

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
Cátedra 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

SETÈ CONGRÉS DE METGES DE LLENGUA CATALANA

Fou celebrat en la ciutat
de Palma de Mallorca els
mesos de juny i juliol de
l'any MCMXXXII



B. A R C E L O N A

JUNTA ORGANITZADORA I EXECUTIVA

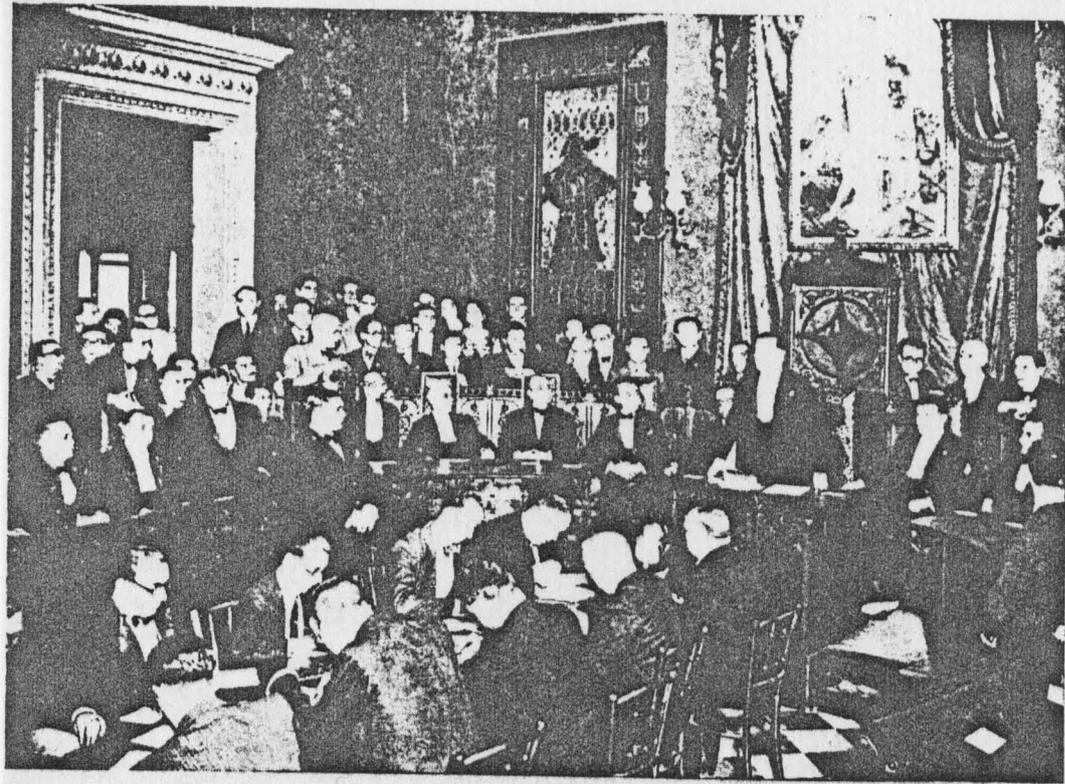
Dr. ENRIC RIBAS I RIBAS, *President.*

" JOAQUIM TRIAS I PUJOL, *Vice-president primer.*

" JOSEP MIR I MIR, *Vice-president segon.*

" MANUEL SALVAT I ESPASA, *Tresorer.*

" FRANCESC D'A. ESTAPÉ, *Secretari general.*



Sessió inaugural en el Saló Consistorial de l'Ajuntament

SETÈ CONGRES DE METGES DE LLINGUA CATALANA

Palma de Mallorca, any 1934

DISCURS INAUGURAL

President Dr. Enric Ribas i Ribas, ~~metge~~

Senyores, Senyors:

Rebeu i accepteu la salutació de tot l'estament mèdic de terres catalanes, ~~absents dels~~ dels absents que, malgrat el seu desitg, no han pogut per l'indole de la nostra professió, abandonar els malalts; però que en esperit estan entre nosaltres i participen encesa de la nostra ideologia.

L'Associació de Metges de Llengua Catalana va assolir un goig immens en ésser convocats per vosaltres per a celebrar en aquesta daurada ~~ciutat~~ ciutat el congrés que avui inaugurarem. Una frisança d'entusiasme s'omple per tot Catalunya en veure que de terres de Llengua catalana, però de limit de nostres encontrades, acataven la nostra ideologia en retre homenatge a la nostra parla. Que aixó significa la vostra invitació.

I nosaltres, corresponent amants, compresos d'emoció a la vostra crida, us lliem aquí ~~amb~~ amb nosaltres a fer tots junts, vosaltres i nosaltres, obra científica amb la nostra parla, penyora espiritual que a tots, el bateix en els temps aquells en qué les nostres llibertats foren foragitades, que en quests moments en que sembla que ens hagin d'ésser retornades amb el reconeixement, per mitjà de l'Estatut, de la personalitat catalana, en tots temps adversos i favorables, la nostra llengua ha estat el baluard inexpugnable que ha resistit contra tots i contra tothom les escomeses amb qué en diverses èpoques la política dictatorial ha intentat ofegar, la veu del poble de Catalunya.

La llengua és la concreció de la personalitat d'un poble i aquest arribament ~~amb~~ amb la seva parla. Alló que separa un poble d'un altre no és un riu ni una muntanya, no és sinó la llengua. Per tant, ~~per~~ per a ella és renunciar a la seva personalitat. Així veu que la primera cosa que han fet els conqueridors d'un poble ha estat ofegar

la seva veu imponent-li la llengua del vencedor.

El gran Menéndez i Pelayo digué: "No hi ha major sacrilegi i ensems cosa més inútil que pretendre engrillonar alló que Déu ha fet espiritual i lliure; el verb humà, resplendor débil i emboirat, però resplendor a la fi de la paraula divina".

La intelligència necessita del forn del sentiment, i quin sentiment pot superar al de retre homenatge a la nostra parla, fonament únic de la nostra nacionalitat?...

Com diu En Torres i Bages, rebutjar l'existència de l'esperit és menysprear la nació, és destruir la història, la literatura, la filosofia d'un poble i fins la seva legislació.

La llengua és el distintiu més característic de la nostra personalitat. Recordeu les paraules de Marian Aguiló:

"Cap nació pot dir-se pobre
si per les lletres reneix.
Poble que sa llengua cobra
se recobra a sí mateix".

Certament que el nostre esclavatge tantes centúries sofert havia acovardit el nostre esperit però les commocions mundials, en despertar arreu l'esperit nacionalista, ha retronat a casa nostra, la qual, orfe de tota ajuda, havia vist esmicolar-se tot alló que era nostre, que era la seva característica, que era alló que estructurava la seva personalitat. El foc sagrat mantingut pels poetes i literats, s'arborà quan els intellectuals, amb els seus cants i les seves llegendes, desvetllaren tota la terra catalana, i aquesta, ensopida per la perllongada apressió de tants anys, es redreçà emparada amb el seu verb, eina la més formidable per remoure la consciència d'un poble que cerca el restabliment de les seves llibertats.

Certament que la nostra llengua no era una llengua científica, però conreada amb tot l'amor l'hem anat depurant, i avui, ja en aquests últims Congressos, la nostra parla no té res que envejar a les altres. Es encara un arbre petit que creix, però la seva verdor esperançadora ens diu que es conservarà verge de tota malura, perquè es veu bressolada per l'aire pur de l'amor a la terra i de les tradicions dels nostres passats.

Es dirà per alguns que per al conreu de la Ciència es necessita la llengua de major difusió; és possible que

aixó sigui cert, pero mai expressarem millor les modalitats del pensament que en la nostra pròpia llengua, i no dubtem que aquesta tindrà major difusió, tant quant gran sigui la nostra cultura. Es, doncs, un problema de cultura, i com creixerà, florirà i fructificarà si tots, impulsats per l'amor a la terra, treballem amb amor, amb fe i amb el convenciment de la pròxima realització d'un esdevenidor espiritual fecundat per una cultura que serà la nostra; I quan hágim assolit aquest grau de cultura no dubteu que la nostra parla tindrà un poder de difusió que res hi haurà que pugui barrar el seu pas, perquè serà una cultura que s'imposarà. Les llengües que avui tenen l'hegemonia no sé que tinguin res de característic que no puguin tenir les altres. L'hegemonia, deia el nostre gran Fargas en el primer Congrés, l'han adquirida per l'esforç dels homes, per la seva intel·ligència, pel seu treball, i sinó, recordeu la història. Quan Alemanya, endarrerida, enviava els seus estudiants a Còrdova i a Salamanca, no era la llengua alemanya la que imperava com a llengua científica: fou necessari constituir una cultura alemanya perquè l'alemany s'imposés; aixó mateix pot dirse de França i d'Anglaterra, i el miracle el va fer l'amor a la terra. Aquest amor a la terra va ésser el que impulsá al gran Paracels, el qual, trobant-se en una època en la que el llatí era la llengua dels savis, fou el primer que doná els seus ensenyaments amb alemany i aquesta lliçó, filla d'un patriotisme sa i vigorós, malgrat les crítiques dels savis del seu temps, ha portat l'actual progrés científic d'Alemanya.

Els que ja comencem a tenir anys recordem aquells temps en qué en les nostres Académies Científiques solament es parlava el castellá, i es parlava perquè no havia esclatat el moviment catalanista, perquè no abrandava el nostre esperit l'amor a la terra; però així que les circumstàncies desvetllaren el nostre ensopiment, conscients de la nostra fatal caiguda, amb total clarividència i energia imposárem la nostra llengua com expressió la més fidel, la més pura, de la nostra catalanitat, i avui, amb tots els respectes que ens mereix la llengua de Castella, de quina manera no ha canviat la tasca dels nostres cenacles científics; La nostra parla, bella i amorosament conreada, en ells regna com a senyora i majora amb tota la flaire de l'amor que sentim per ella.

Repetim aquelles paraules del doctor Aguader en començar el VI^e any de les Monografies Mèdiques, quan diu que to-

ta la nostra obra no l'ha sostinguda més que la fe en Catalunya i els seus alts destins.

Estimem, doncs, la nostra terra, conreem amb tot amor la nostra parla; que sigui ella l'únic instrument de treball de la cultura que ens mantingui, i que ens arribem a tenir una cultura intensa, la nostra cultura, l'expressió d'aquesta cultura, serà arreu escoltada, sentida i respectada.

Com diu un dels vostres poetes: en el segle XIII, després d'haver rebut de les mans mangranimes del rei En Jaume I la formosa Carta de Franqueses, era el nostre poble enmig del feudalisme gairebé universal, com un astre resplendent de llibertat, i, quin poble més havia en el món llavors més lliure que el nostre?

