertación fueron los siguientes:
- La pubiotomía permite un ensanchamiento temporal de la pelvis, dirigido a permitir la salida o extracción del feto por vías naturales, en los casos en que se presenta una desproporción entre el volumen fetal y el conducto pelviano.
- La sección de partes blandas que complican el acto operatorio en la intervención a campo abierto, hace que la pubiotomía se realice siempre por el método subcutáneo.
- Exige, eso sí, una pulcritud absoluta, al aserrar el pubis como en las maniobras de extracción del feto.
- En general es ventajoso proceder después de la pubiotomía a la extracción fetal sin esperar a la terminación espontánea del parto, por lo que antes de aserrar el pubis se aplican los forceps o la versión, según convenga.
- Hay que conocer la situación y dirección de la uretra, para decidir en qué lado se efectuará la operación.
- El aserrado ha de efectuarse en dirección perpendicular a las superficies del pubis, por donde pasaría un radio imaginario trazado desde el centro de la excavación y procurando que al aserrar no se traumatizen los tejidos próximos a las heridas superiores e inferiores.
- La operación obstétrica subsiguiente, sea forceps, sea versión, debe verificarse procurando no ensanchar las piernas de la paciente y, por tanto, la pelvis, más de lo estrictamente necesario, evitando al dejar pasar el feto, efectuar presiones en la dirección del pubis.

- De procederse así es muy difícil que se produzcan lesiones en la vejiga y en los tejidos perivesicales; se evita así que se separen en demasía las superficies articulares sacroilíacas, lo que pondría en peligro la deambulaci3n de la paciente.

- No se necesitan grandes cuidados postoperatorios; solamente como precauci3n, se coloca una faja que sujete la pelvis durante 2 3 días. Las pacientes pueden levantarse a los diez o doce días. Las heridas se aíslan con gasa esterilizada.

COMUNICACIONES

HIGIENE

LA PRIMERA OBRA CATALANA DE PROTECCIO MEDICO-SOCIAL DE
LA DONA EMBARASSADA. (Caixa de Pensions i d'Estalvis)

Dr. S. Dexeus Font

Se anunció que en febrero de 1921 se había inaugurado en el Instituto de la Mujer Trabajadora, un Dispensario de Obstetricia, complemento del Seguro Maternal, establecido por la comentada Institución.

Comenta el Dr. Dexeus que las afiliadas, pagando una determinada cuota mensual, tienen derecho al Seguro Maternal. Se percibe un subsidio durante las cuatro semanas anteriores y posteriores de cuatro semanas.

La afiliada que lo solicita tiene derecho a la asistencia gratuita de un tocólogo y su comadrona. Se le proporciona una persona que la sustituya en los días posteriores al parto en las faenas domésticas.

Las afiliadas, junto a sus derechos, tienen las siguientes obligaciones:

- 1) La maternidad debe ser legítima
- 2) Debe, a los primeros síntomas de embarazo, presentarse en el Dispensario para la confirmación del mismo.
- 3) Debe asistir obligatoriamente una vez al mes al Dispensario, a partir del sexto mes de gestación.

Todas las gestantes tienen una hoja clínica de control. La asistencia en el momento del parto es de libre elección. Si no lo utiliza percibe igualmente el subsidio.

A los cinco meses de la puesta en marcha del Dispensario, hay inscritas sesenta gestantes.

Se han corregido malas presentaciones, corregido albuminurias, etc.

Un aspecto importante es la educación de la futura madre, que permitirá reducir las tasas de mortalidad materna e infantil en el parto y en los períodos puerperales.

Los peligros de una presentación de tronco, o un embarazo gemelar no sospechado, es comprendido por la madre más incrédula. Puede en esta situación inculcar normas de higiene local, general,

de régimen alimenticio, ventajas de la lactancia materna, cuidados que requiere el recién nacido, etc.

Se hará entrega sistemática de una tarjeta con los preceptos más importantes para la gestante, que apoyará nuestra acción personal.

En los casos que el domicilio de la gestante no reúna condiciones, se ingresará a las afiliadas en la Clínica del Instituto, mientras no se disponga de la Casa Maternidad, todavía en proyecto.

"La práctica de parir en casa es tradicional dentro de las costumbres catalanas y muy dificultoso será desenraizarla".

En el momento del parto, es el médico quien debe llevar la dirección, la comadrona es solamente una colaboradora.



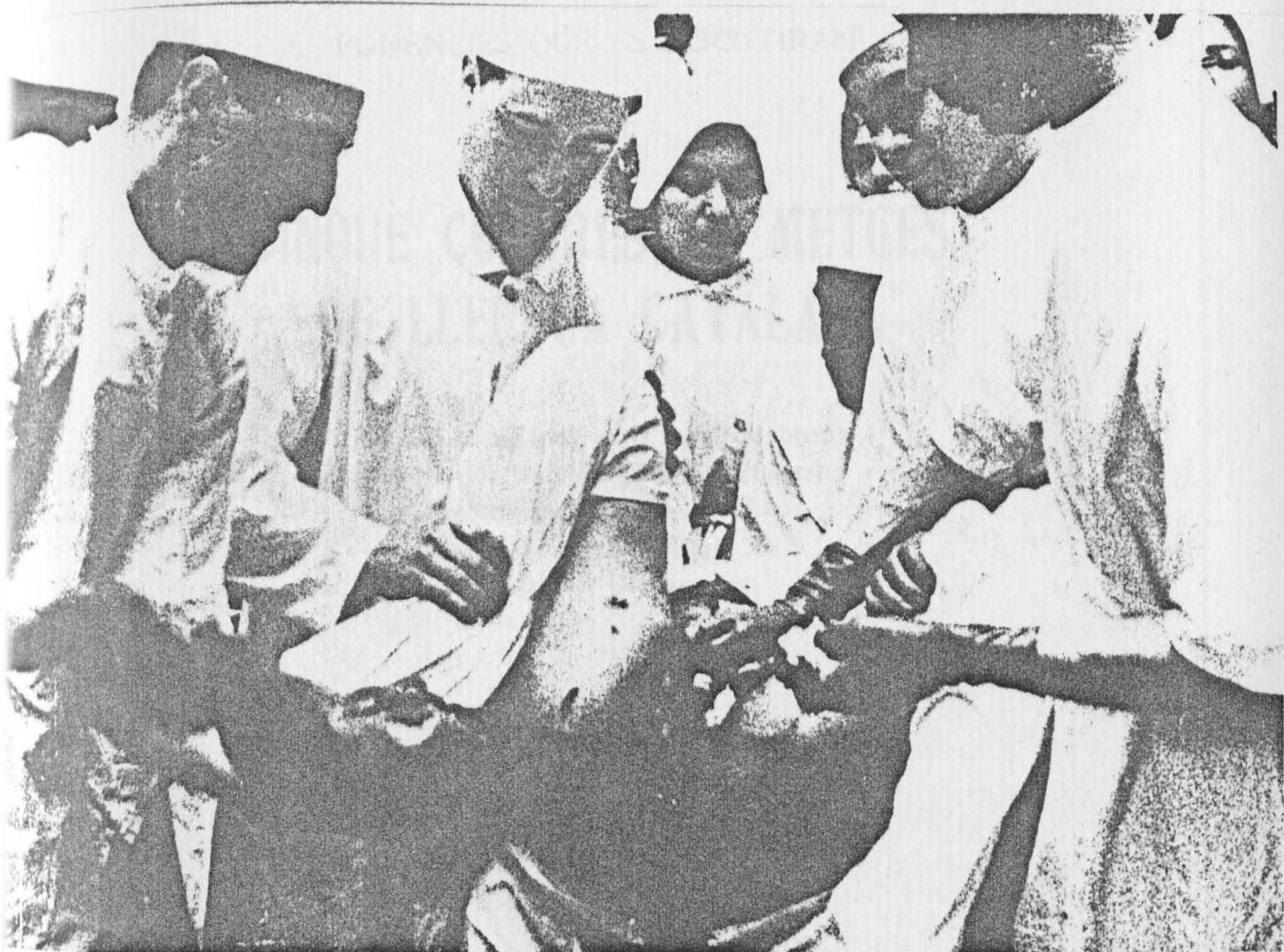
Dr. Manuel Corachán



Dr. Alvaro Presta



Dr. Alberto Ponjoan



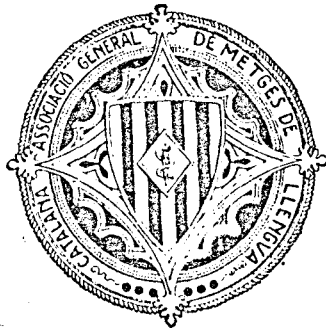
Dr. Nubiola, Muñoz Arbat y Valentí

PONÈNCIES QUE ES DISCUTIRAN

EN EL

CINQUÈ CONGRÉS DE METGES
DE LLENGUA CATALANA

que es farà a Lleida en la segona quinzena
de Juny de l'any MCMXXIII, organitzat
i executat per la Junta de l'Asso-
ciació General de Metges de
:: Llengua Catalana ::



IMPREMTA BADIA
Dr. Dou, 14-Barcelona

JUNTA ORGANITZADORA I EXECUTIVA

•
DR. JOSEP TARRUELLA, *President.*

- › LLUÍS CELIS, *Vice-president 1.^{er}*
- › MANEL SAFORCADA, *Vice-president 2.^{on}*
- › LLUÍS LLAGOSTERA, *Tresorer*
- › BOI GUILERA, *Secretari*

CINQUE CONGRES DE METGES DE LENGUA CATALANA

Lleida, any 1923

NOTA DEL DISCURS INAUGURAL

President Dr. J. Tarruella

El discurs presidencial del doctor TARRUELLA, Elogi de la semiologia, fou dedicat amb gran entusiasme i convicció a l'exaltació dels estudis semiològics moderns, en panegíric de la precisió científica com a font de coneixement del diagnòstic, cercant en tota ocasió, sota l'imperi de les tècniques clíniques i laboratoristes, els anuançaments semiològics a què donen origen les malalties amb llurs nombroses games de varietat i forma patològica, emprant-se el metge pràctic en la vèrtebra fisiològica i la seva conseqüència fisio i anatomopatològica, d'on pren generació el signe-simptoma en lògica vigorosa; la recerca semiòtica, sempre humil, impersonal, imparcial mai de tendència, de la major objectivació possible, no deu basar-se en la inspiració, en l'ull clinic, en la informació intuitiva, sinó en la ponderació i la reiteració de l'examen clinic ampli, múltiple, cercant els conjunts harmònics, inquirint en nobles rectificacions la realitat de les manifestacions semiològiques rompent-se al clinic en la possessió dels mitjans de tècnica, svui copiosos, per a determinar la interpretació ponderada dels síndromes. Davant dels pretesos signes patognomònics, definidors, manantials d'errors diagnòstics, cal posar-hi les abundants i complexes masses semiològiques amb què els processos patològics ofereixen els trastorns funcionals, les incoordinacions orgàniques, els desordres fisiopatològics.

QUART TEMA

ORGANITZACIO HOSPITALARIA A CATALUNYA

ORGANITZACIO HOSPITALARIA A CATALUNYA, MATERNITAT -Dr. F. Carreras
Verdaguer

I. INTRODUCCION

La Maternidad ha de realizar una doble misión: por un lado la asistencia que toda madre requiere durante el embarazo, parto, por otra la vigilancia minuciosa de los recién nacidos.

Dado el gran número de seres que mueren antes y después del parto, se ha visto que la puericultura resulta tardía. Las causas de la comentada mortalidad, son las enfermedades maternas, con-
cepcionales o gravídicas, dejando aparte la amoralidad que conlleva el malthusianismo.

Otro aspecto a considerar, de orden evolutivo, es el cambio experimentado en los últimos años por la obstetricia gracias a la práctica de una asepsia progresiva, y la dirección científica de las técnicas tocoquirúrgicas, que exigen en su mayoría de veces ser llevadas a cabo en un medio hospitalario.

Se está concediendo un valor mayor al factor feto en relación a épocas pasadas. La natalidad es hoy un problema importante en todos los estados.

La puericultura prenatal se divide generalmente en dos partes: una eugenética, la otra intrauterina. La primera difícilmente puede llevarla a cabo, pues es consultado muy tardíamente.

La exploración minuciosa de la mujer embarazada (antecedentes personales y familiares), pelvimetría, esfignomanometría, análisis, diagnóstico de presentaciones y posiciones, consejos oportunos, medicaciones, los regímenes alimenticios adecuados, el reposo pre y post-partum, junto a las técnicas operatorias llevadas a cabo en un medio apropiado, pueden garantizar en gran medida la vida del recién nacido, reduciendo casi totalmente los peligros que pueda correr la madre.

Puede concluirse en este aspecto que la puericultura prenatal para que proporcione los resultados esperados se fundamenta en tres conceptos fundamentales:

- la educación de la madre
- la consulta prenatal
- la hospitalización maternal

En relación a la educación de la madre, puede decirse que hay que inculcarle ya desde la escuela, los conocimientos fundamentales de las funciones de la generación, tanto a nivel fisiológico como patológico.

La consulta prenatal, la policlínica obstétrica, tienen una misión médica indiscutible, pero también una misión social y educativa. Deben prodigarse, debe establecerse una fuerte relación con los médicos de todos los pueblos.

Debe existir una divergencia marcada de distribución entre consultorios y centros de hospitalización maternal; los primeros deben desparramarse por todos los lugares, los centros maternos deben centralizarse en núcleos estratégicos.

El tercer concepto, la hospitalización maternal, será, pues, el objeto esencial de la comunicación.

Hay que plantear una vez más la marcada aversión que hay en Cataluña a todo lo que represente la hospitalización y separación del medio familiar, especialmente en el medio rural.

II. EL HOSPITAL MATERNAL

Se considera un tipo general que deberá adaptarse a las características locales (emplazamiento, costumbres, medios, etc. de cada comarca), debe tener las funciones de la Maternidad. Debe constar de dos secciones

- 1) la de tocoginecología
- 2) la de puericultura

Se plantea un hospital maternal sencillo y en el factor ahorro este presente disponga de todo lo indispensable para un funcionamiento perfecto y constante.

Se adjunta el croquis esquemático de esta mini-maternidad, con la idea de engrandecerla y mejorarla hasta el punto que permitan los medios económicos disponibles.

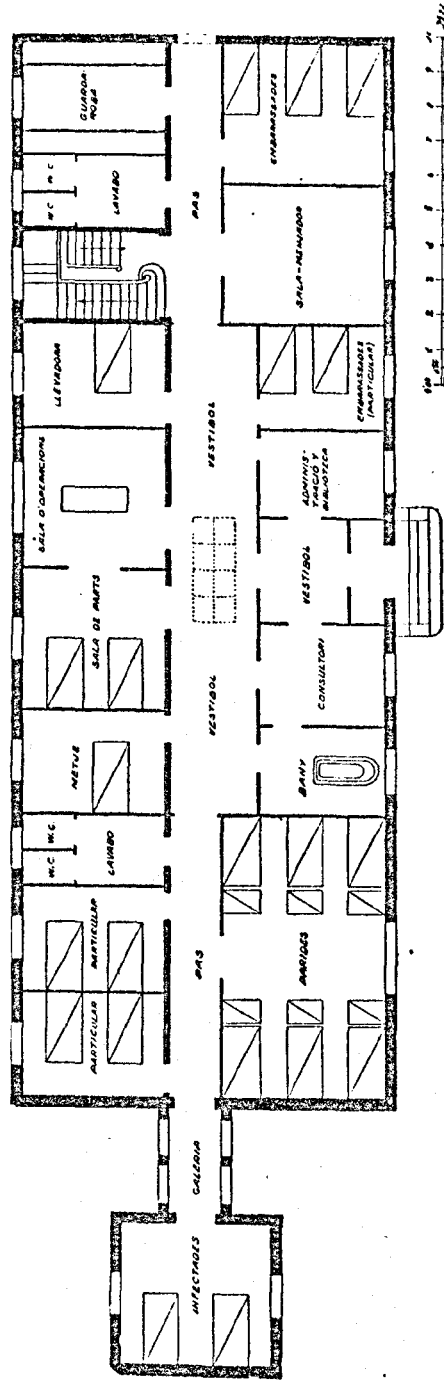
El edificio propuesto tiene unas dimensiones de 30 x 11 metros. El precio será de 100.000 pesetas, más las necesidades de mantenimiento y personal sanitario.

Es un hospital de funcionamiento constante y con personal fijo.

III. HOSPITALES EN CATALUÑA

Es difícil estudiar lo existente, pues los datos recogidos pertenecientes al Servicio Sanitario de la Mancomunidad , proporcionan bajo el nombre de hospitales coexisten establecimientos con 4 camas junto a otros con más de cien. Se entiende por hospital

todo género de establecimiento clínico. Hay en Cataluña más de 70



Croquis dels serveis que han d'incloure's en una Maternitat de tipus reduït

centros, sin contar con las clínicas particulares de Barcelona.

Pueden considerarse una serie de centros en los que se haga una cierta obra maternal, incluyendo puericultura post-natal.

TARRAGONA

El Hospital General- Departamento Maternidad
La Casa de Beneficiencia

REUS

Instituto de Puericultura

LERIDA

El Hospital General- Departamento Maternidad
La Maternidad
La Gota de Leche

GERONA

El Hospital General (Servicios de Maternidad)

PALAFRUGELL

La Casa Cuna

BARCELONA

Asilo Casa de Lactancia y Cuna
Asilo Cuna del Niño Jesús
Asilo de la Sagrada Familia
Hospital de Niños Pobres
"Gota de Leche"
Asociación de Amigos de los Pobres
Asociación Protectora de la Maternidad
Maternidad
Asilo de Santa Isabel
Casa Retiro de la Esperanza
Refugio para Obreras
Lucha Contra la Mortalidad Infantil
Mutual Salus
"Pouponniere" Fabra y Coats

Pero muchas de ellas están en malas condiciones, de medios, de dirección técnica. Caso aparte es la "OBRA MATERNAL DEL INSTITUTO DE LA MUJER QUE TRABAJA", modelo en su género.

La "JUNTA DE PROTECCION A LA INFANCIA" es una institución más de carácter social que médico.

El "HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ" no puede considerarse como

una entidad de obstetricia. El "HOSPITAL CLINICO" cuenta con una "Clínica Obstétrica"; es modesta, pero bien dirigida. El Servicio consta de una sala de embarazadas, una sala de parteras, un departamento de infecciones, una sala de intervenidas, sala toilette de recién nacidos, sala de partos, sala anfiteatro de operaciones y sus dependencias, con auditorio para conferencias clínicas, el laboratorio y dos Dispensarios, uno de tratamiento general, el otro de tratamiento antisifilítico. Sus dimensiones no son suficientes para las necesidades de Barcelona.

La CASA DE MATERNOLOGIA es la institución maternal del Municipio, con carácter benéfico. Comprende las siguientes secciones:

Tocología	}	Dispensarios
		cuerpo de comadronas a domicilio
		Enfermería

Puericultura

Ginecología	}	Enfermería
		Sala de operaciones

Laboratorio

Esterilización de leche

Restaurante de Maternidad (para 80 plazas)

Dependencias

La CASA PROVINCIAL DE MATERNIDAD Y EXPOSITOS.- Actualmente ubicada en una masía, en espera de la construcción de la nueva Maternidad. En ésta se construirán tres secciones: una de incógnito, una de beneficiencia y una tercera particular. La constituirán cinco pabellones, de los cuales el primero está ya a punto de ser utilizado.

DISTRIBUCION DEL SERVICIO MATERNAL

ORGANIZACION EN BARCELONA.

Se tiene la base de una obra de Maternidad en Barcelona, pero los servicios existentes son insuficientes, y al ser independientes unos de otros como entidades y administraciones, carecen de unidad de criterio científico, de uniformidad, regularidad de asistencia.

Pensamos que habían de reunirse los elementos de la Maternidad y de la Casa de Maternología. Reunidos los médicos tocólogos, comadronas y enfermeras, el servicio se organizaría del siguiente modo:

- 1) Servicio de Clínica
- 2) Servicio de Policlínica
- 3) Servicio de Asistencia Sanitaria

Por el volumen de mujeres asistidas en la actualidad, sería suficiente la organización de cuatro dispensarios:

- | | |
|--|---|
| 1) Casa de Maternología (Calle de las Corts) | Sans
Hostafranchs
Pueblo Seco
Ensanche Izquierda |
| 2) Parque de la Ciudadela | Barceloneta
Barrio Viejo
Pueblo Nuevo
Ensanche Derecha |
| 3) Clot | Horta
Sagrera
Clot
San Martí
San Andreu |
| 4) Gracia | Las Corts
Sarriá
San Gervasi
Vallcarca |

Cada uno de estos Dispensarios tendría asignada la visita policlínica, comprendiendo:

- 1) exploraciones
- 2) Exámenes de orina
- 3) Inyecciones antisifilíticas

Paralelamente se convertirían en los centros de asistencia domiciliaria, tanto en los partos normales como patológicos, encargados respectivamente a las comadronas y tocólogos de zona en guardia permanente.

Los dispensarios deberían tener una clínica obstétrica con sala de partos, sala de operaciones, un número determinado de camas, con la misión de atender a las mujeres que por diversas causas no debieran alumbrar en sus domicilios, o las urgencias que a veces

se presentan.

El día en que la nueva Maternidad esté acabada, estas clínicas pueden dejar de existir.

En estos dispensarios debería haber una oficina de préstamo de material aséptico (irrigadores, cánulas, algodón, gasa estéril).

La existencia de restaurantes maternales es de gran valor; deben ser independientes del Dispensario y situados en los barrios de mayor densidad humilde.

El servicio tocológico apuntado ha de estar en íntima relación con el servicio de puericultura post-natal, al cual se dirigirán todas las mujeres, donde se promociona el amamantamiento materno, y en caso de no ser posible, se regale el mixto o artificial.

Lo planteado hasta aquí hace referencia a Barcelona, pero como planteaba el Profesor Fargas, hay que hacer OBRA MATERNAL CATALANA, procurando que todas las poblaciones dispongan de un servicio más o menos extenso, adaptado a las necesidades y posibilidades de acuerdo con un Servicio Central, que colaboraría con ellos.

ORGANIZACION EN CATALUÑA

Una vez lograda la unificación de servicios en Barcelona y constituyendo su Maternidad una institución modelo, ha de encadenarse este servicio con el resto de toda Cataluña.

En cada una de las capitales de provincia debe existir una Maternidad completa, tan modesta como se quiera, pero con buen material y utillaje médico, personal subalterno seleccionado y disponiendo de una ambulancia automóvil.

En los centros comarcales, poblaciones mayores, centros de Mercado, con buenas comunicaciones, deberían estar situados los HOSPITALES MATERNALES COMARCALES. En ellos deben realizarse las visitas policlínicas, que tienen un valor educativo inestimable.

Organizaríamos en clínicas generales la asistencia maternal del siguiente modo:

BARCELONA

MATARO - VICH - MANRESA - VILAFRANCA

LERIDA

Tremp-Balaguer-Cervera-Solsona-Seo d'Urgell

GERONA

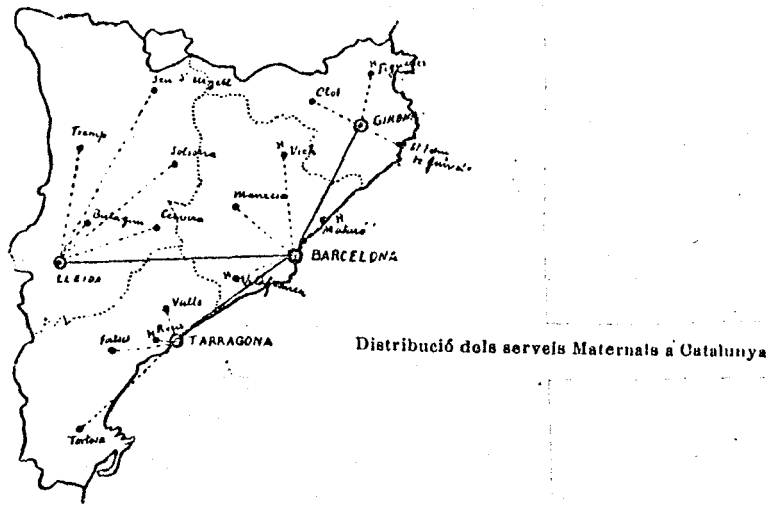
Olot- Sant Feliu de Guixols -Figueras

TARRAGONA

Reus

Tortosa - Falset - Valls

Se puede objetar que la creación de tal número de hospitales maternos en Cataluña es un proyecto irrealizable y de un costo extraordinario, lo que es cierto. Pero este proyecto puede ser cumplido de modo paulatino.