Un dels nostres presidents, el venerable doctor Freixas, deia en el discurs inaugural del IV Congrés: "llengua que honraren intensament com a capítols exemplars Jaume I d'Aragó, Ramon Muntaner i Francesc Eximenis amb pàgines de glòria que, malgrat el temps passat, s'admiren encara avui com a branques de llorens inmarcibles que escampen arreu la seva immortal flaire". Recordem aquell segle d'or de la Medicina Catalana tan bellament cantat pels erudits companys Josep Ma. Roca i En Oleguer Miró.

També vosaltres, ciutadans d'aquesta illa daurada, heu tingut els vostres poetes que amb la pregona inspiració han cantat amb la nostra llengua. En Marian Aguiló, Mossén Costa Llobera, Joan Alcover, Antonia Salvà, Gabriel Alomar, Llorenç Riber, enaltiren la nostra llengua, i han estat els fecundadors i vivificadors del vostre renaixement. No oblideu que la nostra història va fortament lligada a la vostra i, com diu En Fortesa en el seu llibre Pel ressorgiment polític de Mallorca: "Degut a la mort de Jaume I, fatal per Mallorca, i després d'una sèrie de dissorts polítiques que ofeguen la seva personalitat, arriba a 1714 i comparteix amb Catalunya la meravellosa resistència; i és Mallorca l'últim territori de la Confederació en rendir-se a la bandera de les flors de lis i arriar la gloriosa i venerable ensenya de les seves belles franqueses".

Un mateix origen des del punt de vista ètnic, lingüístic i tradicional, té Catalunya amb les Illes Balears i València; ajuntem-nos en aquest moment, potser únic a la història, per a reconèixer la nostra personalitat i imposar-la per la cultura, per la força més forta per a enlairar

els pobles que volen i han d'ésser capdavanters del progrés. I aquesta cultura serà ben nostra si la fem amb la nostra estimada llengua, que és l'arrel de la nostra terra, i tot i enlairant els poetes que mantingueren el foc sagrat, aixequem la nostra veu en català per a fer la Ciència Catalana sense ingerències estranyes, i no dubteu ni un instant que la nostra personalitat s'imposarà si rendim un fervorós culte a les característiques que la informen.

En Juli Romains digué que el problema català no és administratiu, ni d'antagonisme polític, ni d'exacerbació particularista; és, sintèticament, un problema de cultura. El miracle solamt pot realitzar-lo l'amor a la nostra terra; però no hem d'oblidar alló que diu Hegel en la seva Filosofia de la Història Universal, i és que tot alló més important de la història ho ha realitzat indubtablement en el ben entés de la paraula, afegeix, la passió freda. Quan la passió és frenesí-febre, no serveix per a res; cal la ferma voluntat i la clara reflexió perquè el foc decisiu creador no es refredi.

En estructurar la nostra personalitat catalana, sense caure en el pecat d'orgull, treballeu amb la fe i el convenciment de l'apòstol, sense témer el contratemps; la nostra constància, sostinguda per una voluntat ferma i dirigida per la intelligència, ens donarà les forces que calguin per a assolir aquells dies de glòria que tots desitgem per la nostra terra.

En aquesta renaixença de la nostra personalitat, és en la que l'Associació de Metges de Llengua Catalana hi vol tenir-hi la màxima preponderància, i hem de contribuir-hi tots, vosaltres i nosaltres; recordeu aquelles paraules d'un dels vostres literats: "Cap mallorquí del segle XIII i XV s'ofenia perquè sentia dins l'orgull de l'especa, al contrari, que ell mateix s'ho deia, perquè sentia dins l'orgull de l'esperit de Catalunya que era la nacionalitat que havia obert a Mallorca un horitzó novell de glòries patriotes". Però nosaltres, que treballarem amb tota l'ànima pel reconeixement de la personalitat catalana, no volem ésser imperialistes. No volem exercir sobre vosaltres una hegemonia odiosa. Catalunya és terra de llibertat. Solament manem pel reconeixement d'aquelles nostres passades grandeses, que l'esperit català sigui la nostra senyera sota la qual hem de respectar les característiques totes dels matisos de la nostra llengua, dels vostres costums, del vostre dret,

dels vostres privilegis; que tots vosaltres i nosaltres, fem una cultura única, una cultura catalana, tota ella amada de l'amor a la terra.

Ferms en la nostra actitud, constants i enérgics en la persecució del nostre ideal, aprofitem el moment actual, potser únic en la història, perquè de totes les onades de Catalunya, de les Balears i de València grans onades d'amor es produeixin per arribar a aquella cultura catalana, que serà nostra ben nostra, i serà el puntal més ferm de la nostra personalitat.

I ara, comencem la nostra tasca amb tota fe i devoció, convençuts de la vàlua dels nostres treballs. Les ponències d'aquest Congrés són "Climatologia de la Mediterrània Occidental", "Hipertensió arterial" i "Tuberculosi", encomenades a les més rellevants personalitats mèdiques de Catalunya, les quals, junt amb les nombroses comunicacions presentades, marcaran una fita en la ciència pàtria, aixecant la nostra cultura que, en progressiva evolució, ens conduirà a la realització de l'ideal de la nostra terra.

Fills de les Balears, catalans de Catalunya, és el VII^e Congrés que celebrem; però és el primer que fem sota el arbre de la llibertat i del reconeixement de la nostra personalitat i si la nostra força i el nostre entusiasme ens fèren véncer obstacles que de continu s'oposaven als nostres ideals, avui, deslliurats de tot alló que coartava la nostra llibertat, quan d'esplendorosa i esclatant no ha d'ésser la flama que ens ha de guiar en aquest peregrinatge: Aixequem, doncs, els cors amb férvid entusiasme, posant tota la nostra fe i voluntat per fer de la nostra terra un astre de primera magnitud en la Cultura Mundial.

COMUNICACIONS

CURIETERAPIA DEL CÀNCER DE COL·LUTERI. - Prof. Lluís G. Guilera

Plantea el Prof. Guilera que fou en 1926 quan empezó a funcionar el Servicio del Càncer en el Hospital de la Santa Cruz. La sala del Dr. Pujol estava destinada al tratamiento del càncer de cuello uterino. Las conclusiones que se exponen representan los resultados obtenidos en 5 años; quieren ser un homenaje póstumo al Dr. Pujol y demuestran que las aspiraciones del mismo en dotar al Hospital de un servicio de Tratamiento anticanceroso, no fueron infructuosos.

CONCLUSIONES

- 1) La curabilidad global a cinco años vista, es del 25'6% en el peor de los casos.
- 2) La operabilidad ha sido del 35'8%.
- 3) La curabilidad de los casos operables ha estado del 28'5 al 33'3%. La de los inoperables del 24 al 30%.
- 4) La edad; exceptuando las enfermas muy jóvenes, de 20 a 30 años, no parece tener gran influencia sobre los resultados.
- 5) La forma histológica tampoco los influencia marcadamente.
- 6) La única paciente con una tumoración mucosa ha curado.
- 7) La forma anatómica parece tener gran influencia. Con formas infiltrantes no se ha obtenido ninguna curación; de formas ulcerosas intracervicales han curado el 50%. Con las formas corrosivas se ha obtenido un 35% de curaciones.

Prof. Lluís G. Guílera

Es frecuente en la praxis, observar pacientes menopáusicas, ordinariamente obesas y con más de 60 años, que se acercan a la consulta por metrorragias; refieren una sintomatología que hace pensar en la probabilidad de un carcinoma de cuerpo uterino.

Estas pacientes relatan que padecen, además de las comentadas metrorragias, flujos acuosos rojizos, a veces pudendos, con algunos colicos uterinos. En la exploración el útero es difícil de palpar por el grosor de las paredes del abdomen y la histerometría nos demuestra usualmente que no ha aumentado el tamaño del mismo o que incluso se trata de un útero pequeño.

Frente a estos casos se impone la biopsia con cucharilla. De disponerse por este medio de material abundante, el laboratorio establecerá con seguridad el diagnóstico de carcinoma; otras veces confirmará que se trata de una hiperplasia de endometrio, muy frecuente en las proximidades del climaterio, pero extraña a los 60 años.

En los casos que nos ocupamos el raspado proporciona poco material. Realizado el examen histológico no se comprueba neoplasia. Aparece un endometrio usualmente atrófico con ulceraciones, hemorragias intersticiales e infiltraciones inflamatorias.

Los lavages calientes no resuelven el caso, las hemorragias y el flujo se van acentuando, haciéndonos pensar que se nos ha escapado en el raspado el foco neoplásico.

Un segundo raspado, generalmente escaso, proporciona histológicamente un resultado negativo.

Hay que convencerse entonces de que realmente no se trata de un carcinoma. Son enfermas que sangran por hipertensión (epistaxis uterina), en las que la atrofia y ulceración de la mucosa, la retención de coágulos, explican el flujo fétido y los dolores que tan bien simulan la sintomatología del cáncer.

Hay que pensar que la tensión arterial dará seguramente cifras altas, entre 17 y 21. La medicación hipotensora, la dietética y el reposo, resuelven de ordinario el problema y confirman el diagnóstico de hemorragias por hipertensión.

Hay, pues, que recomendar que se privilegie la cuantificación de la tensión arterial en las mujeres menopáusicas que presentan metrorragias, especialmente si son gruesas y que tengan un útero pequeño.

Dr. Boi Guilera

El cumplimiento de las funciones maternas, especialmente el parto y el post-parto son siempre peligrosas para la mujer tuberculosa con lesiones activas, e incluso a menudo para las ya clínicamente curadas.

La prudencia, pues, aconseja recomendar se rehuya el embarazo en las primeras y sólo permitirlo con mucho cuidado en las segundas.

Difícilmente se aceptan los anteriores consejos, pero hay que repetirlos en todas las ocasiones.

Las formas fibrosas son tolerantes, pero no debe olvidarse que se producen serias agravaciones en las formas activas evolutivas. Metzger da un 75%.

En las úlcero-caseosas activas, la gestación es una sentencia de muerte en gente pobre.

No debería permitirse el embarazo en mujeres con menos de 2 años de curación consolidada.

Hay que negar al tocólogo el derecho de plantear "per se", el desagradable problema de la interrupción del embarazo si desde su inicio se producen complicaciones. Es al fisiólogo a quien corresponde tan ingrata labor.

El último mes del embarazo y de modo principalísimo el puerperio, son las fases de mayor peligro para la tuberculosis pulmonar.

Se había formulado como ley que tiene pocas excepciones, "que las embarazadas tuberculosas de pulmón, si mueren, mueren después de haber parido". La observación diaria confirma la ley.

Pues los datos estadísticos disponibles permiten concluir que la embarazada tuberculosa que muere por agravamiento de su enfermedad, casi siempre muere durante el primer mes del puerperio; obsérvese la frecuencia con que aparecen las generalizaciones del proceso pulmonar.

La separación inmediata del recién nacido y la madre, o del recién nacido contagioso, es, en general, medida de absoluta necesidad, su eficacia es indiscutible.

El Profesor Vercesi estima que la tuberculosis es capaz de comprometer la normal evolución del embarazo 20 veces de cada 50 casos; el 32% de los partos serían prematuros, en el 8% habría aborto.

TRACTAMENT QUIRURGIC DE LES TUBERCULOSIS DEL GENITALS EN LA DONA

Dr. F. Terradas

El Dr. Terradas resume en los términos siguientes su comunicación:

- Las tuberculosis externas vulvares y cervicales, han de ser tratadas con escarificaciones o gálvano-cauterio conjuntamente a medios generales y tópicos. Eventualmente, la tuberculosis cervical muy desarrollada, que no se crea acompañada de endometritis ni salpingitis, no debe ser tratada por amputación de cuello.
- La metritis tuberculosa no debe nunca tratarse mediante raspado. Si no obede a otros medios, entre los cuales se debe considerar la Radioterapia, si el útero es grande y doloroso, si hay una salpingitis doble, debe practicarse entonces una histerectomía total, a ser posible por vía alta.
- La salpingitis y ovaritis tuberculosas no supuradas, deben ser objeto de tratamiento médico previo; de fracasar éste o sea éste mal tolerado, se recurrirá al tratamiento quirúrgico, que consistirá en laparatomía y extirpación de todo lo enfermo y de todo lo que parezca.
- Las anexitis tuberculosas con grandes depósitos caseosos y supurados, han de tratarse siempre con laparatomía y extirpación de todo el aparato genital interno, a pesar de la importancia de la operación y de la eventualidad de que se produzca una fístula intestinal.

En las formas ascíticas y, por tanto, de predominio seroso, se ensayará la simple evacuación del líquido por laparatomía, sin tocar ni ovarios ni trompas, aunque su superficie esté sembrada de tubérculos miliares.

SOBRE TUBERCULOSI DE COLL UTERI .

. Dr. E. Seguí i Pou

La comunicación del Dr. E. Seguí, llega a las conclusiones siguientes:

- 1) El estudio diferenciado de la tuberculosis limitada al cuello uterino, está justificada por particularidades de textura histológica, diagnóstica y de tratamiento.
- 2) La tuberculosis genital femenina localizada exclusivamente en el cuello, es siempre secundaria, y no se produce por contacto directo.
- 3) El análisis histológico, se impone para un diagnóstico correcto. Eventualmente pueden servir la inoculación a cobayas y más raramente las investigaciones serológicas; no tienen valor práctico las inyecciones a la tuberculina.
- 4) Dejando el tratamiento general aparte, localmente ha de enfocarse con la idea de una conservación íntegra de función, lo que se obtiene con intervenciones quirúrgicas conservadoras únicas, a practicar siempre que se parta de un diagnóstico preciso de localización puramente cervical.

Dr. E. Seguí i Pou

La tuberculosis de la vulva, es poco frecuente, pero no lo suficiente para que al hablar de tuberculosis genital en la mujer, pueda hablarse exclusivamente de tuberculosis anexo-uterina, o que se dé excesivo valor a los datos de Ciarlo, que hablan de 70% de localizaciones tubáricas, el 20% de uterinas y el restante 10% para los ovarios, con lo que la localización vulvar parece no existir.

Han sido necesarias una serie de investigaciones histológicas para descubrirla, pues la especial estructura anatómica de la región se presta a una aparente unificación de las afecciones que allí se radican.

La gravedad incontestable de esta afección genital femenina tuberculosa, merece que no pase desapercibida.

Esta enfermedad puede presentarse a todas las edades, pero se produce con preferencia en la infancia, en la primera infancia.

Puede ser primitiva o consecutiva a otras localizaciones.

La tuberculosis vulvar primitiva es una inoculación "in situ" que puede ser debida al empleo de ropa contaminada, a masturbaciones en medios infectados, o al coito con sujetos tuberculosos con lesiones genitales o no.

La tuberculosis vulvar secundaria se presenta en enfermas portadoras de otras localizaciones fímicas.

La herencia tuberculosa se ha comprobado en bastantes casos de tuberculosis vulvar.

La infección gonocócica ha precedido a menudo a la tuberculosa. Otras veces la tuberculosis se ha presentado con motivo de una gestación.

Bonin. ha hecho fijar la atención en la importancia patogénica que tiene el traumatismo. Según Popoff este traumatismo es indispensable.

Tres son las formas en que puede presentarse la tuberculosis vulvar:

- 1) Superficial o lupus tuberculoso de vulva
- 2) Forma ulcerativa profunda
- 3) Hipertrofia

No es fácil a la histopatología descubrir los elementos característicos de la tuberculosis en los cortes procedentes de lesiones vulvares. Las infiltraciones leucocitarias, las alteraciones vaculares y el edema del tejido conjuntivo. Es difícil encontrar

formaciones embrionarias conteniendo en su centro algunas células gigantes, o granulaciones numerosas tuberculosas.

No es constante la presencia del bacilo de Koch.

El curso de la tuberculosis vulvar es crónico y progresivo. En las formas primitivas hipercrónicas en mujeres robustas llegan a durar 20 años. Las formas ulcerativas luposas y secundarias tienen una evolución más corta y hacia un fin funesto.

Los síntomas varían según los tipos. Las ingles presentan ganglios sobresalientes duros e indoloros. El prurito es síntoma frecuente, observándose dispareunia, micciones frecuentes e involuntarias y dificultades mecánicas para la deambulación.

En las formas ulceradas extensas, el tratamiento local habrá de limitarse a menudo a la desinfección meticulosa, a los toques de ácido láctico, de cloruro de zinc o de iodo, en colaboración con el uso de la cucharilla de raspado y el termocauterio.

La Roentgenoterapia moderadamente penetrante, es racional en las formas luposas. En las formas secundarias, el tratamiento general de la tuberculosis está indicado.

Se ha relatado, y nosotros hemos tenido una paciente con tuberculosis en la glándula de Bartholino, de localización secundaria, confirmada histológicamente por el Laboratorio.

TUBERCULOSI GENITAL PREPUBERAL I EN LA PUBERTAT

Dr. P. Nubiola

El Dr. P. Nubiola, tras una extensa, científica, magistral exposición de su ponencia, extracta unas conclusiones de aplicación práctica corrientes:

1) En todo caso de enfermedad aguda o subaguda en la niña o adolescente, incluso lejos de la época puberal, siempre que el diagnóstico y el curso clínico no queden lo suficientemente claros, el médico ha de pensar en la posibilidad de una enfermedad tuberculosa genital.

2) Cuando el organismo infantil femenino se encuentra en un estado no exactamente fisiológico y se observan "décimas" no encontrándose justificación del hecho patológico que lo motive, se tratará de una lesión rectal, combinada con palpación, obteniendo que el dedo índice penetra en la región anexial; por ello es necesario que se lleguen más arriba de la ampolla rectal.

3) Igual conducta debe seguirse en los casos de menarquía prematura, especialmente cuando subsisten retardos menstruales o menorragias. De una terapéutica acertada y en su momento, depende, sinó la vida, la salud y, sobre todo, del futuro sexual de la enferma.

Dr. E. Condeminas

Muchas de las localizaciones de las tuberculosis en el aparato genital de la mujer, producen habitualmente la esterilidad; de aquí que la inmensa mayoría de autores al hablar de tuberculosis genital admiten la esterilidad como un hecho consecutivo. Este hecho es generalmente así, si se estudian las pacientes solamente desde el punto de vista clínico y en que presentan un grado avanzado de la enfermedad. Estudiando todas las formas tuberculosas, se ve que existen formas que pasan desapercibidas y en las que la esterilidad no es la regla.

G. Van Smith sostiene que el 64'8% de las tuberculosis genitales son estériles.

En líneas generales puede deducirse que la esterilidad es muy frecuente y la fertilidad muy reducida en el curso de esta afección. El hecho de que produzca esterilidad depende de la época en presentarse, del órgano afectado, la forma y localización de la lesión, pudiéndose producir una esterilidad completa y definitiva, o una esterilidad temporal con posibilidades de desaparecer, o no ser causa de esterilidad si la curación no se produce.

Pueden así clasificarse, en tres formas que son las siguientes:

ESTERILIDAD DEFINITIVA

- Tuberculosis del ovario (fibrosa)
- Tuberculosis peritoneal en las formas (caseosas)
- Tuberculosis genital con relación a la época de presentarse.
- Tuberculosis de las trompas

ESTERILIDAD TEMPORAL

- Tuberculosis de las trompas
- Tuberculosis del endometrio (vegetante)
- Tuberculosis del cuello en las formas (ulcerosa)

TUBERCULOSIS GENITAL QUE NO PRODUCE ESTERILIDAD

- Tuberculosis del ovario y anexo de forma unilateral
- Tuberculosis anexial de forma serosa
- Tuberculosis de cuello uterino, forma intersticial
- Tuberculosis de la vagina y vulva

Así concluye el Dr. E. Condeminas su comunicación:

"La esterilidad que se produce en el curso de la afección tuberculosa del aparato genital, depende las lesiones que presenta, de las alteraciones que éstas ocasionan en el órgano afectado y de las modificaciones que pueden producir en su funcionalismo".

LA INFECCIO TUBERCULOSA EN TOCGINECOLOGIA

Dr. Víctor Conill

Una inmensa gama sindrómica que va desde el descubrimiento insospechado de una an-xitis, siempre doble; tuberculosa, con ocasión de un reconocimiento destinado a descubrir las causas de la esterilidad, que es lo único que preocupa a la enferma; hasta la forma erética de tuberculosis pelviana, con cuadro septicémico que evoluciona en medio año hacia la muerte.

Localmente caracteriza a la tuberculosis génito-peritoneal, la gran versatilidad del síntoma clínico. En pocos días se ven formarse y desaparecer nódulos en el vientre; este dato es de gran interés y tanto más notable cuanto más grave es el caso.