CONCLUSIONES

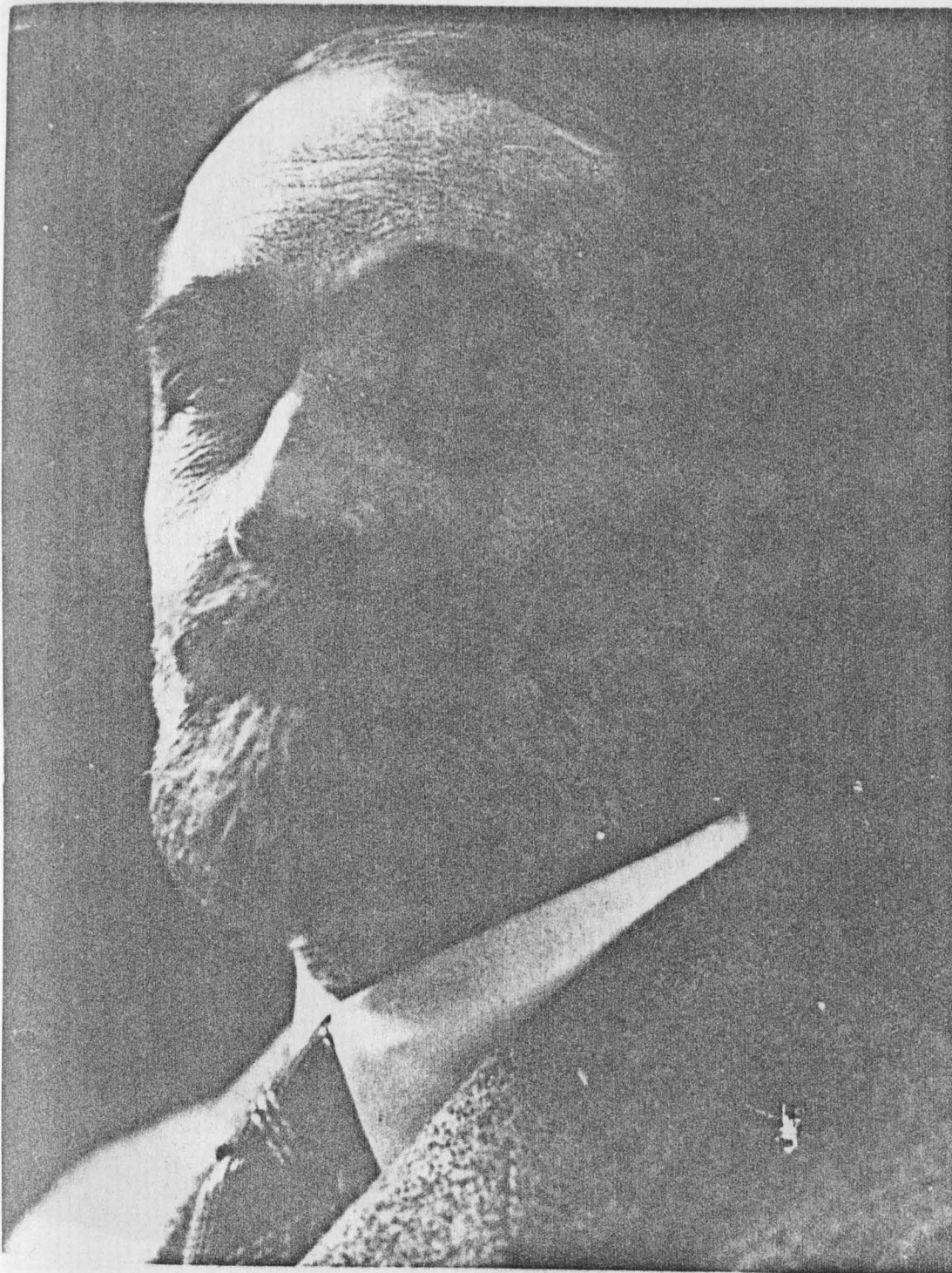
1) La hospitalización maternal no puede estudiarse aisladamente, pues constituye un aspecto del problema general de la hospitalización.

2) La cuestión maternal es un problema tanto cultural como médico, razón por la cual ha de hacerse obra educativa tanto en la escuela como en la policlínica.

3) La organización maternal ha de ser única, con ramificaciones que permitan su actuación por todos los lugares de Cataluña, en forma de Maternidades Comarcales.

4) Se ha de disponer de personal competente, dando preferencia a todos los médicos y comadronas rurales residentes.

5) Para el sostenimiento de la OBRA MATERNAL CATALANA, no sólo se ha de contar con las subvenciones oficiales, sino que se ha de conseguir la cooperación económica particular.



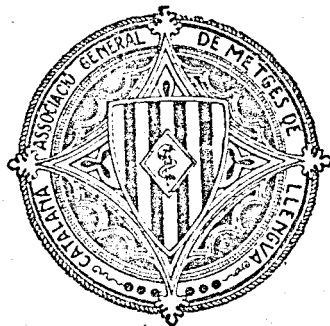
Dt. J. Tarruella



Dr. Francisco Carreras

SISÈ CONGRÉS DE
METGES DE LENGUA
== CATALANA ==

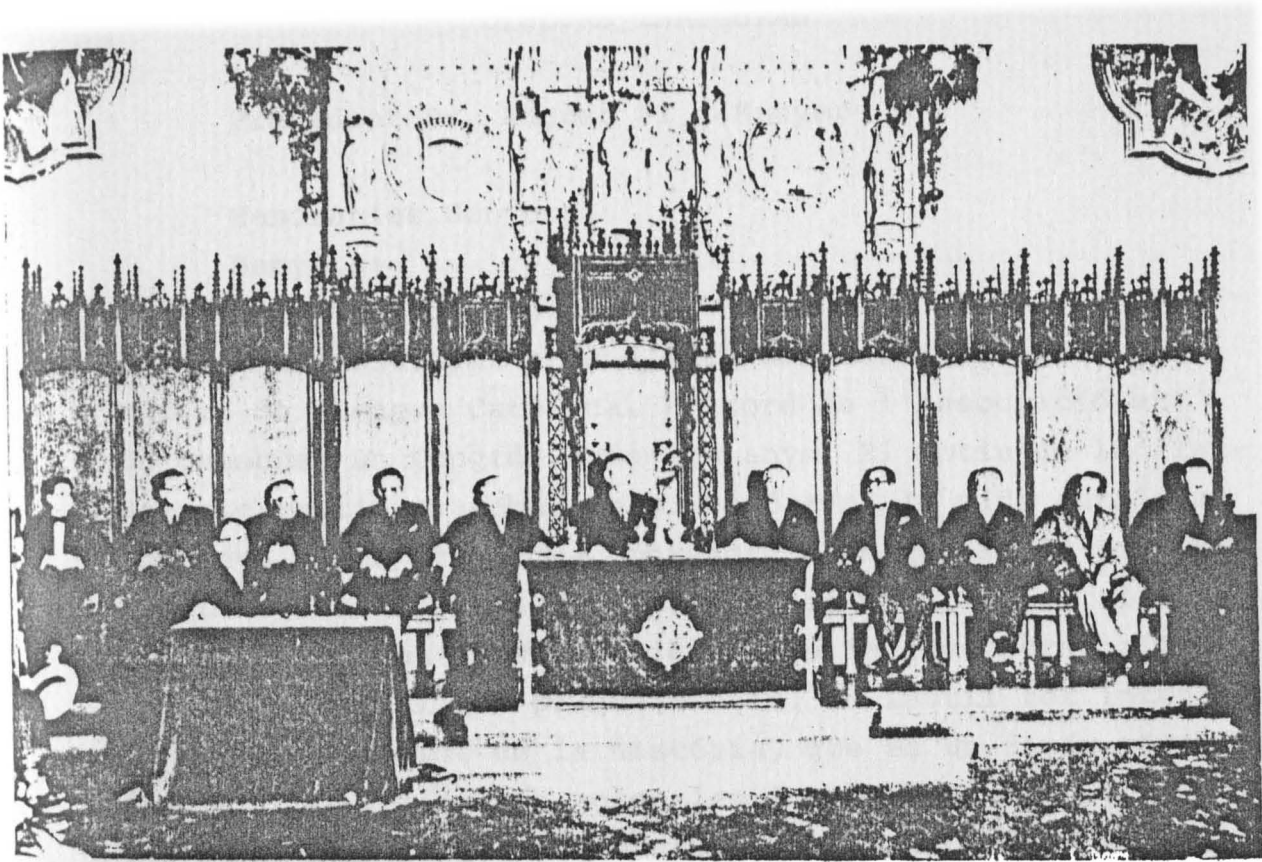
Fou celebrat en la ciutat de Barcelona
els dies 26, 27 i 28 de Juny de l'any
MCMXXX



IMPREMTA BADIA
Dr. Dou, 14.-Barcelona

JUNTA ORGANITZADORA I EXECUTIVA

-
- DR. AUGUST PI SUÑER, *President*
- " ENRIC RIBAS I RIBAS, *Vice-President 1.*
- " GONÇAL ROQUETA I GONZALEZ, *Vice-President 2.*
- " RAMON TORRES I CARRERAS, *Tresorer.*
- " JOSEP M.^a VILARDELL I PERMANYER, *Secretari.*
- " JOSEP MIR I MIR, *de Palma de Mallorca.*
- " JOSEP MESTRES I MIQUEL, *de Tarragona.*
- " ANTONI PUJADES, *de Lleida.*
- " FRANCESC COLL I TURBAU, *de Girona.*



Barcelona, any 1930

DISCURS INAUGURAL

President Dr. August Pi y Sunyer

Honorables Senyors:

Senyors:

Han passat set anys d'ençà del darrer Congrés de Metges de Llengua Catalana. L'acord de l'Associació era de celebrar un Congrés cada dos anys. El motiu de la llarga interrupció el sabeu tots. Però avui la vida catalana continua, i ha pres nova embranzida. Perqué no és possible aniquilar un poble que té la voluntat de viure, i si una collectivitat ha pres consciència de la seva personalitat política, i així vol perqué coneix, és inútil tot intent de desviar el camí de la història, que és un flux vivent inexorable, com ho són totes les forces naturals.

Els metges de Catalunya, l'any 1912 decidiren l'organització del seu primer Congrés. L'acord sorgí en l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques per la iniciativa dels doctors Salvat i Espasa i Enric Ribas i Ribas, i l'Acadèmia realitzá aquell Congrés. En^{ell} el seu illustre President el Doctor Fargas proposá la constitució de l'Associació General de Metges de Llengua Catalana, i és a cura d'aquesta Associació que els Congressos ulteriors s'han anat realitzant.

Avui podem trobar-nos aplegats altra vegada, companys de la Catalunya estricta, de Mallorca i València, del Rosselló i Provença del Llenguadoc i de l'Alguer. Som en aquest saló gloriós, on per quatre cents anys es decidiren els destins de Barcelona, i veus patriòtiques ressonaren ardides quan perillá la dignitat ciutadana. Aquí s'infantá la història de Catalunya en els anys de máxim esplendor. I avui, plens de respecte i el cor inflammat, venim a reanudar en aquest mateix lloc sagrat les nostres reunions.

Que la present será rica i eficaç fa esperar-ho l'entusiasme de tots. En cap dels anterior Congressos -i bé si el seu éxit havia estat gran-, el nombre de ponències i co-

municacions arribava al nombre actual; la col·laboració mai havia estat tan encesa, els desitjos tan vius, les esperances tan plenes. La nostra Associació pren nova activitat i serà en ella que s'ajuntaran la voluntat i la intel·ligència de tots els metges catalans.

La força real dels nostros Congressos ja ha estat provocada. Del tercer en sortí el Sindicat de Metges de Catalunya, la influència del qual damunt l'actuació col·lectiva i àdhuc personal dels metges de Catalunya ningú pot desconèixer. Al costat de l'organització sindical cal organitzar l'actuació tècnica. Que no és precisament l'actuació acadèmica, sinó quelcom menys i quelcom més. En l'Associació s'hi ha de discutir temes científics, i aixó és l'objecte primordial dels Congressos: es desenrotllen ponències, són presentades comunicacions, s'assisteix a demostracions pràctiques de mena diferent, es visiten institucions i, així, cada dos anys, els metges de Catalunya poden mostrar-se mútuament el que hagin aconseguit, estimulants-se uns als altres i procurant fer-se dignes de l'hora que viuen i ensenyar al món els resultats del seu treball.

Peró, a l'ensem, els Congressos permeten el coneixement personal, sempre tan útil, el canvi d'impressions, sempre fecund, la concreció de relacions, l'aglutinació d'amistats i el gran valor de l'exemple. Són la manera de substituir l'estàtica de l'isolament, cada ú al seu poble, al seu despatx, al seu laboratori, per la dinàmica de la conversa, del proselitisme, de l'excitació al compliment de l'obra que a cada ú li escaigui realitzar.

Sovintejant els Congressos, els metges catalans formaran un cos viu, àgil, conscient i voluntariós. Una personalitat plural superior a una suma amorfa d'individus, un organisme social definit i potent, apte a l'acció i que per aixó mateix es farà respectar.

El Sindicat es cuidarà de les condicions materials, de la situació del metge dins la societat. L'Associació potser en certs moments interferirà amb el Sindicat amb el que sostindrà les més estretes relacions, però tindrà camp propi i demarcat. Procuri arribar a la importància de les Associacions de Metges en altres terres que ocupen lloc d'honor en la civilització. Veieu com exemple el qué passa a Anglaterra i als Estats Units d'América, sobre tot. Es l'Associació de Metges que atribueix la capacitació, que dóna la llicència per l'exercici professional de la medi-

cina. Les Universitats ensenyen, i després diu l'Associació si és que l'aspirant, en acabar els seus estudis, es troba o no en condicions d'ésser un metge. Davant d'una Associació general que arribés a aquest vigor, bona part dels mals de qué patim quedarien automàticament desvanescuts.

Es necessari avui com mai, metges catalans, que ens coneguem i ens organitzem. Sota pretext de la defensa professional repton insidiosament greus perills que amenacen la dignitat i el benestar de tots. No puc creure que entre vosaltres hi hagi companys que es deixin enlluernar per l'esperança eixorca d'una posició burocràtica, d'una nòmina que organitzi la misèria i faci crònica la inanició. Qui pot ser el seu ideal d'ésser un empleat entre tants, depenent d'un Consell o d'un Director llunyà, desconixedor de les nostres necessitats o de les característiques de la nostra vida, un empleat que haurà perdut tot estímulo, perquè haurà ingressat en un cos oficial i veurà com van escorrent-se els anys i ell per tot premi puja en un escalafó, impersonal i ignorat, peça insignificant i desconeguda dins d'una anivelladora màquina administrativa.