La esterilidad es un síntoma de gran inconstancia. La hidroperitonitis en la infancia suele dejar una esterilidad definitiva, como las formas secas, las infiltraciones. También se ven tuberculosis en multíparas en condiciones que hacen suponer la existencia de lesiones ya en el momento de la fecundación. Sin embargo, puede decirse que en la gran mayoría de tuberculosis genital hay esterilidad, más explicable por modificaciones de las mucosas tubárica y uterina, que por oclusión tubárica, ya que es un hecho que en lesiones muy avanzadas se encuentra la trompa permeable.

El ciclo menstrual se suspende en las formas graves. El ovario es el último órgano atacado, pero en cambio es muy susceptible a los efectos de la bacilemia o de la toxemia. Menorragias y metrorragias pueden acompañar a la tuberculosis, esta especialmente en la endometritis tuberculosa, forma difícilmente diagnosticable, que se reconoce al practicar un raspado por metrorragias y encontrar en los fragmentos de mucosa la célula gigante. Aparece con cierta frecuencia flujo abundante, mucoso, particularmente en las localizaciones endométrica y cervical. En esta última el carácter del flujo es un dato diferencial con el epiteloma, puesto que aquí es sucio, acuoso y progresivamente fétido, al ser producido por destrucción.

Para corroborar el diagnóstico mediante el flujo, puede inocularse al cobaya en todas las formas de tuberculosis genital.

En resumen:

El diagnóstico de tuberculosis génito-peritoneal puede presentar muchas dificultades por la gran matización de esta dolencia y su reciente reconocimiento, que hace que aún no hayamos encontrado la fórmula diagnóstica única.

La exploración combinada (por vía rectal en las solteras) nos informará de la existencia de una proliferación difusa, poco dolorosa, que afecta a regiones anexiales y "douglas" con sensación de irregularidades, cierta falta de movilidad uterina en proporción directa con la magnitud de la lesión y cierto timpanismo. Por otro lado, la fiebre ligera y la prueba de Kuss positiva. Leucocitosis discreta en los períodos de calma (9.000-11.000), con mononucleosis (35-40%). Proliferaciones inflamatorias, labilidad térmica y leucocitosis con linfomonocitosis, constituye ya ahora el trípode diagnóstico.

Las anexitis sépticas tienen una historia, casi siempre puerperal, bien clara, las lesiones son más concretas y menos infiltrantes, apiréticas si son frías o gonocócicas. Son agudísimas y dolorosísimas, atacando en un par de semanas las fosas, en las lesiones bien dibujadas, encontrándose diplococos (¡¡ ??) gram-negativos en el flujo.

Se propone finalmente la formación de cuatro grupos anatomo-clínicos:

PRIMER GRADO: La hidroperitonitis en la infancia y en el adulto, las pequeñas anexitis tuberculosas de las casadas jóvenes, con participación prácticamente nula de la cavidad abdominal, esterilidad y molestias escasas. Son formas esencialmente benignas y que responden a todo tratamiento.

SEGUNDO GRADO: Tuberculosis hipertróficas, con gran modificación de los anexos y poca del peritoneo, pero constante en forma de siembra miliar y pequeña ascitis o peritonitis seca adhesiva, que suele presentarse entre los 25-35 años y en muchas multíparas. Forma aún benigna y agradecida a la Fisioterapia.

TERCER GRADO: Tuberculosis hipertróficas que se encuentran entre los 15-20 años, con grandes "pelotas" dentro del vientre que se forman y desaparecen, que experimentan crisis agudas, piréticas, con cuadros de obstrucción o apendiculares. Con amplia participación del peritoneo y de los ganglios mesentéricos. Forma grave, pero curable.

CUARTO GRADO: Forma tifosa que aparece inesperadamente con la producción de grandes "colecciones" supuradas, con altas temperaturas. Forma gravísima, casi siempre mortal, a pesar de los drenajes amplios y de todas las medicaciones causales, en tres o seis meses, se produce un desenfame mortal.

RESUM DE LA PONENCIA PRESENTADA A LA GENERALITAT DE CATALUNYA

Dr. Nubiola, Muñoz, Trías-Maxencs, Segala

La obra realizada sobre la salud es intensa en todas las naciones avanzadas; en Cataluña hoy es muy escasa.

No se piden imposibles: ya sabemos que la Hacienda está en baja forma, pero hay un mínimo que creemos debemos conseguir, y puede ser el inicio para llegar a una totalidad en un día no lejano.

En Barcelona, los servicios de Beneficiencia están en lucha. Los del Ayuntamiento con los del Estado, los del Estado con los de la Beneficiencia privada. Esto hace que no se obtengan los rendimientos esperados y deseados.

Es lamentable que se llegue al descrédito de unos y otros mediante campañas de prensa o murmuraciones.

Veamos primero lo que se tiene en Barcelona:

1. Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina de Barcelona en el Hospital Clínico, con dispensario "standard".
2. Clínica Infancia de la Facultad de Medicina, en el Hospital Clínico, con Dispensario de Puericultura.
3. Casa Provincial de Maternidad y Expósitos, con dispensario "Standard".
4. Casa de Maternología y Lactancia, con dispensario "Standard", distribución de biberones y Restaurante Maternal.
5. Servicio de Asistencia Social a los Tuberculosos, y servicio de B.C.G.
6. Clínicas de Infancia del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, con dispensario de Puericultura.
7. Sección de Obstetricia del Servicio de Ginecología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, con Dispensario Tocológico adjunto. Depende de la Beneficiencia privada.
8. Lucha contra la Mortalidad Infantil, con 7 Dispensarios, con secciones de Maternidad y Puericultura.
9. Asilo de Santa Isabel, que se preocupa de embarazadas solteras y primíparas.
10. Hospital de "Niños Pobres", con Dispensario de Puericultura.

11. Hospital de Nazaret, con Clínica Infantil.
12. Hospital del Sagrado Corazón, con Dispensario de Puericultura.
13. Clínica Dispensario de Ntra. Sra. de la Salud, con Dispensario de Puericultura.
14. Guardería para Lactantes de la Junta de Protección a la Infancia.
15. Casa Cuna del Marqués de Alallana.
16. Sala Lactancia de la Textil Torres.
17. Amparo Maternal, donde se protege a parturientas solteras y sus hijos.

De lo que se deduce que el número de Servicios no es pequeño, lo que ocurre es que están mal distribuidos y mal organizados, y que, lejos de ayudarse, están en competencia, exigiendo ello más gastos con menor servicio.

En nuestra ponencia proponíamos la organización siguiente:

Se colocarían 17 Dispensarios según la densidad obrera y natalidad.

Distrito 1 - 2 dispensarios	Distrito 6 - 1 dispensario
Distrito 2 - 2 dispensarios	Distrito 7 - 2 dispensarios
Distrito 3 - 1 dispensario	Distrito 8 - 1 dispensario
Distrito 4 - 1 dispensario	Distrito 9 - 3 dispensarios
Distrito 5 - 2 dispensarios	Distrito 10 - 2 dispensarios

De acuerdo con los distritos del plano de la ciudad.

Estos dispensarios serían todos del tipo "Standard", y constarían de tres secciones:

- a) Consulta para gestaciones en general
- b) Consultas para patología del embarazo (tuberculosis, sífilis, cardiopatías, etc.)
- c) Consultas de puericultura; lactantes hasta los 2 años.

Para los servicios complementarios (análisis, radiografías, etc.) serán utilizados los actuales del Servicio Público.

Todos los servicios actualmente existentes deberían quedar fusionados y bajo la vigilancia de la Generalidad, aunque se admitirá la colaboración de la Beneficiencia privada, dependería económicamente de la Generalidad.

También se proponía la existencia de tres Maternidades y que serían:

- 1) El Servicio de Maternidad y Expósitos con una capacidad mínima para 200 embarazadas y 150 puérperas, con una reglamentación nueva y adaptada a las realidades actuales.
- 2) La Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina (Hospital Clínico).
- 3) El Servicio de Partos anexo a la Sala de Ginecología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, debidamente ampliado, y con dispensarios "Standard".

"El casal del Infant".- Será la institución que garantizará la asistencia al lactante enfermo, y la correcta alimentación natural o artificial del mismo. Tendrá una capacidad para 200 lactantes.

Esta Institución tendrá grandes salas donde las madres podrán dedicarse a pequeños trabajos (costura, pequeñas industrias, trabajos manuales). El 50% de los ingresos le serán proporcionados semanalmente a la madre, el 50% restante le será entregado al salir del centro, como ahorro que le permita afrontar los primeros gastos.

Al redactar esta ponencia no se olvidó lo referente a la cuestión rural, a pesar de que el Real Decreto del 12 de Diciembre de 1928 obligaba a todos los Ayuntamientos de más de 10.000 habitantes a que tuviesen un tocólogo, o bien se reunieran 2 ó 3 Ayuntamientos para disponer del servicio de uno de ellos. En la práctica la orden fue incumplida, o fue cubierta la plaza por médicos que desconocían la especialidad de Toco-ginecología.

La situación de los dispensarios estará en función de las estadísticas de natalidad y densidad obrera, la confluencia de vías de comunicación.

Los dispensarios comarcales constarán de tres cuerpos:

- 1) Partos normales
- 2) Partos patológicos
- 3) Puericultura

Dispondrán de un servicio de ambulancias para urgencias. Estarán regidos por Tocólogos con el Título que el Estado proporciona en toda España.

En caso de que se trate de una distocia, el médico deberá prever el ingreso en una de las grandes maternidades establecidas en las capitales de provincia.

Estos dispensarios vivirán a expensas de los Ayuntamientos que converjan en el centro comarcal, estando auxiliados paralelamente por la Generalidad de Cataluña.

Las Maternidades que se establecerán en Gerona, Lérida, Tarragona y Barcelona, serán del mismo tipo, es decir, los mismos servicios, pero proporcionados a las necesidades individuales de cada capital.

La localización de los dispensarios comarcales será la siguiente:

- 3 Dispensarios en Gerona: Sant Feliu de Guixols, Figueras y Olot.
- 3 Dispensarios en Lérida: Tremp, Seo de Urgel, Tárrega.
- 3 Dispensarios en Tarragona: Tortosa, Reus, Valls.
- 6 Dispensarios en Barcelona: Vilanova i Geltrú, Igualada, Manresa, Sabadell, Mataró y Vich.