El que cal abans de tot és fer-se una personalitat, i ésser respectat per les pròpies obres i pel prestigi que s'ha-gi guanyat. Res més trist que la indiferenciació, que una humanitat prisa i maquinal. L'esclavitud sempre ha estat indiferenciada, l'esclau res més que un número que fa una determinada feina, que menja, dorm i es mor.

Se us dirà que el^s temps d'avui porten a grans amuntegaments humans, òrgans d'un colós que viu devorant la vida dels individus. Però fins colcant-se des d'aquesta perspectiva, respondrem que una cosa és la massa i altra ben diferent l'organització, que suposa varietat i iniciativa. Es aquellà masa amorfa el suport de totes les tiranies, i aquestes arrenen tant més fàcilment en un poble quan menys perfecta la seva constitució social, més gran el seu retràs polític, menys fina la seva sensibilitat ciutadana. Cap sofriment comparable a veure's perdut en la negror del caos; el Dant ja en parlava. La vida és precisament especificació i la mort, el retorn a la uniformitat. Una reunió d'homes en la qual els individus representin alguna cosa, una varietat, una personalitat, una seriació, una jerarquia, serà quelcom d'orgànic, vital; una organització diferenciada i relacionada, especialització i col·laboració, individualització i síntesi.

Eserits forts objetaran, segur, que aixó és romàntic, dinové i rerassagat. Però més antigues son les tiranies i l'objeció. Davant l'onada reaccionària que nega una bona part del món actual, sols la flor de la civilització, que ha fet consubstancial amb el seu esperit, aquesta gran victòria humana que és la llibertat, conservarà l'honor de l'espècie. I les aigües tornaran a nivell, passarà aquesta hora trista i fugaç com tantes altres en la història, i la humanitat sentirà un dia la vergonya d'aquests deliquis cerebrals que intentes justificar tots els absolutismes.

No us venguéssiu, no, la vostra magnífica independència per una classificació administrativa que us faria uns instruments desgraciats d'aquest monstre acéfal dels temps moderns que és l'organització de l'Estat, hipertrófic i omnipotent. Perill que porta així mateix en el seu sí el de la descatalanització, que pot ésser ràpida, dels metges de Catalunya.

Contra d'aixó devem defensar-nos, marcant agudament la nostra personalitat catalana. Davant del fet, de la forta realitat, de la cohesió i la vida de les nostres institucions, hauria d'ésser molt gran el poder dels adversaris perquè poguessin destruir-les. Treballem i diferenciem-nos. Cosa que no exclourà mai la cordialitat, la fraternitat amb els companys d'Espanya i de tot el món, perquè mai no s'ha de confondre l'amistat i l'efecte amb la renúncia de les pròpies conviccions i la insatisfacció de les necessitats.

Qui el podria negar el fet de la diferència? No pretenem tenir qualitats que ens enlairin per damunt dels altres, perquè coneixem bé els nostres defectes, que són nombrosos i difícils de vèncer. Aspirem a definir-nos més cada dia. I ho volem per manament racial, i també ho volem per conveniència: perquè ens ve imposat per la sang, i al mateix temps perquè la raó ens diu que ens serà útil. Perquè, amics, són sempre les formes més resistents i ufanes aquelles més adequades, les que millor responguin a les condicions pròpies i ambients.

Ningú no serà tan ignorant que pensi que Medicina Catalana és una denominació arbitrària, ni podrà dir ningú que els entusiasmes de l'hora portessin, en iniciar-se els nostres Congressos, a una organització de reunions artificioses. Fou una imposició de la vida mateixa. En retrobar-se la consciència catalana, se'ns aparegué la continuïtat de

la nostra història, salvant els quatre cents anys de decadència. Llavors els metges -estament despert i sensible-plasmen, naturalment, les seves formes collectives, constitueixen les seves societats d'acord amb el sentiment, neixen els nostres congressos i cerquen llurs antecessors illustres, que pensaren o escrigueren en català o definiren amb caràcters propis una medicina catalana.

En les dissertacions inaugurals de Congressos anteriors -sobretot pels Presidents del segon i tercer, els doctors Joan Freixes i Freixes, i Josep Maria Roca- foren recordats els noms més sobresortits dins de la història de la nostra medicina. Avui tenim una bibliografia suficient, i precisa per informar-nos bé sobre la qüestió. Fóra potser el moment d'iniciar l'estudi sistemàtic de la Medicina a Catalunya. Citarem els treballs del propi Roca sobre la medicina catalana en el temps dels reis Martí i Joan II sobre les ordinacions de l'Hospital de la Sta. Creu, les recerques d'Olaguer Miró referents principalment al célebre Receptari de Manresa, la contribució extensíssima de Lluís Comenge, la Història de les Ciències Naturals a Catalunya per Font i Saguer, el magnífic recull de Documents sobre la Cultura Mitgeval Catalana, de Rubió i Lluch publicats per cura de l'Institut d'Estudis Catalans, la recerca pacient que sembla disposat a publicar aviat Jamieson B. Hurry sobre Jacme d'Agramunt i tants altres. Pensem que en els nostres Arxius, de la Corona d'Aragó, Municipal, de la Biblioteca Universitària, de la Reial Acadèmia de Medicina, hi ha d'aver dades de gran valor, i arribarem a la conclusió de què, bastir la història de la Medicina de Catalunya és una obra que ha arribat al punt necessari de maduresa, i que s'hagi fet ja urgent.

Amb els elements esmentats em fóra fàcil establir ara una llista nombrosa de metges de reis, de professors, d'autors, de pràctics, d'estudiants, que es distingiren. Em sembla oportú recordar només uns noms excepcionals i les circumstàncies que donaren especial relleu a la medicina en els anys de màxim esplendor de Catalunya, de la gran Confederació, els Estats Units de Catalunya, com diu Rubió i Lluch, en els segles XIII i XIV.

Hi ha un nom que ho omple tot: Arnau de Vilanova. Possiblement deixeble de la Universitat de París, i havent il·lustrat la de Montpeller, com Lull -així com Fra Eximeniç i Sabunde il·lustrarem de la de Tolosa- excelleix en

la medicina i en l'alquímia. Es metge de Pere III i de Jaume II, que li fan importants donatius "propter multa servitia quae recipimus et recipere speramus". L'infant Alfons -que serà més tard Alfons III- li regala el castell d'Ollers en el Barberá (1285). Jaume II li concedeix la gabela de la sal de Burriana, i constantment le protegeix. Com una de les moltes incidències que es succeeixen pel seu intent tossut de reforma religiosa, és detingut per la Cúria Romana en 1304, i Jaume II aconsegueix que sigui deslliurat, cosa que no és obstacle a què sis anys més tard compromete el rei afirmant que aquest i el seu germà dubten de la inspiració divina dels Evangelis. Jaume II es sincera davant de Climent V. Mes és tant el prestigi d'Arnau com a metge, que mor aquest precisament en ocasió d'anar a Roma cridat pel Sant Pare, i malalt Climent V, demana per una encíclica i baix pena d'excomunió que li sigui buscat i enviat el llibre "Práctica de la Medicina".

Es veu clara amb tot això l'altíssima posició social i l'extraordinària influència d'Arnau. En els seus escrits -obra del seu temps-, hi ha molta hipòtesi i molta fantasia, però sobre tot és un home que avui en diríem experimental. Se'l considera descobridor dels àcids nítric, clorhídric i sulfúric, de l'alcohol i les tintures alcohòliques, de la destil·lació; conegué el bismut i l'emètic, els efectes del carbó mal encés, i escriu tractats de medicina i química en gran nombre, al mateix temps que dissertacions teològiques. Es preocupa de les epidèmies que tants estralls causaren en aquell temps. Arnau de Vilanova és la gran figura de la Medicina Catalana, encara que no especialitzi les seves activitats com és propi dels homes de la seva època. Juntament amb Lull i per primera vegada, escriu matèries de ciència en català. Gairebé un segle més tard els seguirà per aquest camí Francesc Eximeniç.

Ramon Lull, contemporani, comparteix amb Arnau de Vilanova la representació del saber i també de la medicina d'aquell temps d'or. La posició de Lull és més enciclopèdica, més extensa, i per això mateix potser menys intensa. Lull personalitza la cultura del trànsit de la XIII a la XIV centúria. Tracta de ciència en general i dels seus mètodes, en alguna de les seves obres innumbrables (particularment en la "Ars Magna" i el "Arbor Scientiae"), i s'ocupa també de medicina: "Llibre de la febre", "De la salut

i de les malalties", "Métode d'aplicar la lògica nova a la Medecina", "Art de curar", "Medecina teòrica i pràctica". Tothom sap la profunda agitació de la vida i les desventures de Ramon Lull.

Es el Doctor illuminat. La seva muller, Blanca Picany, demana que sigui nomenat un administrador i curador del marit qui "est in tantum factus contemplativus quod circa administrationem bonorum suorum temporalium non intendet". En 1275 és nomenat administrador el pare Pere Galcerán. No sembla Lull haver arribat en vida a igual preponderància que Arnau de Vilanova. Ofereix a Jaume II (1307) el Llibre de Proverbis que considera útil per l'educació dels infants , i demana la protecció reial, "pauper sum, non dimitis servum tuo, domine". El rei li otorga una pensió vitalícia sobre les rendes de la vegueria de Barcelona. I més tard, durant la seva missió i captiveri a Tunis, diferents persones reials s'interessen per la sort de Lull.

Com a Arnau de Vilanova -i pot ser amb més empena encara- interessen a Lull les qüestions teològiques vorejant sovint l'heretgia. Els llibres de Lull són violentment discutits des del punt de vista dogmàtic, després de la seva mort, sota Gregori XI. El rei Joan I fa recollir totes les obres, per la intervenció de l'inquisidor de Girona, Nicolau Eymerich, i no és sinó fins a darrera del segle, després d'una lluita en la qual hi prenen part els Sants Pares, els reis i les ciutats de Barcelona, Saragossa i València, que els llibres són declarats ortodoxes.

En acabar-se el mateix segle, Francesc Eximeniç compona una veritable enciclopèdia en qué s'hi tracten també qüestions mèdiques. Fra Eximeniç, un altre savi que escriu en català, també sembla haver influït molt en el seu temps. Pere IV demana repetidament al duc d'Anjou i al comte d'Armagnac que recomanin Eximeniç al canceller de la Universitat de Tolosa per a qué pugui graduar-se Mestre en Sacra Teologia (1373); pel viatge el pensiona la pròpia reina Elionor, i la Infanta també el recomana. L'infant Joan -que serà després Joan I- nomena Eximeniç el seu confessor, i el Consell de la Ciutat de València repetides vegades ajuda a Eximeniç, pagant-li viatges d'inspecció a monestirs, fent-li comprar¹ llibres , regalant-li vestits o diners en espècie, etc. Eximeniç, com Lull i Arnau de Vilanova, escriu indiferentment en català o llatí, i forma una de les figures de més relleu en la història de la nostra ciència.

En aquests segles XIII i XIV en qué és més destacada la personalitat política de Catalunya, la cultura pren volada i triomfa la llengua del poble, enfront del llatí, el domini intel·lectual del qual era vastíssim. Poc a poc va invadint des de la literatura popular, les bones lletres, la ciència, la religió i la diplomàcia, arribant a ésser, en el segle XIV, una de les més extenses en les costes mediterrànies. Primer se'l nomena romanç o llegua romana o llengua materna; després catalanesc, i ja a mitjans del segle XIV, catalá o llengua catalana.

En catalá escriuen els poetes, els literats i els savis, i al catalá són traduïdes obres immortals. Es admirable, diu Rubió i Lluch, la riquesa de la incorporació dels tresors espirituals de la humanitat realitzada pels nostres reis i els nostres escriptors. La llengua catalana, sobre tot havent compte de l'exigüitat del seu terreny d'expansió, fou una de les que més s'afanyá a l'Edat Mitjana en fer-se mestressa de la ciència europea. Obres eixides a França, a Provença, Itàlia, Castella i ádhuc a regions més apartades no trigaren gaire a ésser portades al nostre bell catalá. Del llatí, de l'aràbig i fins de l'hebráic ens incorporárem així mateix moltes produccions. Sovint ens avençarem en aquesta tasca a altres nacions més fortes i preparades.

Es aquell període en qué es crearen les Universitats a Europa. La principal, entre totes, la de París, fogar del saber del món occidental, nomenade mare de totes les altres. En 1300 Jaume II instituí l'Estudi general de Lleida d'acord amb Bonifaci VIII. Aquest Estudi, millor diriem Universitat, fou afavorit amb els mateixos privilegis que s'havien atorgat a Todlosa en 1229. Ben aviat prengué molta importància i esdevingué la Universitat nacional de Catalunya.

En ella s'hi estudia la medicina, i els noms d'alguns dels seus catedràtics han arribat fins nosaltres., Guillem de Beziars, Pere Gavet, Pere Colom, Ramon Querol, Ramon Falgaç i sobre tot Jacme d'Agramunt, qui escrigué un tractat molt important sobre la glánola, malaltia terrible en aquells temps i que devastava Catalunya com altres terres d'Europa i Asia. Es sabut i ho recorda el doctor Freixes en el discurs inaugural abans citat, que, pel pretigi guanyat pels Estudis de Medicina de Lleida, Joan I els concedí el privilegi d'anatomisar els cadáveres dels condemnats a mort. Per altra banda, el rei Pere IV atorga als doctors, llicen-

ciats i aprovats de l'Estudi de Lleida, els drets a formar un Col·legi amb les mateixes prerrogatives que els de Montpeller.

La Universitat de Lleida arribà a ésser considerada com una de les primeres d'Europa. Eximeniç enumera les més importants en aquesta forma: París, Oxford, Cambridge, Tolosa, Perusa, Bolonya, Montpeller, Lleida i Salamanca.

En 1350 és fundat l'Estudi General de Perpinyà, i en 1354 el d'Osca, però passen molts anys abans d'atényer la butlla papal que ha de convalidar la seva institució. El rei Martí en 1398 proposa als Consellers de Barcelona, d'instituir uns Estudis Generals a semblança dels de Lleida, i els Consellers rebutjen, no perquè atenguin a la reclamació dels Pahers de Lleida que reclamen a conseqüència dels privilegis procedents de Jaume II, sinó perquè no volen acceptar les condicions especials dels universitaris "amb més drets que deures, i molts d'aquells incompatibles amb les lleis que regeixen Barcelona". En la Seu i Convent de Pares Predicadors s'hi llegien lliçons de Gramàtica, Lògica, Dret Canònic i Civil, Filosofia, i així mateix Medicina. Una nova proposició del rei, deu anys més tard, es també refusada i així, no podent fundar el rei Martí un Estudi General amb totes les Facultats, reorganitza i perfecciona l'Estudi de Medicina, estatuïnt que en ell es puguin donar graus, que li siguin entregats cada any dos cadàvers de penjats que no siguin de Barcelona, que els professors i estudiants tinguin les mateixes prerrogatives que els dels Estudis de Montpeller, ordenant que "tots els que componen l'Estudi de Medicina, presents i futurs i llurs mullers, fills i familiars, que tinguin o puguin tenir, romanen baix la seva protecció, especial custòdia, guiatge i comanda, preservant-los de tota ofensa, injúria i violència". Són mestres de l'Estudi Francesc de Granollachs, G. de Miralles, Pere Paul, Antoni Ricart, Gabriel Quintana, Pere Coll i Tomás Marquet.

Es en el temps del rei Martí que es funda així mateix l'Hospital de la Santa Creu, l'Hospital que gairebé per cinc segles ha estat de fet l'únic de Barcelona, tot i l'expansió insospitada de la ciutat. La història de la iniciativa, com en 15 de març de 1401 es reuniren en la Sala del Trentenari d'aquest Palau Municipal els Concellers Ramon Savall, Ferrer de Marimón, Antoni Bussot, Miquel Roure i Lluís de Gualbes, "els Prohoms elegits i altres" davant del notari públic i escrivà en Bonanant Gil i com al mateix temps en la Cambra

Major del Palau Episcopal s'hi reuniren el senyor Bisbe i els capitulars Guillem de Fonts, degá, Dr. Francesc Castanyer, Bertomeu Gomis, Anton de Fornells i altres davant del mateix notari, com les dues comissions discutiren la millor manera de refondre els hospitals de Barcelona en un sol i essent acordada l'erecció del de la Santa Creu, per l'edificació del qual el rei cedí els materials, pedra i sorra, que s'havien reunit a la platja per a bastir un palau vora la mar; tota aquesta història és ben coneguda.

La medicina catalana té una tradició que segueix les lleis de la història. En produir-se la decadència política per l'extinció de la dinastia, tota la vida va esllanguint; Catalunya perd progressivament la seva personalitat inicial i la medicina forastera i encara sense gaire interès. El renaixement no compta per nosaltres. El segle XVI, gran renovador, moment feliç en que l'home s'acostuma pels nous mètodes a contemplar i estudiar la realitat, en qué apren a veure el món tal com és, en qué, de fet, es constitueix la ciència moderna, passa en va per Catalunya. Es poden citar uns noms distingits: Geroni de Merola, de Balaguer, que fa notar ja la unitat orgànica, l'anatómic Montanya de Montserrat, el fisiòleg Morera, de Vic, els Gabriel Miró, el doctíssim Bruguera, els Roca de Girona, Caxanes de Barcelona, Antoni Aguilera de la Junquera, Antoni Laporta que fou degá de Montpeller. Són metges que obtingueren una merescuda celebritat, però que no deixaren empremta en el progrés científic.

El segle XVII és més eixorc encara. Citarem també a Joan Francisco Rosell de Barcelona, catedràtic, autor d'un tractat galénic en sis llibres. Llorenç Romeu de Tortosa, Joan Alós, també catedràtic de Barcelona, gran defensor d'Harvey i propugnador de la doctrina de la circulació de la sang "De cordi hominis . Disquisitio physiologica-anatomica" (1694), Jascinto Andreu de Hostalric, catedràtic així mateix, Félix Osona...

Sols a partir de la segona meitat del XVIII, quan sota la impulsió de Carles III, es renova tota la vida espanyola, Catalunya es commou, i d'igual manera que es manifesta l'activitat econòmica que culmina en l'actuació de la Junta de Comerç, també la medicina mostra un clar progrés. Es el temps en qué Pere Virgili aconsegueix la creació del Col·legi de Medicina, restauració del fundat

pel rei Martí que s'havia extingit; i és també el temps en què uns metges entusiastes obtenen, després de vèncer nombroses dificultats, constituir la Real Acadèmia de Medicina. Les ciències d'observació floreixen, i sembla que la nostra medicina prendrà el camí del progrés universal. Anatómics com Gimbernat, Bonells i Lacaba, químics com Carbonell i Bravo, homes de coneixements enciclopèdics com Salvà i Campillo, filantrops com Piguillem, metges com Piquer Masdevall de Figueres, Francisco Suñer de Roses, i molts més encara, són exemples que cal recordar.

Si. La medicina catalana té història pròpia. Heus aquí un caràcter diferencial suficient; No és que nosaltres ens girem als temps passats buscant en ells la llei pels nostres dies. Cada hora té la seva inquietud. Però és evident també que l'avui procedeix de l'ahir i condiciona el demà, perquè la vida és una trajectòria. Ens convé, doncs, conèixer els punts determinants d'aquesta línia, i és per això que la història és alliçonadora.

La història ens diu que existeix una medicina catalana amb fesomia pròpia, i cada un de nosaltres sent bé com això es cert. Esforcem-nos tots en fer, doncs, la nostra medicina del present. I remarcuem una altra vegada el fet de què la cultura segueix la sort dels pobles, però que així mateix moltes vegades és l'indici de moviments que s'incuben en la pregonesa de l'ànima, encara no feta conscient. Per això l'aparició d'aquesta consciència en les collectivitats, s'acompanyava sempre d'una renovació cultural.

Els temps ens són propicis. Però ens cal demostrar al món l'existència d'una medicina catalana amb propi contingut i tot treball serà poc per tal de recuperar el camí perdut en els anys d'indiferenciació i d'absorció.

I que ningú es consideri vexat per aquests propòsits. El reconeixement d'una personalitat no vol dir rebaiament de ningú. Es el coneixement i la voluntat d'existència el que ha de regular naturalment les normes polítiques dels pobles. Que tan sagrada és la llibertat colectiva com la individual, i tant s'ha de respectar el designi racial com la dignitat de la persona. El principi de l'autodeterminació consagra la llibertat de les agrupacions naturals dels homes.

Doncs bé; som metges catalans i així volem definir-nos. Perqué ens ho mana la història, perqué ho portem en la nostra sang i perqué ho sabem; I amb la nostra voluntat podrem portar a un alt nivell la medicina de Catalunya.

Quin mal hi ha en aixó? Qui podrà veure amb recel els nostres esforços? Quina familia s'entristeix per la prosperitat i la personalitat ben forta dels diferents individus que la formen? Espanya és la primerament interessada en una Catalunya rica i plena, aquesta Catalunya que tots somniem i per la qual voldríem retrobar l'antic prestigi i el radiant esplendor.

I poc més. No sabia acabar sense dir el nostre enyor. Dels cinc Presidents que em precediren, dos són morts. S'han dit moltes paraules, i encara són poques; en llaor del que fou el primer, el doctor Miquel Fargas. No hagués pogut callar aquest record, per tots tan venerat. Per altra part, el Senyor Secretari ha evocat els morts caríssims, els esperits nobles que ens han deixat en els anys que travessàvem el desert. L'illustre mestre, que és el doctor Joan Freixes, ens parlará, com ell sap fer-ho, del més representatiu entre aquests morts, del doctor Josep Roca i Heras. La Junta organitzadora del Congrés ha cregut que honorava degudament la memòria de l'antic President, encarregant la seva necrologia a l'home digne del més cordial homenatge de tots els metges catalans, que tant han après amb ell. No havia d'acabar sense que aquests dos noms, tan volguts, sonessin entrelleçats en acabar aquestes paraules inicials.

A tots els presents la nostra gratitut, a les dignes autoritats aquí presents o representades, a les delegacions de corporacions populars o científiques, a tots. I de manera particular que consti el nostre reconeixement a l'Ajuntament de Barcelona, que ens ha rebut en la seva noble casa, plena de suggestions que ens fan batre el cor d'emoció. A les Diputacions catalanes, començant per la de Barcelona que generosament i noble ens ha volgut ajudar en la tasca de restaurar els nostres Congressos. Mercés a tots els que s'han volgut interessar pel millor éxit de la present reunió.

I esperem que reemprés avui el camí, ja mai més no es trobará tancat. Será l'entusiasme dels metges catalans que farà florir esplendorosa la nostra medicina. Per aixó, res com el conreu abnegat de la ciència, com l'actuació

professional més escrupulosa, como constituir un estament que per les seves virtuts es faci respectar. Es pel nostre treball sobre tot que serem patriotes. Perqué si el saber és una fruïció, el saber és també la força. Per la ciència sobre tot, metges catalans, aconseguirem els nostres ideals, i de l'obra nostra en sabrà bé Catalunya. "Ipsa scientia potestas est". Potestat no moridora;

COMUNICACIONES

LA PREOPERATORIA EN GINECOLOGIA

Dr. Víctor Conill

Hay que prever como cercano el día en que el cirujano no podrá evitar la inculpación íntima de mortalidad operatoria, porque suya es la responsabilidad no sólo de la indicación, sino de la oportunidad.

En 50 años de laparatomizar se ha aprendido, entre otras cosas, que el peritoneo no se infecta si no se introducen bacterias patógenas, o se remueven focos patógenos. La rigurosa asepsia aplicable hoy, hace que podamos evitar la infección exógena. Es totalmente positivo el control de la infección evolutiva o latente. Las observaciones termo-esfingomográficas conservan todo su valor. De igual modo el contaje leucocitario: por encima de 11.000 leucocitos por mm. hay infección, como en el caso del embarazo ectópico.

Las latencias en las anexitis crónicas, pueden desvelarse observando las variaciones de dolor, temperatura, contaje leucocitario y velocidad de sedimentación.

La anestesia, particularmente clorofórmica, ataca de manera profunda al hígado en su parénquima; esta noción es relativamente moderna, y puede explicar fracasos quirúrgicos no explicables por los mecanismos corrientes.

Una operación de Wertheim, en mujeres gruesas, o preobesas, bajo anestesia general, tiene una mortalidad que llega al 20 %, según promedio de varios autores, mortalidad que, junto a las recidivas, hace meditar. En su tiempo creimos que la mayor parte de mortalidad era debida a claudicación hepática. En el cáncer uterino hemos abandonado el Wertheim, operación que creemos caducada y obtenemos resultados incomparablemente mejores con el vaciado vaginal de Streckel, con raquianestesia.

La prueba funcional hepática la creemos necesaria y capital antes de la laparatomía; la practicamos por el método Bellido-Burguer, basado en la hiperglicemia inicial postinsulínica. Si la curva es muy desfavorable renunciamos a la operación acordada. Ante una curva de insuficiencia, prescindiremos de la anestesia general en favor de la regional.

En nuestro Servicio, la prueba funcional de riñón, la realizamos con la fenoltaleina inyectada intravenosa y el examen de orina. Una pequeña albuminuria exige reposo y régimen antitóxico, exclusión de anestesia general.

Es esencial en todo examen de orina pre-quirúrgico, la determinación de cloruros, urea en sangre, glucosa, pigmentos biliares, urobilina, cuerpos cetónicos y sedimentos.

El examen de sangre, supone análisis de la fórmula leucocitaria, eritrocitos, hemoglobina. A la investigación de su viscosidad, junto al tiempo de coagulación, le damos importancia para detectar complicaciones tromboflebíticas, que hoy, junto a las intestinales, son tal vez los únicos peligros de la ginecirugía. En viscosidades por encima de 5 y un tiempo de coagulación por debajo de 6-8, hay que proporcionar extractos a la paciente, eliminar en su alimentación albúminas animales y grasas. Quinesiterapia activa y pasiva postoperatoria, levantamiento precoz. En caso de complicaciones tromboflebíticas, cardiovasculotónicos.