Dr. J. Trias Pujol



Dr. Seguí Pou



Dr. Pedro Nubiola



Dres. Pedro Nubiola, Martin Garriga y M. Broggi

COMUNICACIONS PRESENTADES

EN EL

VUITÈ CONGRÉS
DE METGES I BIÒLEGS
DE LLENGUA CATALANA

que tindrà lloc a Barcelona els dies 26, 27,
28, 29 i 30 de juny i 1 de juliol del 1934



TIPOGRAFIA OCCITANIA
Mallorca, 410 - Barcelona

VUITE CONGRES DE METGES I BIOLEGS DE LLENGUA CATALANA, juliol 1934

COMUNICACIONES

EL SHOCK EN GINECOLOGIA - Dr. M. Garriga i Roca

"Las características del aparato genital femenino que facilitan los estados de "shock" en Ginecología son:

- 1) La gran extensión del peritoneo pelviano y su íntima relación con los genitales femeninos internos.
- 2) La gran vascularización e inervación.
- 3) Las congestiones menstruales periódicas y las congestiones de naturaleza sensual.
- 4) Los estados gravídicos.

Las afecciones ginecológicas causa de shock son:

- a) Torsión del pedículo (tumores ováricos, útero fibromatoso, hidrosalpinx, etc.).
- b) Rotura externa de la trompa grávida. Síndrome de insalto peritoneal)
- c) Rotura del piosalpinx.
- d) Las exploraciones ginecológicas intrauterinas.
- e) Traumas genitales
- f) Shock quirúrgico en ginecología.
- g) Bases terapéuticas.

COMUNICACIONS

EL SHOCK EN OBSTETRICIA - Dr. J. Muñoz i Arbat

Concurren durante la gravidez factores biológicos capaces de modificar el cuadro que el clínico acostumbra a conocer con el nombre de "shock".

Las características especiales de la mujer gestante, coinciden con los tres trimestres del embarazo.

- 1er. TRIMESTRE: Consecuencias de la aparición del huevo en el soma femenino.
- 2º TRIMESTRE: Persistencia y desarrollo de aquel, con un cierto grado de equilibrio entre la fisiología del nuevo ser y la materna.
- 3er. TRIMESTRE: Inicio de la independencia de actuación de los seres maternos y fetales, culminando con la brusca separación de madre y feto por el parto, con sus consecuencias que se alargan a los primeros días del puerperio.

A las acciones capitales del "huevo" y de su gestación, debe añadirse la repercusión que tiene la presencia de este en el ciclo del ovario y sus consecuencias sobre el sistema endocrino que son:

- 1) Inestabilidad vascular
- 2) Sensibilización del simpático pélvico-genital.

Las características químicas del complejo hemático durante la gravidez, es el tercer factor que en reciente análisis explica el shock obstétrico que puede observarse en:

- Embarazo ectópico
- Intoxicaciones gravídicas.

Una serie de accidentes durante el embarazo motivan estados de "shock"

- Estados de "shock" premonitorios del parto
- Shock quirúrgico en intervenciones obstétricas.
- Fenómenos varios en los tres primeros días del puer-

perio.

- Gestosis.
- Eclampsia.
- Apoplexia inteutero-placentaria.

La terapéutica ha de ser la de las normas generales, adaptada a las particulares del parto.

COMUNICACIONS

NOTES SOBRE "PART ESTIMULANT" - Dr. B. Guilera

El procedimiento empleado en la Casa de Maternidad, en el estudio sobre 60 casos efectuado es el siguiente:

- 1) Purgar con aceite de ricino de 30 a 40 grs, dos horas despues.
- 2) Clorhidrato de quinina, 0'30 gramos, cada media hora, hasta un total de 5 tomas.
- 3) Una inyección intramuscular de 5 U.I. de pituitrina; al cabo de media hora se repite la dosis apuntada.

Si desfallecen las contracciones se aplica por vía nasal otra aplicación de pituitrina una hora después. Reposo en cama durante el tratamiento. Se sustituye la pituitrina por PITOCIN en las pacientes hipertensas.

Indicaciones actuales:

- 1) Rotura prematura de aguas a término.
- 2) En los embarazos llamados "super-maduros".
- 3) En los casos de feto grande a término, con pelvis capaz.
- 4) Ciertas afecciones maternas, rebeldes al tratamiento (pielonefritis, albuminuria, hipertensión, ictericia recidivante, insuficiencia cardíaca); en las que, sin existir una indicación urgente, sea útil la evacuación uterina por medios suaves y sin peligro de infección.

Los resultados han sido:

- | | |
|---|--------------------|
| 1) Gestantes a término o cercanas a él y bolsa rota | 100 % de éxitos. |
| 2) Gestantes a término y bolsa entera | 80% de éxitos. |
| 3) Gestantes lejanas del término y bolsa entera | 100 % de fracasos. |

COMUNICACIONS

DADES PER A L'ESTUDI DE LA MENARQUIA A CATALUNYA

Dr. Mari i Guinart

El estudio realizado abarca 2.067 casos; de ellos se han estimado como definitivamente válidos a 2.022.

No se ha encontrado ningún caso en que la menarquía haya sido anterior a los 9 años ni posterior a los 22. Las proporciones de frecuencia han sido las siguientes para Cataluña:

Edades:	9	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18
el total:	0'55	3'51	9'64	13'15	23'04	20'17	13'74	7'12	5'24
	18-19	19-20	20-21						
	2'02	0'44	0'20						

- Cerca del 80% tiene la menarquía entre 12 y 16 años en Cataluña.
- La media aritmética ponderada es de 14 años, 2 meses y 3 días.

Pudiéndose concluir que:

- 1) La menarquía en Cataluña es de 13 a 16 años.
- 2) Existe una fuerte diferencia en la aparición de la primera regla según las provincias, que puede atribuirse a diferencias climatológicas.
- 3) No puede asegurarse que las condiciones de vida, alimentación, higiene, etc., supongan una correlación con la menarquía.

COMUNICACIONES

CANCER DEL COLL UTERI. RESULTAT OBTINGUT AMB LA CURIETERAPIA EN ELS CASOS TRACTAS ELS ANYS 1.926 i 1.927? VALORITZAT CINC ANYS DESPRÉS.

Prof. Lluís G. Guilera

En el año 1927 ingresaron en el Servicio del Cáncer del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, 48 enfermas de cáncer de cuello uterino, de las cuales:

12 operables	I grupo (lesiones limitadas al cuello)	7 casos
	II grupo (hasta el límite de operabilidad)	5 casos
36 inoperables	III grupo (inoperables)	21 casos
	IV grupo (desolados y con propagación a otros órganos)	15 casos

La operabilidad resulta ser del 25%.

Estas 48 enfermas ^{fueron} tratadas según el cuadro que sigue:

CURIETERAPIA típica según Regaud ,	10 casos de los grupos I y II y	
	14 del III	24 casos
CURIETERAPIA incompleta		13 casos
ROENTGENTERAPIA sola		1 caso
OPERACION DE WERTHEIM (II grupo)		1 caso
TRATAMIENTO EXCLUSIVAMENTE MEDICO		9 casos

Una de las enfermas del I grupo murió a consecuencia de la radioterapia, otra a consecuencia del Wertheim.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

	Vistos	Curados y perdidos de vista	Curados	Curabilidad relativa
Casos operables	10	4	6	60%
Casos inoperables	36	33	3	3'33%

00277

Curabilidad relativa para los casos del III grupo: 14'28%

Curabilidad absoluta 9 sobre 46 19'5%

Al añadir a estos últimos los obtenidos en el año 1926, se obtiene:

	<u>Vistos</u>	<u>Muertos</u>	<u>Curados</u>	<u>Curabilidad relativa</u>
Casos operables	22	12	10	45'4 %
Casos inoperables	54	45	9	16'6 %

Curabilidad absoluta: 25 %

Los resultados obtenidos en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo son resultados comparables sin desmérito con otros grandes Centros mundiales.

COMUNICACIONES

L'OPERACIO CESSARIA SEGMENTARIA

Drs. P. Nubiola i altres

La operación cesárea clásica fue durante mucho tiempo la única intervención obstétrica de cirugía mayor; por ello ha ido progresivamente pasando a manos de cirujano. La precisión técnica y las indicaciones de la cesárea moderna segmentaria, hace que no pueda ser practicada por quien no es tocólogo.

La cesárea, pues, vuelve a pertenecer a la Obstetricia.

El acto operatorio es breve, poco traumático: se practica en una región que obtiene una reparación perfecta bajo el peritoneo.

De una manera especial hay que considerar las indicaciones por placenta previa, apoplejía uteroplacentaria, sin exclusivismos.

En función de las indicaciones se podrá fijar el momento operatorio en todos los casos. Es difícil y discutida la elección de la anestesia: la práctica de la raquianestesia permite deducir datos de fisiología en el útero puerperal y, en especial, en cuanto a la hipotensión.

La región operatorio que difiere del campo usual ginecológico, ha de ser establecido con todo detalle por las variantes que puede tener.

Los principios básicos de la técnica son: la incisión del segmento inferior o que la herida uterina quede excluída de la serosa peritoneal.

Es imprescindible que la cura postoperatoria sea bien puntualizada para evitar las posibles complicaciones.

COMUNICACIONS

CLASSIFICACIÓ ANATOMO-CLINICA DELS EPITELIOMES DE COLL UTERI

Drs. X. Roura i R. Roca de Vinyals

Deben hacerse unas consideraciones previas, referentes a los epitelios que normalmente existen en el cuello.

- 1) El conducto cervical está revestido por un epitelio cilíndrico desde el istmo hasta el orificio útero-vaginal, en una línea que varía en algunos milímetros en relación a este orificio.
- 2) El hocico de tenca está revestido por un epitelio pavimentoso malpingiano.
- 3) En el conducto cervical existen abundantes glándulas en racimo y criptas glandulares.

Así, dividimos los epiteliomas de cuello uterino en:

- A) Epiteliomas fibrilares o epidermoides.
- B) Epiteliomas mucíparos o glandulares.
- C) Epiteliomas mixtos o híbridos de Lacasaigne.