El examen cardiovascular se reduce a auscultación, presión arterial y taquicardia de esfuerzo. Las lesiones descompensadas contraindican la anestesia general. Hipotensión por debajo de 10/5 contraindica la raquianestesia.

En general son normas de buena preparación:

- 1) Reposo mínimo de 12-24 horas en la cama.
- 2) Un buen estado de las vías digestivas.
- 3) Evitar la administración de purgantes, que deshidratan, perturban la acción antitóxica del hígado, provocan parestesia del intestino en el postoperatorio.
- 4) Limpieza de cavidades.
- 5) Toilette de la región en dos tiempos:

- 1) desengrasar la piel
- 2) limpieza con iodo
- 3) Preparación de Liepmann

LA PROVA EXPERIMENTAL DE L'EXTRET HIPOFISARI POSTERIOR EN
TOCO-GINECOLOGIA

Drs. P. Pujol i Brau i Albert Ponjoan

El diagnóstico de embarazo, sobre todo en los primeros cinco meses, es generalmente fácil debido al acúmulo de signos patognómicos. Sin embargo, a veces es clínicamente imposible y debe recurrirse al auxilio del Laboratorio.

Los métodos hormonales de Zondeck y Archheim tienen un valor incontestable, pero difíciles de llevar a la práctica.

El diagnóstico por Rayos X, apoyados incluso en el ioduro potásico, es difícil, y dice solamente si hay embarazo o no, pero no ilustra sobre la posible coexistencia de un quiste, ni de embarazo normal concomitante con un fibromioma.

No permite un diagnóstico diferencial entre embarazo uterino y el extrauterino.

Zörrincz utiliza como medio diagnóstico, para evitar los inconvenientes expuestos, la inyección intravenosa de una pequeña cantidad de extracto de lóbulo posterior de la hipófisis, con la cual se obtiene una contracción enérgica y sostenida de la matriz, que aparece rápidamente para desaparecer al poco rato, sin molestias ni trastornos.

El Prof. Reeb de Estrasburgo ha confirmado los experimentos de Zörrincz. Se expone a continuación las experiencias realizadas por los Drs. Pujol y Ponjoan.

TECNICA

Sin ninguna preparación previa de la paciente, se inyecta intravenosamente 0'5 gramos de extracto hipofisario posterior en unos 4-10 c.c. con un reloj para controlar el tiempo.

Se efectúa un tacto bimanual, observándose entre los 20 y 40 segundos :

- desaparición rápida del signo de Hegar, de existir.
- desaparición de la disfunción del cuello con el cuerpo del útero.
- aparición de una ola contractural de todo el cuerpo uterino,

indolora.

- la matriz conserva su consistencia pétreas de 5 a 7 minutos, en caso de embarazo, seguido de un ligerísimo dolor, que se traduce por la paciente como deseo de excrementar.

En los casos de coexistencia de tumor quístico o sólido formando cuerpo con el útero. la tumoración no participa de la contracción, como en el caso de no existir embarazo o de mioma reblandecido.

De fabricarse una caduca para su expulsión, podemos pensar en el diagnóstico de embarazo ectópico. Así en una enferma con gravidez ectópica, a los 60 segundos la matriz presentó una isquemia, adquiriendo una consistencia dura, que persistió durante 6 minutos. En otros 7 casos la hipofisina ha resuelto el problema.

El método no presenta ningún inconveniente para la madre ni para el feto, por la acción pasajera de la mínima dosis utilizada, a la acción protectora del cuerpo amarillo gravídico.

SISE CONGRES DE METGES DE LLENGUA CATALANA, Juny, 1930

COMUNICACIONES
MODIFICACION INSTRUMENTAL EN L'OPERACION DE DOLERIS.
Dr. Pujol i Brull

En la plexia extra-peritoneal de los ligamentos redondos (operación de Doleris) para dar paso a los ligamentos a través de la pared abdominal, es de práctica corriente hacer una doble abertura con un bisturí que atraviese la aponeurosis, plano muscular y peritoneal, sirviendo el mismo bisturí de guía a una pinza Kocher, con la cual se pinza el ligamento redondo en el punto electivo.

Esta maniobra tan sencilla, presenta a veces el inconveniente de que la sección muscular es más o menos hemorrágica, por lo que puede dar lugar a la formación de hematomas interparietales, origen de complicaciones.

Para evitar el inconveniente comentado y ganar en rapidez, se ha construído una pinza-trócar, que presentamos.

Consiste en una pinza longeta curva de doble articulación, de ramas elásticas y dientes de rata para posibilitar una presa sólida; en su extremidad se le ajusta a modo de capuchón un trócar que no queda solidarizado con la pinza. La curvatura de la pinza ahorra la doble disección por el lado de la aponeurosis, suprimiendo, por tanto, los espacios muertos, el traumatismo es mínimo y la maniobra más rápida.

La pinza tiene trócares de distintos calibres, pudiendo ser utilizada en: drenaje linfo-hemorrágico en la operación de Halsted, en el drenaje supra-púbico hermético de Renn.

COMUNICACIONES

TRACTAMENT DEL CANCER DEL COLL DE L'UTERUS

Prof. Lluís G. Guilera

Si un médico que posea una perfecta técnica operatoria y también radiológica, tuviese precisión de escoger una de las dos técnicas para tratar el cáncer de cuello uterino y no contase para ello más que con el auxilio de la literatura médica, se vería perdido, y no precisamente por falta de material.

Las estadísticas aisladas, aunque sean ^{las} de los grandes centros de lucha contra el cáncer, no puede resolvernó el problema de la superioridad de procedimientos exclusivamente físicos o exclusivamente quirúrgicos.

El estudio de datos mundiales, a nuestro entender, no hace sinó aumentar la confusión creada por las estadísticas aisladas, habiendo llegado a la conclusión de que es preciso visitar los centros directamente y comprobar después, personalmente, las técnicas, si uno quiere llegar a verlo claro.

En línea de lo que se denomina ataque concéntrico: se aplica inicialmente curieterapia; seis semanas más tarde extirpación radical por vía vaginal, dejando radium en los parametrios, y cuando se termina la convalecencia, se aplica radiación X intensiva de la pequeña pelvis.

Así, pues, ya ha pasado la época en que han sido estudiados para contraponerlos, dos instrumentos distintos de trabajo, cirugía y radio. Desde ahora podrá únicamente hablarse de radium-roentgenoterapia combinada, asociada, a la cirugía. De cirugía sola, nunca.

Esta es la conclusión a la que deseábamos llegar: los cirujanos más eminentes desconfían de utilizar solamente su bisturí, buscando operaciones menos graves, reclamando el auxilio de los medios físicos para completar su trabajo, en especial en lo referente a los ganglios. Es de creer que en nuestro país ningún cirujano procede de otra manera, consciente de la responsabilidad que contraería.

CANCER DE CUELLO UTERINO

TABLA I.- Curabilidad relativa a los cinco años

Curioterapia sola

Heymann			
Radiumhemmet, Stockholm	188 casos operables.	43'6%	
	144 id. id.	44'4%	
Regaud			
Institut du radium, Paris	95 casos operables.	38 %	
	Casos de I grupo...	75%	
	Id. II grupo ..	40%	

Roentgenterapia sola

Wintz			
Clínica Ginecológica Universitaria,			
Erlangen	108 casos operables	57'4%	

Curie-Roentgenterapia

Doederlein			
Clínica Ginecológica Universitaria,			
Munich	183 casos de I grupo	50'2%	
	251 id. II grupo	28'3%	

Wertheim solo

Franz			
Clínica Ginecológica Universitaria,			
Berlín	296 casos operados	44'93%	
	46 id.id. I grupo	76 %	
Mortalidad		6'5 %	
Stoeckel			
Clínica Ginecológica Universitaria, Kiel	87 casos operados.	48'3%	
Mortalidad		9'2%	

Histerectomía vaginal-Roentgenterapia

Stoeckel			
Mortalidad en 206 casos; años 1923-27		4'8%	

CANCER DE CUELLO UTERINO

TABLA DE ...
Curabilidad mundial relativa a los cinco años

Tratamiento operatorio	Radio	Radio
	Monoterapia	Radio + Quimioterapia
Estado de la enfermedad:		
Comienzo.....	57'7 %	
Lesión todavía local.	53'3 %	45'7 %
Operable	21'7 %	26'2 %
Inoperable	0 %	11'7 %
Supervivientes a los cinco años, excluidos los casos inoperables:		
	35'8	0'97
	37'8	0'55

Curabilidad mundial relativa a los cinco años,
según el tipo de tratamiento

Tratamiento radiológico ...	34'9 %
id. quirúrgico	35'6 %

COMUNICACIONES

LA HISTERECTOMIA FUNDICA - Dr- J. Soler Juliá

La histerectomía fúndica, inicialmente practicada por Benttner el ginecólogo de Ginebra, tiene por objeto conservar el ciclo genital periódico, en el caso de salpingitis bilaterales.

El inventor y difusores de esta intervención dicen que está indicada en los casos de anexitis bilaterales quísticas y adherentes, pudiéndose extender sus indicaciones a las salpingitis supuradas con pelviperitonitis.

Nosotros hemos podido comprobar la relativa gravedad de esta operación, con complicaciones de orden infeccioso, que terminaron mortalmente, con celulitis sépticas.

Los peligros y las complicaciones son graves y, creemos, innecesarias, ya que quedan anulados con la conservación de todo el útero.

Resumiendo diremos: que en nuestro concepto la histerectomía fúndica es una operación peligrosa, inútil y antiquirúrgica. Peligrosa, por la facilidad con la que pueden venir complicaciones de orden infeccioso, que ponen en peligro la vida de la enferma. Inútil, porque el objetivo por el cual fue ideada, de conservar la menstruación, se obtiene mejor conservando todo el útero. Es antiquirúrgica porque suprimir una parte de un órgano totalmente infectado, no es cosa que se ajuste a las reglas habituales de la cirugía.

Solamente hay un caso en que creemos está indicada una fúndica y, posiblemente, mejor se diría una subtotal alta, y es el del fibroma no enucleable del fondo uterino de una mujer joven.

COMUNICACIONES

SUPERIORITAT DE LA SINFISIOTOMIA SUB-CUTANIA

Dr. Boi Guilera

PROCEDIMIENTO FRANK ZARATE SOBRE LAS PUBIOTOMIAS SUB-CUTANEAS

- 1º- Un bisturí de hoja estrecha y 5 cms. de largo, es el único instrumental que se necesita. Una grapa o crin para coaptar la pequeña herida. Ello supone mayor rapidez y simplicidad técnica. Posibilidad de prescindir de la anestesia general o de la raquídea, de convenir.
- 2º- Una pequeña incisión y ésta aleja la posibilidad de infección del loquios.
- 3º- Hemorragia insignificante, a veces prácticamente nula en la sinfisiotomía contra hemorragias serias, algunas veces mortales en la pubiotomía.
- 4º- Ganancia en los diámetros útiles, iguales en las dos intervenciones, pero en la sinfisiotomía obtenida de una manera menos brusca, más suave, menos traumatizante.
- 5º- Hematomas^{raros}, insignificantes y ante-pubianos en la sinfisiotomía más frecuente, retropúbicos y graves en la pubiotomía.
- 6º- Mayor facilidad para obtener el parto espontáneo, que debe ser el ideal después de toda pelvitomía.
- 7º- Mortalidad menor en la sinfisiotomía que en la pubiotomía.

A nuestro entender, la única ventaja que puede tener la pubio sobre la sinfisiotomía, es la de permitir una ganancia mayor^{con} la aplicación pelviana. Pero esto es a la vez un peligro para las partes blandas.

COMUNICACIONS

CONTRIBUCIO A L'ESTUDI DE L'ECLAMPSIA

Dr. J. Cros Fome

El procedimiento preconizado por Stroganoff, combinado a veces con el de Dublin y la sangría, es el que mejor resultados proporciona, tanto para la madre como para el hijo.

La siguiente estadística comprende 18 casos sobre 2.264 partos, en el período comprendido entre el 1° de enero de 1925 a 30 de diciembre de 1929. Se ha encontrado un 0'78% de eclampsias, resultado algo alto en relación con el 0'38 encontrada por Vinay. El mayor contingente de casos son los ataques intra-partum, oscilando la edad entre los 17 y 36 años, uniéndose con mayor frecuencia en primíparas que en múltiparas, con placenta grande, siendo el Wasserman negativo. La mortalidad materna fue del 0'00; la mortalidad fetal del 9'52%, cifras muy positivas a las de Junker. 15'78 mortalidad materna y 53'88 de mortalidad fetal.

En estos 18 casos se practicaron 8 sangrías, que no rebasaron nunca los 600 gramos. La dosis máxima de morfina fue la de 2 cgr. Las dosis medias de hidrato de cloralo de 2 gr. las de Bromuro de Estroncio, en 24 horas. El procedimiento que nos proporciona estos resultados, y es por esto que mantenemos que los procedimientos de Stroganoff y Dublin, asociados a la sangría, son los que mejores resultados dan en el tratamiento de la eclampsia.