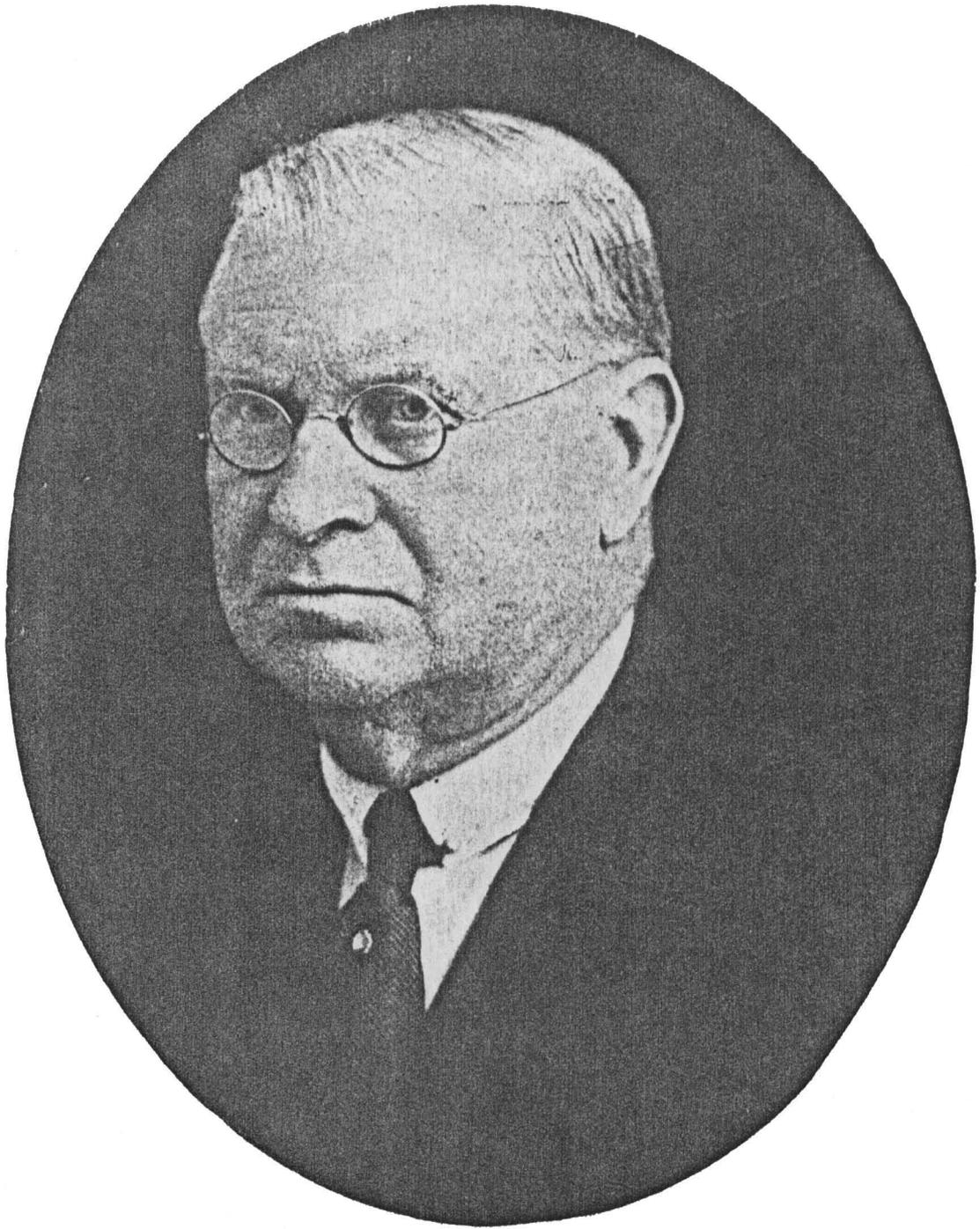
Deben plantearse análogamente los grados de extensión de la lesión; en este sentido:

Formas vegetantes 23 % de frecuencia. Punto de origen: orificio externo o muy raramente en plena "portio".
Formas histológicas: epidermoide inmadura (45 %), semimadura (37 %), glandular adenomatosa (8 %), glandular sólida (8 %). Variedades bien acusadas: muy exofticas, de mal pronóstico, tanto para la cirugía como para la radioterapia.

Forma corrosiva: 20 % de frecuencia. Punto de origen endocervix.
Formas histológicas: Epidermoide inmadura= 54%
Semimadura= 33%
Madura= 3%
Glandular adenomatosa= 6%
Glandular sólida= 3%



Dr. Pedro Domingo



Dr. Puig y Sais



Dr. L. Puig y Roig



Dr. Martin Garriga Roca

COMUNICACIONS PRESENTADES

AL

NOVÈ CONGRÉS
DE METGES I BIÒLEGS
DE LLENGUA CATALANA

que tindrà lloc a Perpinyà els dies
24, 25, 26, 27 i 28 de Juny del 1936



TIPOGRAFIA «COSMOS»
Urgell, 42 - Barcelona

COMITÈ ORGANITZADOR I EXECUTIU

PRESIDENT

Dr. Joan Puig i Sureda

VICE-PRESIDENT 1.º

Dr. Ismael Girard, *Tolosa de Llenguadoc.*

VICE-PRESIDENT 2.º

Dr. Joan J. Valenti i Marroig, *Palma de Mallorca.*

SECRETARI GENERAL

Dr. Salvador Vives i Casajoana.

VICE-SECRETARI

Dr. Pere Gabarró i Garcia.

TRESORER

Dr. Josep Calicó i Maleras.

COMPTADOR

Dr. Joaquim Sellas i Garriga.

VOCALS

Dr. G. Baillat, *Perpinyà.*Dr. Josep Simon i Barceló, *València.*

Dr. Leandre Cervera i Astor.

Dr. Benet Oliver i Rodés.

Dr. Rafael Baltestini i Galup, *Tarragona.*Dr. Agustí Riera i Pau, *Girona.*Dr. Francesc Serra i Salses, *Ilella.*Dr. Josep Palomba i Cipriani, *Alguer de Sardenya.*

SECRETARIA: Casal del Metge, Via Laietàna, 31.

Perpinyá, any 1936

DISCURS INAUGURAL

President Dr. J. Puig i Sureda

El Dr. Puig-Sureda diu amb paraula emocionada:

Heu-nos ací arribats a la casa pairal del Rosselló. El somni s'ha complert. Ja he sentit per boca del nostre benemérit secretari com s'ha esdevingut el fet.

Som arribats a casa vostra, volguts confreres, amb l'alegria al cor, amb la illusió de correspondre amb una estreta i forta abraçada al vostre germanívol convit. Les paraules no són aptes -i menys les meves- per a expressar-vos tot el contingut d'emoció que voldríem posar en aquesta salutació els metges catalans, mallorquins i valencians. Mai una emoció afectiva vinguda de més fondes arrels, ni de més nobles i enlairats propòsits, ni més sentida ni més justificada, ni més esperada ni més agraïda podriem trobar que posés més força i sentiment a l'abraçada que jo vos envio en nom de tots.

El vostre convit, estimats confreres rosselonesos, ens mostra bé que heu copsat i sentit la generosa i elevada essència de la nostra Associació i com encara és ben viu entre vosaltres un esperit de catalanitat capaç de solidaritzar-se amb l'ideal nostre de guanyar un lloc preeminent o almenys honorable per a l'aportació catalana en els grans laboratoris on el pensament de la humanitat labora per a l'avenç i engrandiment de la Medicina.

Es pueril, s'ha dit, l'afany de posar un qualificatiu de limitació nacional a la ciència: l'essencial és que el progrés s'acompleixi i vingui d'on vingui, tant se val. Es cert aixó, res no hi ha més universal que les conquestes de la intelligència ; la ciència es patrimoni de tots i lloada i benvinguda sigui, vingui d'on sigui. D'ella, com d'una deu sans fi, rebem els beneficis que, pròdiga i generosa, sempre dóna a mans plenes i vessa a ulls clucs els immensos tresors posats en les seves mans pels esforços de tants benemérits treballadors, de tants insomnis, de tants neguits,

de tants sacrificis. Per al dret de tal gaudiment solament cal una cosa: haver-hi col·laborat honradament, difundint o creant. Són les dues jerarquies del món intel·lectual. Quant diferents l'una i l'altra; Oferir l'aigua o trobar la deu;

Aquesta recerca i la sort de la troballa són el més enlairat anhel que pot tenir un home que viu dins l'ambient neguitós de la Medecina.

Per a donar bon rendiment, cap com el treball intel·lectual necessita una disciplina, ni cap òrgan com el cervell necessita més un util·latge adequat, com la mà la seva eina adaptada.

Quan en el fons de l'esperit, en el gresol encés del pensament, una guspira d'inspiració creadora s'ha dissolt en el diamat fos d'una nova idea, d'una bella concepció, d'una encertada i sublim troballa, cal tenir a punt el motllo on ha de cristallitzar en un símbol, en una expressió al capdavant, en la paraula; aquesta, d'aquí endavant reflexarà sempre més l'encís de la genial guspira irisant el cristall de llum i de colors.

Es amb símbols, és a dir, amb paraules que es manifesta el treball creador del cervell. Es també amb símbols evocadors amb què treballa. Treieu-li aquesta paraula expressa o interna i callada, aquesta imatge auditiva, tàctil o visual i frenareu fins aturar llur capacitat comprensiva i creadora.

Vulguem o no, la paraula estarà pel mig dels nostres pensaments, associant-nos, arrodonint-los, precisant-los i ella també encendrà l'emoció a mida que més s'enfonsi en els estratus primers de nostres idees concretes, de les nostres primeres paraules compreses.

Quina força emotiva no té per a tots nosaltres en moments de pena o d'alegria el crit de "mare!". Cridem-la en qualsevol altra llengua per ben compresa i parlada que ens sigui i ja no té la miraculosa virtut de fer-nos sentir tantes coses.

Aquesta major força emotiva i evocadora del llenguatge propi dóna el seus fruits d'inspiració.

Que difícil és que un escriptor produeixi una obra magistral en una llengua que no sigui la que ha escoltat i parlat en els moments més íntims de la seva vida. D'això podem donar-ne fe nosaltres, els catalans, del Principat. Quantes obres cabdals en castellà han sortit de les plomes dels nostres poetes i escriptors que puguin figurar entre

les d'una antologia? Obres correctes, moltes; obres genials, cap. I encara en les millors podria trobar-se fàcilment la prova d'haver estat pensades en català. El renúnci a la llengua pròpia, dóna aquest fruit d'esterilitat.

Jo vull creure que aquest resultat tan evident en la producció literària no serà igual en la científica. La forma i el ropatge no tenen, en aquesta, la importància capital que en aquella. Però és tan freda la producció científica? L'infantament d'una nova idea, la coordinació d'una teoria, la defensa d'una concepció original, no és també una inspiració? No és en el forn d'una tortura cerebral cerebral que es modela una hipòtesi afortunada?