COMUNICACIONES

DEL TRACTAMENT DE LES PERITONITIS AGUDES PUERPERALS

Dr. Boi Guilera

Teniendo en cuenta la especial fisonomía de las peritonitis puerperales agudas, de extraordinaria gravedad pronóstica, las dificultades particulares de su tratamiento y la gran proporción en que figuran las lesiones de peritonitis en los casos mortales (46'0%), debe concedérsele cierta autonomía en relación a la peritonitis pneumocócica.

La supresión de la causa o lesión inicial es más fácil y menos grave cuando se trata de una lesión apendicular, que cuando es el útero y anexos.

Es muy distinto extirpar un apéndice o dejarlo exteriorizado con un buen drenaje, o tener que practicar una histerectomía total, sea del procedimiento que sea. Por estas razones y otras, en Obstetricia no podemos contar los éxitos que los cirujanos cuentan.

Por otro lado la intervención rápida, que es la principal garantía de éxito, es fácil que satisfaga en las ^{de} origen apendicular por perforación, pues el diagnóstico en este caso es generalmente fácil; en cambio en las puerperales propiamente dichas, es generalmente difícil, a veces imposible, excepto en las ocasionadas por efracción (colpoaporrexia, perforación o rotura uterina, etc.).

En las formas generalizadas, los resultados son malos, sea cual fuere la conducta seguida.

El criterio intervencionista es, no obstante, hoy por hoy, el más lógico y el menos malo, si se puede aplicar dentro de los dos primeros días; esto es posible antes de la invasión de las partes altas de la serosa.

En la septicemia peritoneal de origen sanguíneo, el tratamiento quirúrgico es ilógico e inútil. La peritonitis es entonces una cuestión secundaria frente a la intoxicación general.

El drenaje solo o asociado al vaginal y la sutura en un solo plano con hilo metálico o crines dobles, son completamente indispensables en la intervención.

El tratamiento postoperatorio es idéntico al de otras modalidades.

Finalmente, en lo que todos podemos estar de acuerdo es en que el verdadero tratamiento eficaz de las peritonitis agudas postpartum es el profiláctico.

COMUNICACIONES

CONTRIBUCIO A L'ESTUDI DEL TRACTAMENT DEL CRANC, COLL DE LA MATRIU,
EN LA DONA EMBARASADA - Dr. Guillem Ribas

En el estado actual del tratamiento del cáncer de cuello de matriz, cuando éste va acompañado de embarazo, ya no es cuestión de establecer el dilema que forzosamente debía plantearse antes, entre si teníamos que salvar la vida de la madre o la del feto. Afortunadamente, hoy podemos salvar no solamente las dos vidas, sino curar algunas veces a la madre.

El tratamiento será radio y cirugía. No se hará uso en absoluto de la Roentgenoterapia durante el embarazo, por los efectos perjudiciales sobre la vida del feto y sobre la evolución del embarazo. Solamente se aplicará posteriormente a la intervención.

Si se visita a la enferma durante el embarazo, se le aplicará el radio según la técnica del Doctor Nabias, que creemos que es la mejor, pero fundándose en la propiedad cariocinética del tumor. Antes de llegar a término el embarazo, se practicará la cesárea, seguida de histerectomía total. En estos casos no se esperará nunca la iniciación del parto para practicar la cesárea, con el fin de evitar que se rompan las membranas y sobrevenga la infección amniótica, y, por lo tanto, la probable muerte del feto.

Si visitamos a la enferma al término del embarazo, se le practicará la cesárea seguida de histerectomía total o subtotal, según se trate de un epiteloma operable o inoperable. Cuando se practique la histerectomía subtotal, colocaremos radio según la técnica del Dr. Nabias, en el cuello uterino. Si practicamos la histerectomía total colocaremos dos o tres tubos en contacto con la "tranche" vaginal.

En todos los casos, posteriormente a la operación, se practicará la Roentgenoterapia.

ESTERILITAT I DIATERMIA.

Dr. G. Ribas

Entre las distintas causas de esterilidad en la mujer, hay dos que se dan con mayor frecuencia: la anexitis e hipoplasia.

El objeto del presente trabajo es el de poner de relieve el valor de la diatermia en estas dos causas de esterilidad, y que en la mayor parte de los casos se llega a conseguir un embarazo.

El calor producido por la diatermia promueve una dilatación vascular, que da lugar a que circule por los vasos una mayor cantidad de sangre por unidad de tiempo. Disminuye paralelamente los dolores de todo proceso flogístico, con una reabsorción de exudados, tendiendo la enferma hacia la curación.

Las investigaciones de Saqueur demuestran que la diatermia es bactericida. Los procesos gonocócicos pierden pronto en los ovarios, en las trompas y en el mismo peritoneo pelviano, su virulencia. Sin embargo, las anexitis mejoran solamente, no llegando a curar según nuestra experiencia.

Por lo tanto, cuando la esterilidad es debida a una anexitis, prodúzcanse o no cambios de posición de la matriz, se comprende que la diatermia, produciendo tan buenos efectos, llegue a curar la anexitis, situando a los órganos genitales en condiciones posibles de fecundación.

El infantilismo genital es una de las causas principales de esterilidad. Sin embargo, cuando este infantilismo es debido a lesiones o disfunciones del sistema endocrino, el tratamiento ginecológico es completamente inútil.

En la hipoplasia genital, que a veces va acompañada de un desarrollo normal de los órganos externos, pueden obtenerse resultados positivos con la diatermia, siempre y cuando la matriz no sea muy pequeña (3 cms.).

En la hipoplasia genital en la que la capacidad de la matriz está reducida, en que las reglas son escasas, alternadas con meses de amenorrea, la diatermia aumenta la capacidad de la matriz, res-

tablece la normalidad menstrual, logra hacer desaparecer los dolores y al cabo de algunos meses de tratamiento, sobreviene la gestación tan deseada.

De cinco casos clínicos recientemente observados, dos con hipoplasia genital, uno con hipoplasia uterina, con salpingitis izquierda, y dos con salpingitis dobles, que no habían logrado tener un embarazo, y que gracias a la diatermia consiguieron quedar embarazadas.

INTERVENCIONISME O EXPECTACIO EN LA TERAPEUTICA DE LA DISTOCIA:

AVENTAJES Y DEBILIDADES.

Dr. Boi Guilera

A la legendaria figura del tocólogo de las últimas décadas, del siglo pasado, todo paciencia y ... vaselina, ha sustituido el tocólogo cirujano de estilo moderno, entusiasta de las soluciones expeditivas radicales. Es una de las características actuales el ir de prisa, naturalmente, con el mínimo de dolores y molestias, por sobre de toda consideración.

Hay cada día más peligro que el curso del parto perfectamente fisiológico, sea considerado como un acto sometido al libre albedrío del tocólogo o a la moda de la temporada.

Podemos poner muchos ejemplos: veamos solamente algunos:

La versión profiláctica de Potter, quitando a la mujer las molestias del período expulsivo, parece que va haciendo clientela en otros lugares. La mayor mortalidad fetal que fatalmente debe presentarse (Potter en su versión interna confiesa un 8-10 %), no dice nada o poca cosa, según parece.

La llamada evacuación extemporánea del útero al final del embarazo por dilatación manual, previa raquídocesia, ha estado en este sentido la manifestación en que ha culminado este "snobismo".

En relación a las cesáreas, especialmente desde que la entronización de la cervical, parece que hayan desaparecido todos sus peligros inmediatos.

Expectación no significa no hacer nada: cuando se presentan complicaciones, es necesario saber intervenir a tiempo, pero sobre todo no hacerlo demasiado pronto.

Bueno será que aquellos que al ver las aguas turbidas por el meconio pierden el "oremus" y se lanzan a un intervencionismo desenfrenado e intempestivo, sean cuales sean las condiciones del caso (cabeza alta, dilatación atrasada, etc.), no olvidemos que el feto resiste mejor la asfixia que el traumatismo, y que hay que hacer

A los que no temen con dilataciones de cuello muy atrasadas aplicar versiones internas, especialmente en primíparas después de una dilatación artificial, les recordaremos los esguinces de cuello propagados a segmento inferior, a veces mortales, para extraer muchas veces un feto vivo pero traumatizado, que muere pocos días después por hemorragia meníngea o cerebral.

Se dan a continuación algunos datos estadísticos en relación a los distintos intervencionismos, comparada con la mortalidad fetal de distintos Servicios Tocoginecológicos. No ha sido posible encontrar datos sobre la mortalidad materna en los Anuarios del Hospital Clínico; delante de unos hechos, que cada cual saque sus consecuencias.

CLINICA DE BURDEOS

Año	Cesáreas	Forceps	Versión interna	Pelvitomías	Basio-tripsia	Fetotomía	Nº de partos
1904	1	38	6	2	3		415
5	2	59	12	5	3		508
6	1	40	5	1	4		509
7	0	24	5		3		475
8	1	39	3	1	1		498
9	1	52	8	2	2	2	446
10	0	49	8		2		406
11	2	61	4		2		438
12	2 12 operaciones de Porro	42	3	1	2		459
Servicio del Prof. Chamorro- HOSPITAL SALABERRY (Buenos Aires)							
1927	6 1 vaginal	57	22	1	?	?	601
Servicio del Prof. Le Lorier - HOSPITAL BOUCICANT (París)							
1924	11	43	2	1	3	0	1882
Servicio del Prof. Nubiola- HOSPITAL CLINICO (Barcelona)							
1925	4 2 con histerectomía.	64	38	11	1	4	602
METERNIDAD DE BARCELONA							
1925	2	13	1	1	1		412

MORTALIDAD FETAL

CLINICA BAUDELLOCQUE - Prof. Dr. Cuvelaire

Año	Nº total de nacidos	Nº total de f	f antes del parto	f durante el parto	f después parto	salidos vivos del Serv.	f glo-bal %
1921	2156	211	53	81	77	1945	9'78'
22	1675	173	45	66	62	1502	10'3
23	1714	193	48	69	76	1521	11'3
24	1885	149	40	25	57	1736	7'9
25	2249	189	48	61	80	2060	8'4
26	2399	162	40	50	72	2237	6'8
27	2751	204	54	54	96	2547	7'4

HOSPITAL CLINICO

1918	463	58	36	?	22	405	12'5
1920	506	60	36		24	446	11'8
21	506	48	31		17	458	9'4
22	502	32	21		11	470	6'3
24	539	54	36		18	485	10
25	610	48	28		20	562	7'8
26	598	49	32		17	549	8'2
27	581	62	41		21	519	10'7
28	645	62	40		22	583	9'6

CASA MATERNIDAD - Dr. Boi Guilera; Tocólogo Jefe Servicio

1920	372	27	5	14	8	345	7'2
21	403	22	6	6	10	381	5'4
22	404	18	6	3	13	386	4'4
23	410	22	5	6	11	388	5'3
24	375	29	4	12	13	346	7'4
25	415	27	7	10	10	388	6'5
26	462	31	8	10	13	431	6'7
27	471	45	15	81	12	422	9'5
28	477	37	9	6	22	440	7'7
29		37	12	9	16		7'9

COM HA DE FER-SE EL TRACTAMENT ANTILUETIC EN UNA EMBARASSADA

Dr. A. Carreras

CONCLUSIONES

- El tratamiento específico de una luética embarazada, es imprescindible tan pronto como sea descubierta la lues.
- El tratamiento ha de ser completo, intensivo y continuo.
- Los tratamientos incompletos son un peligro para la madre y la salud del hijo.
- El supuesto poder abortivo de las medicaciones, debe ser rechazado.
- El tratamiento con Neosalvarsán y Bismuto ha de ser la base de la medicación, que debe modificarse en cada caso según las intolerancias.
- En un tratamiento hecho con prudencia, los accidentes no son más frecuentes que lo normal. El hijo ha de ser tratado siempre durante los primeros años, aunque no presente síntomas clínicos de heredo-lues.
- Se presentan fracasos por resistencias al tratamiento específico, debiendo dilucidar las causas que pueden contribuir a este fracaso en cada uno de los casos.
- Muchos de los casos de esterilidad atribuidos a la lues, son debidos a otras causas, debiendo eliminarse, en caso de existir deben ser eliminadas.

CONSIDERACIONES CLINICAS SOBRE LUES, GESTACION I HEREDO-LUES.

Drs. Muñoz-Arbat i J. Valenti

CONCLUSIONES

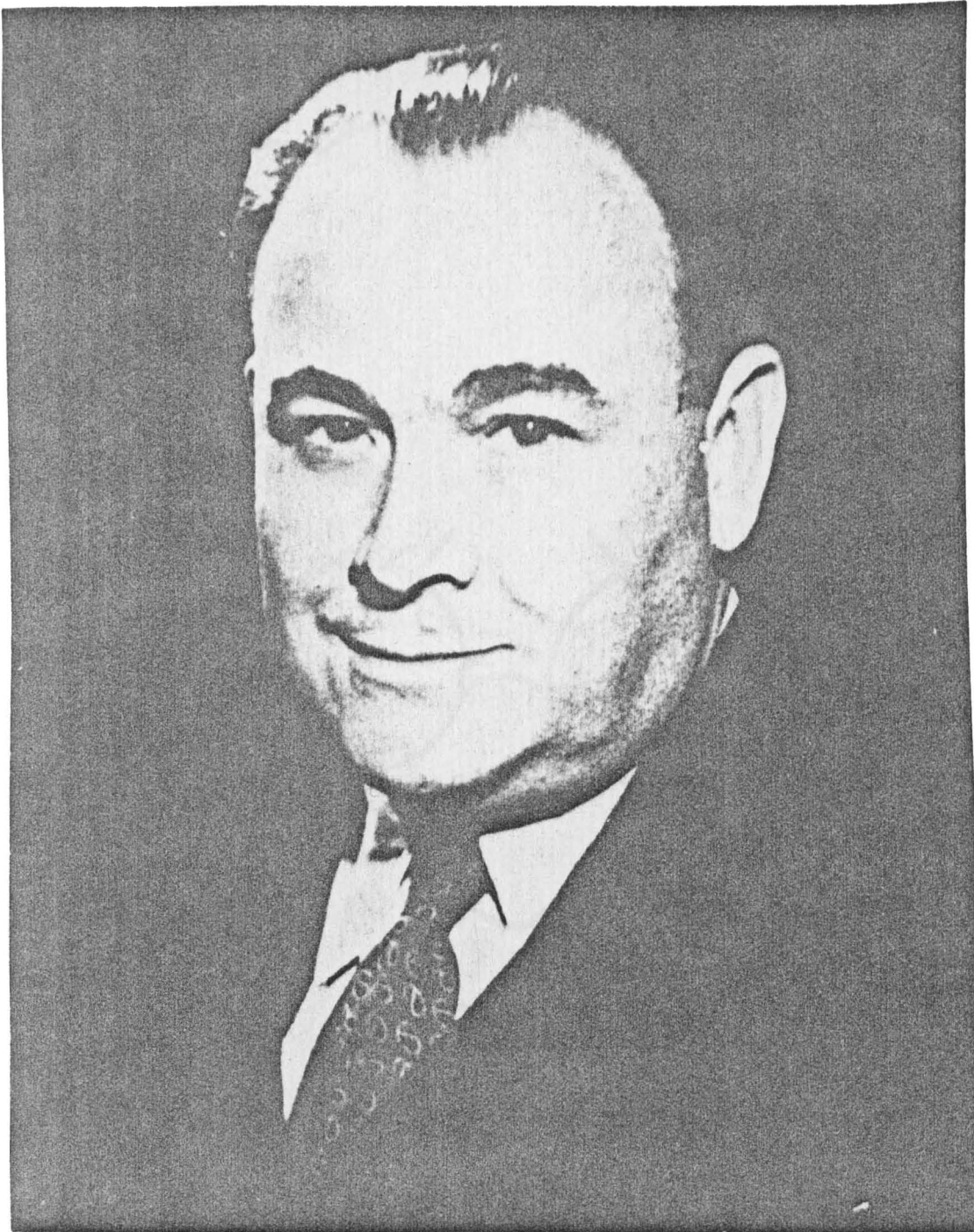
- 1) Se ha observado del contingente general de gestantes ingresadas en la Clínica de Obstetricia, un 12 % de BW positivos.
- 2) De 746 gestaciones en luéticas sin ningún tratamiento, al cabo de 5 años sólo viven 111 hijos.
- 3) De los 111 fetos que han sido directamente observados, el 100 % eran luéticos.
- 4) De 198 gestaciones en luéticas que han sido tratadas, los resultados fueron: 4 muertes, 194 supervivencias.
- 5) De los 194 fetos vivos, 98 tienen señales evidentes de lues, 96 nacieron aparentemente sanos, pero en 73 de ellos el aumento de peso en los primeros días no es normal.
- 6) De todos los niños que nacieron aparentemente sanos. sólo guardan esta apariencia, y están realmente sanos los que:
 - a) hijos de mujeres que al comenzar la gestación ya estaban en tratamiento y siguieron tomando medicación durante toda la evolución del embarazo.
 - b) los que desde su nacimiento fueron sometidos a un tratamiento seguido y regular.
- 7) El porcentaje de BW positivos en sífilis floridas y gestación, es en nuestros casos del 85 %.
- 8) BW positivos se negativizan al producirse la gestación.
- 9) Durante el puerperio la BW sufre, en general, una reactivación. Esta positividad corresponde a un empeoramiento real de la sífilis en las puérperas. Si acontece una nueva gestación en estas condiciones, los efectos de la sífilis sobre el feto, como es lógico, es más intenso.
- 10) El BW positivo con una técnica precisa (Calmette-Massol), junto con la de Heck y Meinike, tiene valor absoluto como afirmativo de sífilis en nuestras observaciones.
- 11) Todo recién nacido heredo-sifilítico, procede siempre de una madre sifilítica, aunque la sífilis de la madre permanezca muda clínicamente. No hemos observado un sólo caso en el cual la sífilis pueda reputarse exclusivamente de origen paterno.
- 12) El treponema, al atravesar la placenta, es evidentemente modi-

ficado en su biología. La sífilis que este germen modificado produce, es de características serológicas y clínicas especiales. Constituye la heredo-sífilis.

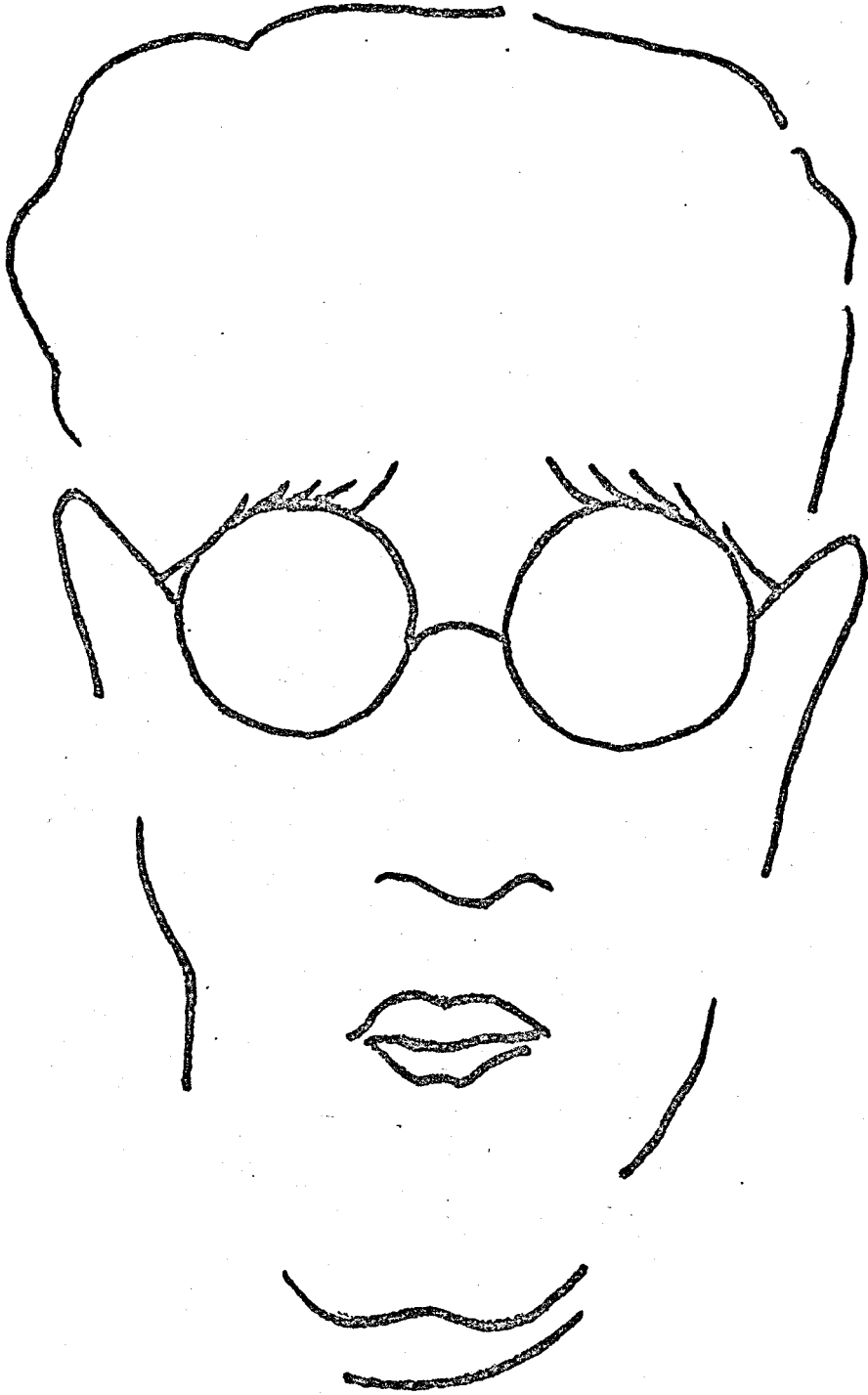
- 13) Las características del terreno sobre el cual se desarrolla, son también un factor importante diferencial. En las heredo-lues encontramos un 50 % de BW negativos, a pesar de sífilis evidente.
- 14) En la práctica, toda mujer de sifilítico, debe considerarse como tal al entrar en gestación, a efectos de tratamiento.
- 15) Toda mujer conceptuada como sifilítica, sea cual sea su estado, y los síntomas que presente, el tratamiento al que haya sido sometida anteriormente, al quedar embarazada debe empezar de nuevo el tratamiento, que no debe abandonar durante todo el embarazo.
- 16) El tratamiento del padre debe ser efectuado junto al materno, único medio para evitar sobreinfecciones.



Dr. Jaime Pi Sunyer



Dr. Jacinto Muñoz

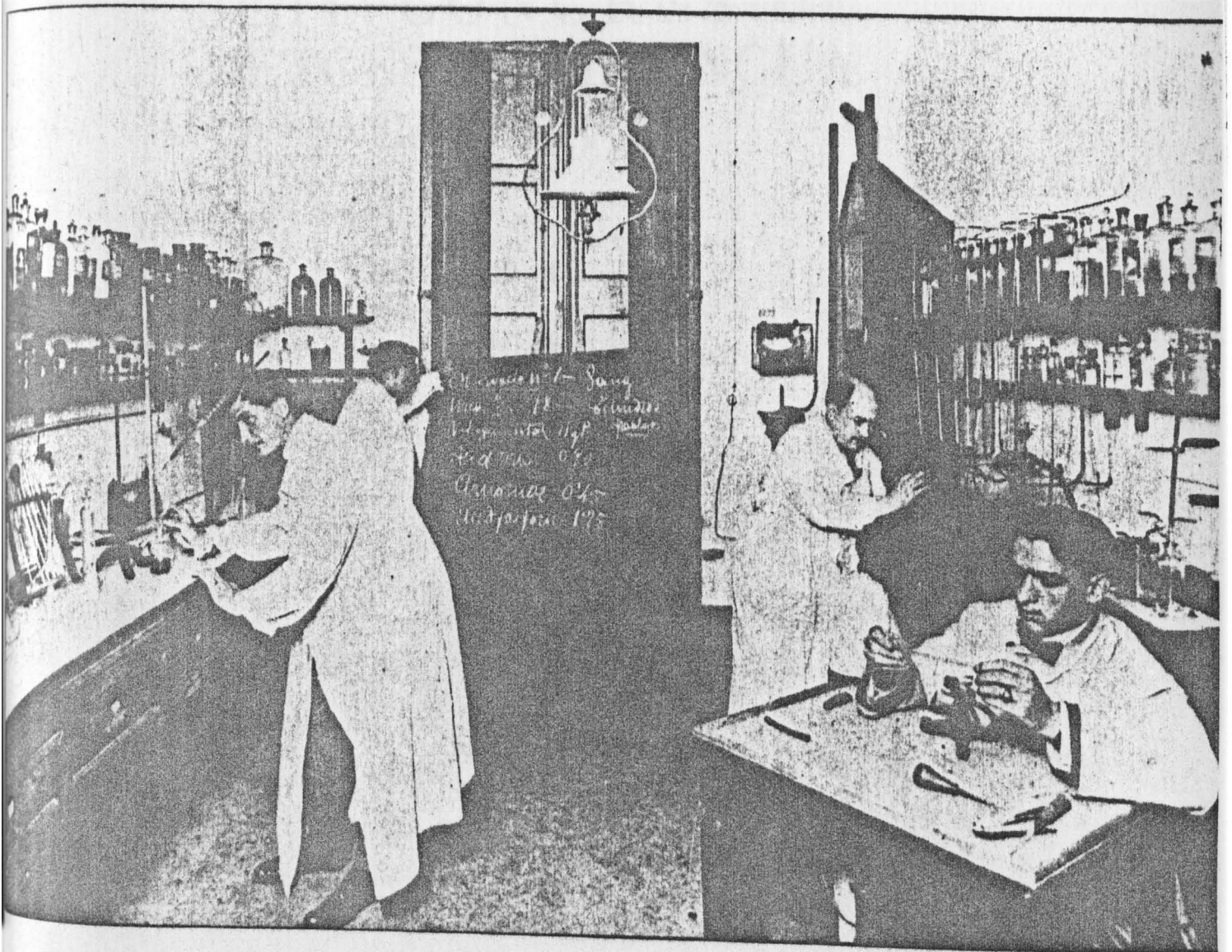


Dr. Trias Maxenchs





Dr. Belarmino Rodríguez Arias



Dr. J. M.^o Vilardell