La brillantesa, l'elegància, la precisió amb què els genis d'escola francesa han legat al món les formidables adquisicions en tots els camps de la ciència i en especial la Medicina no deixen pas dubte del seu fons d'inspiració, sobre tot quan amb paraules de vidents s'adelanten profètics a la ciència del seu temps. Amb quin entusiasme i amb quina unanimitat no rendeix el món homenatge a la ciència francesa rublerta d'aquest formidable sentit d'humanitat que vol dir precisament totes aquelles coses. Es l'esperit francès servit per l'admirable utilitat de la seva llengua, fruit i medi ensems de la seva clara i racional intelligença la que ha fet aquesta meravella. Tant si s'ha posat a produir en llatí com en qualsevol altra llengua, és fruit d'un cervell que en pensar parlava francès.

Convençuts del tresor que és una llengua dúctil, precisa, dócil al pensament, és pel que la nostra Associació ens ajunta sota el soble vincle de la Medicina i de la parla. Perfeccionar l'una equival per nosaltres a millorar també l'altra; és l'esforç que oferim com a tribut a la ciència i a la humanitat malalta; és la col·laboració amb què guanyem aquell dret suara esmentat.

L'ideal nostre, com tota cosa subtil, s'eleva amb l'ambiciosa cobejança vers els creadors de la ciència.

Sabem el lloc modest que avui com avui hem aconseguit amb el nostre esforç, però també sabem que com més s'eixampli el camp conreat amorosament sota el doble estímul de la nostra Associació, més fàcil és que veiem destacar brots que escampin més enllà del nostre clos el fruit de la seva florida. El geni és una rara flor que no neix perquè sí ni on es vulgui; també té la seva raó, sempre és un fruit de la cultura. Com més extens és el camp i més amorosament és

conreat més fàcil és que creixi aquesta rara flor de l'esperit.

La parla retrobada no tarda a donar fruits, i quin goig per a tots si un esperit selecte, una intelligència guió sorgís de qualsevol dels països catalans o occitans. Cantaríem plegats la glòria del geni comú i tots la inscriurien en el nostre llibre d'or.

No us demanem res més. Recordeu que la ciència i l'esperit humà es posen de dol cada vegada que mor una llengua. Feu tot el contrari: procureu que la vitalitat sigui prou gran perquè no hi manquin les mil facetes que reflexen el progrés, les que porten el segell de la vostra personalitat.

Es un goig, amics, saludar-vos coralment a tots, aplegats al cor del Rosselló. A vosaltres, fills d'aquestes terres que ens heu rebut amb els braços ben oberts. A vosaltres, metges vinguts de les terres més llunyanes des de l'Albèrnia a València, des de Gasconya a la Provença.

A vosaltres que heu vingut representant les Facultats i Escoles occitanes de Bordeus, de Tolosa, de Clermont-Ferrand i de Montpeller. A vós, honorable doctor Boudru, representant de la vila de Perpinyà, de la que hem rebut reiteradament tantes proves de cordial hospitalitat culminada avui en aquest acte, de la qual servarem perenne agraïment.

A Vos, el prefecte dels Pirineus Orientals, representant de la França acollidora, liberal, la de la cultura sense límits, la que té una llengua que té obertes totes les portes del món, i que està per damunt de totes les suspicàcies. A Vós, representant de la nostra Generalitat de Catalunya, sang de la nostra sang i verb del nostre verb, per qui són totes les nostres confiances per avui i totes les nostres esperances pel demà de Catalunya, que voldríem tornar a veure com en els segles d'or de la nostra història.

Jo confio i espero que la festa que celebrem ací, un altre dia serà a Tolosa i un altre a Montpeller i un altre a qualsevol altre país occità, que tots són germans nostres i a tots ens lliga el mateix afecte.

Avui és Perpinyà qui ens rep i és pel Rosselló i del Rosselló per qui seran les meves paraules, que en el fons, són per tots els que esteu aci aplegats.

00291

Pels catalans, el Rosselló es un tros de la nostra ànima.

Sortim de les terres de l'Empordá i encara que tra-
vessem la carena pirenenca a l'altre costat hi veiem el
mateix paisatge; oliveres, vinyes, el mateix color dels
camps; tots parlem igualment. Les coses són les mateixes.
Si no fos perquè hem hagut d'omplonar les formalitats
frontereres, no sabríem si ens hem mogut de casa. La neu
mateixa que cau a les muntanyes de Núria, a Roca Colom i
al Puig Neulós, quan arriba la primavera i es fon, no sap
on decantar-se, si al Roselló o a l'Empordá; tant li fa;
convertida en aigua trobará els mateixos boscos, els ma-
teixos conreus, els mateixos pagesos, i tant li fa que
acabi a la platja de Canet com a la badía de Roses, per
tot hi trobará el Mare Nostrum, la nostra mar Mediterrà-
nia amb els mateixos pescadors i els mateixos ormeigs.

Parlar-nos del Rosselló és parlar-nos d'una de les
coses que tenim per més sagrades.

I aquest efecte és vell de segles.

El Principat i el Rosselló han passat a través de
la història les mateixes vicissituds.

Des de que Comtat del Roselló fou unit a la corona
catalano-aragonesa en temps d'Alfons I, sempre més estigué
unit al Principat de Catalunya o al regne de Mallorca. I
encara, mentre estigué unit als mallorquins, Catalunya no
sabía resignar-se a la separació d'aquelles terres germa-
nes. Finalment, Pere el Cerimoniós, aconseguí el 1349 unir
altra vegada Roselló i Catalunya.

I els rossellonesos eren tan estimats del rei i tan
considerats en els seus consells, que el rei Pere degué
sofrir envestides aferrissades aferrissades dels unionistes
aragonesos, que pretenien allunyar els rossellonesos del
Consell Reial.

Aquest afecte del gran rei pel Rosselló, va plasmar-
se en un fet de caràcter cultural d'enorme transcendència
per Perpinyá. En la fundació de l'Estudi General o Univer-
sitat de Perpinyá.

Montpeller, la Universitat llenguadociana que tant
valor té en la cultura mundial, havia passat feia poc a
poder del rei de França. En tota la corona catalano-arago-
nesa, no hi havia més que l'Estudi de Lleida fundat l'any
1300 per Jaume II.

Barcelona, no tenia, encara, cap Universitat. Pere III va girar els ulls al Rosselló i en document expedit a Saragossa el 20 de març de 1390, el gran rei diu que a suplicació dels seus dilectes i fidels Bernat Oliver, doctor en lleis i canonge d'Elna i Pere Blan, cónsol de la vila de Perpinyá, nuncis tramesos a ell pels cónsols i prohoms de la dita vila, funda amb el present privilegi un estudi general on siguin ensenyades la sacra Teologia, el Dret Canónic i Civil i també les Arts, i un estudi general de totes les professions. Diu que així com el Roselló preclara possessió seva és per voler de Déu de natura pródiga, abundant i ubérrima pels seus fruits, així també desitja que per provisió seva els seus súbdits puguin abastar-hi els fruits de les ciències que molts d'ells sollicitaven -fins aleshores- a nacions estrangeres. Proveeix, doncs, que la vila de Perpinyá sigui anomenada, digna casa de l'Estudi General i invita els mestres, doctors, i escolars a un tan sanitó con-vit i els pren tots sota la seva protecció especial. I concedeix al nou Estudi tots els privilegis, immunitats i lli-bertats consuetuds i franqueses que gaudeix l'Estudi de Lleida, llavors una de les sis primeres Universitats del món.

El mateix dia 20 de març de 1350, Pere III s'adreça al papa Climent VI, li comunica la seva decisió de fundar l'Estudi general i en aquesta ocasió fa l'elogi de Perpinyá que ens escau repetir:

"La vila de Perpinyá -diu- fecunda en totes coses certament i amena, que lluu clarament per la puresa de la fe, per l'aptesa de la situació, per la profunditat de la ciència dels seus savis, pels costums, atractius i benigníssidels seus burgesos; hom qui troba sempre totes les coses necessàries a la vida dels homes on hi són conduïdes fàcilment per terra i mar".

Finalment prega a Sa Santetat que vulgui fundar-hi amb els meteixos privilegis dels Estudis de Tolosa i de Montpeller.

La confirmació pontificia tardá encara vint-i-nou anys. Joan I, fill de Pere III, aconseguí del papa Climent VII la carta de fundació el 28 de novembre de 1379.

Poc temps després el rei Pere nomena Cancellier de l'Estudi a Fra Jaume, Abad del Monestir de la Reial de Perpinyá, i el 1385 nomena nou Cancellier a Fra Joan Ermen-gol, monjo de Sant Cugat del Vallés.

Així iniciá les seves tasques l'Estudi General de Perpinyá, on es formaren doctors meritíssims en tots els ordres. Es clar que el veïnatge de Montpeller, comparable del tot amb Salern, astre de tota primera magnitud, i que ha estat considerat com el centre on es formá la medicina acadèmica, disminuí el valor de l'Estudi General en ordre mèdic., però en canvi s'hi formaren meritíssims homes de lleis i de sacra Teologia.

Així i tot són nombrosíssims els homes que excelliren en l'art de la Medicina.

Fullejant notes d'història mèdica del Rosselló en trobem que ens presenten una de les facetes de la vida mèdica al Rosselló en el segle XIV i que és interessant citar:

Explica Alart que el 19 de novembre de 1372, a la casa consular de la vila de Colliure, es reuniren els representants de la ciutat i que vista la mala situació higiènica de la vila calia tenir un metge públic que pagarien del tresor comunal. Així ho acordaren amb la protesta d'un tal Tomas, abat que "dixit que el no volia metge, o qui no volia que sen aqués". L'endemá mestre Albert del Puig i davant del notari, pren el títol de físic o metge i fa tractes.

Es compromet a viure a Colliure, durant dos anys i a examinar l'estat sanitari de tots els habitants mitjançant l'examen d'orins, i a donar els consells que els resultats li aconsellin. A més haurá de fer tres visites a cada individu, home o dona. Però, si després d'aixó necessitava judicis, prescripcions, consells o visites suplementàries, caldria que li fossin pagades pel malalt bé i decentment segons sigui el treball fet. Assitirá els malalts de l'Hospital dels pobles amb tantes visites com calgui.

No pot sortir de Colliure sense permís del cónsol, i si ho fa haurá de pagar cinc cous barcelonins per cada dia d'absència.

Com a paga seria franc de contribucions i impostos de qualsevol classe presents o futurs, excepte en el cas que es dediqués a la compra-venda, en el qual cas pagaria la mateixa contribució que els altres habitants. A més cobraria dels cónsols 50 lliures barcelonines de tern o siguin 25 lliures per any, amb l'obligació, però, de tenir casa fàcil a tot el poble, a la vila Vella, i prop de la Plaça Rodona.

00294

Després fa jurament d'atendre els malalts, segons s'ha dit i seguint els sanitosos consells que el Senyor i la Ciència li inspiraran.

Remarquem la importància que Colliure, el port de Perpinyà, l'any 1292, tingués un hospital on fossin atesos degudament els pobres, sota el patronatge dels cònsols de la vila.

Tot això demostra que al Rosselló el segle XIII hi havia qui es preocupava que els serveis d'assistència pública fossin degudament atesos.

Perpinyà i el Rosselló han donat a la Medicina i a les ciències en general, molts noms de relleu.

De tots ells, únicament parlaré de Tomás Carrera. Neix a Perpinyà l'any 1714 -l'any de dol per Catalunya, que vegé com eren enfonsades les seves llibertats.

Carrera féu uns estudis brillants. Als 23 anys el veiem ja Professor a l'Estudi General de Perpinyà on, amb el seu prestigi, arribá a ésser Degá de la Facultat de Medicina.

Ha deixat nombroses publicacions sobre la generació de l'home, la tisi, les aigües minerals i sobre dissecció. Citem: "De sanguinis Putredine", Perpinyà, 1759, i "De Homeatoscopia", Montpeller, 1759, obres on és viu l'esperit d'observació i estudi.

L'any 1695 trobem un famós home de ciència, també fill de Perpinyà, poc conegut com a tal. Es Josep Quer.

Nascut a Perpinyà el 1695, va, molt jove, a Catalunya i després a Espanya. Es féu cirurgia i ingressá a l'exèrcit.

Es curiós el cas d'aquest home. La Curirgia li servi de mitjá per a estudiar el que era la seva veritable vocació: la botànica. Aprofita les estades del seu regiment per les terres catalanes, a Oran i a Itàlia per a recollir el major nombre possible de dades de la flora dels països que recorria. Fou nomenat consultor-metge dels reials exèrcits i cirurgia del rei Carles III, nomenament que aprofitá per a dedicar-se a cultivar les llavors recollides durant els seus viatges, assentant així la base del Jardí Botànic de Madrid.

A part dels seus estudis botànics reunits en l'obra "Flora Española", ha escrit llibres de botànica d'interés mèdic, sobre la utilitat de la uva-ursi o gaiuba, que considera com específica de la nefritis. També escriví sobre la cicuta. Part de l'herbari de Quer, és avui al Museu Bo-

tànic fundat per Delessert a Paris.

00295

I encara que no sigui metge, no podem passar sense parlar d'un perpinyanés il·lustre a qui acabeu d'homenatjar i que dóna nom a aquesta sala: Dominic Francesc Aragó.

Neix a Estagel el 26 de febrer del 1786. Ja format, va a Mallorca per a mesurar l'arc meridià de Barcelona a les Balears, estudi del qual havia de sortir la base del sistema mètric. Durant la seva estada a l'illa Daurada passa vicissituds perilloses, de les quals pot salvar-se gràcies a l'afinitat de la seva llengua nadiua amb la modalitat mallorquina. Mentre estava a la muntanya fent observacions, esclata la guerra i és pres per espia. Perseguit i voltat, té prou esperit per a disfresar-se i parlant el mallorquí, pot aconseguir fer creure que no és cap estranger i així es barreja entre la multitud que el perseguia. L'extensió de la llengua catalana li salvà segurament la vida.

Després de moltes vicissituds torna a França, ingressa a l'Escola Politècnica on segueix les seves investigacions científiques durant vint anys, durant els quals produeix innumbrables treballs científics, que demostren la seva portentosa memòria i la seva capacitat de comprensió i de deducció formidables.

Les seves obres emplen setze volums, valiosíssims. Durant els tres últims anys de la seva vida, ja cec, dicta encara noves publicacions. Mor l'any 1853.

La llista de metges rossellonesos notables és llarga. Des de Bernat Burriac, fill de Perpinyà, que en el segle XIII arribà a ésser metge de la casa reial catalana, fins avui dia, tenim documents referents a metges notables que per si sols constitueixen un monument per al Rosselló mèdic.

Podriem parlar-vos llargament dels Carrera, Costa, Angladà Fuster, del gran Quer, Cresques i molt d'altres, fins arribar als nostres temps. No us parlaré sinó d'un sol home, la figura de la qual es destaca prou en l'horitzó de la Medicina: el gran Magnan, el gran especialista de malalties mentals. Neix a Perpinyà l'any 1835. Als 25 anys ingressa a l'Hospital Bicêtre i ja, des d'aleshores, no deixa el contacte amb els alienats que emplen tota la seva vocació.

Veritable amic dels malalts, lluita fins a aconseguir bandejar la camisa de força i suprimir les cordes amb què eren subjectats els malalts al llit. Per a arribar a aquest fi li cal encarar-se amb els seus companys psiquiatres,

plens de prejudicis.

00296

Home de mentalitat senzilla i clara, ha deixat nombroses publicacions que són model d'exposició clara i ordenada, on són estudiades les magnes qüestions de la medicina mental.

En els seus treballs es mostra essencialment organista i no concedeix a la psicologia sinó un paper molt reduït. Les seves obres demostren un gran observador i una gran capacitat d'anàlisi.

Com diu l'eminent alienista Sérieux, escau a Magnan l'honor d'haver deslliurat els alienats de llurs lligadures i els psiquiatres de llurs prejudicis.

Volem citar, encara, com a fet de gran valor, la publicació a principis del segle XVI d'un llibre de cirurgia en català molt notable.

"La Cirurgia", de Pere d'Argilata, llibre del qual encara avui podem treure magnifiques dades.

Aquest llibre fou traduït del llatí al català pel venerable Narcís Solá, "batxeller en arts e en medicina, cirurgia, ciudadá de Barcelona", corregit i esmenat pels "reverendíssims doctors en arts e en medicina Mestre Francesch Servent e Mestre Alfonso de Torello, e Mestre Joan Gelabert, cirurgiá, tots de la vila de Perpinyá". Estampat amb gran diligència en la Noble Vila de Perpinyá per Mestre Joan Rosembach, el 15 de gener de 1503.

Són prou les dades dites del Rosselló per a comprendre l'enorme valor que té el coneixement a fons de la història mèdica rossellonesa. Dels països d'Oc podriem afegir-hi centenar de noms gloriosos.

En el concurs Gimbernat fet ara fa dos anys a Barcelona, vingueren unes quantes biografies i estudis fets per estudiants occitans. Moltes vegades, hem trobat a Barcelona estudiants que venien a recollir documents per a la seva història.

Jo crec que aquests treballs dels estudiants occitans per a descobrir i enaltir el passat dels vostres països és la millor obra que pot fer la joventut estudiosa i a la qual tots, dels més alts als més humils, cal que cooperem amb tot l'entusiasme.

La revifalla del propi esperit, l'estudi a fons de si mateix, Occitània endins, ha d'ésser una necessitat que convindria que tothom sentís. I aquí creiem oportú recollir unes

paraules escrites pel nostre excellent i admirat amic ⁰⁰²⁹⁷ Ismael Girar a LA MEDICINA CATALANA. Gascó de soca i arrel, occitanista convençut, proclama que creu segur trobar "al fogar barceloní l'ajuda indispensable perquè allò que ha de viure, visqui".

Jo us dic, amic Girard, que a Barcelona, a tot Catalunya, nosaltres els metges, us considerem tots vosaltres com a germans de sang, que la vostra companya i el vostre entusiasme per les nostres coses ens omplena d'esgarrifances i que el major goig per nosaltres fóra el poder ésser-vos útils per al vostre camí d'enlairament en tots els ordres.

Estigueu cert que el millor que podeu dir-nos és que creieu, de cor, que Catalunya és una germana vostra, més gran o més petita -tant li fa- que sent les vostres angúnies com a penes i que exulta de joia amb les vostres alegries.

I per acabar, deixeu-me citar-vos una anécdota històrica de Perpinyá.

L'any 1315 nasqué a Sicília un fill de l'infant Ferran, que més tard havia d'esdevenir rei de Mallorca. Morta al cap d'un mes la seva mare, l'infant Ferran encarregá a Ramon Muntaner -el famós cronista- que portés el fill a Perpinyá. Muntaner buscá Agnés d'Adri, empordanesa, una "molt bona dona" que havia tingut vint-i-dos fills i la qual cregué podia confiar l'infant Jaume. Arribats a Perpinyá es presentá davant la reina mare, l'ávia de l'infant, Esclarmonda de Foix. Muntaner portava l'infant als braços i diu que la reina tingué un gran goig perquè el vegé "graciós e bo e amb la cara rient e bella", vestit d'or i amb el mantell catalanesc.

Demaná la preséncia dels notables de la Cort i d'un notari i quan finalment hagueren reconegut que aquell era l'infant Jaume, fill de l'infant Ferran, i que Muntaner s'havia portat lleialment, lliurá el menut que fou besat deu vegades per la reina.

I així dipositá a Perpinyá aquell que més tard havia d'ésser Jaume III de Mallorca, que fou un dels monarques que més estimá i més fou estimat dels rossellonesos.

A semblança de Muntaner, també nosaltres voldriem -amb aquest Congrés començat amb tants bons auguris- deixar-vos a Perpinyá un infant, un estímulo, una llavor que assaonant-se amb el vostre treball, fes que la vostra cultura, que la vostra personalitat, que la vostra llengua del

00298

Rosselló i de cadascun dels països occitans, siguin enlairades als llocs més dignes, a les màximes jerarquies; que la major glòria vostra serà un gran goig per a tots nosaltres, l'homenatge al vostre passat i el sócol del vostre esdevenidor.

He dit.

COMUNICACIONS

URGENCIA OBSTETRICA: INDICACIONES

Dr. J. Ma. Mascaró

RESUMEN

Urgencia obstétrica no quiere decir nunca precipitación y no siempre intervencionismo quirúrgico. La urgencia obstétrica viene impuesta por uno o más de los tres únicos factores siguientes: fetal, materno y anexial.

FACTOR FETAL

Sufrimiento fetal: Interesa únicamente el sufrimiento fetal actual. En caso de sufrir el feto no es necesaria siempre la intervención, sino paliar la causa del mismo (corrección de malas presentaciones y posiciones, regularización de las contracciones uterinas)

Cordón: intentar la reposición. Si se tiene dilatación completa, extracción rápida si la dilatación sólo está iniciada: Delmas o incisiones Durssen.

Presentación transversa: si la bolsa está entera y no hay dilatación, versión externa con anestesia general y de fracasar ésta, cesárea. Si hay dilatación Delmas y versión. Bolsa rota sin dilatación, cesárea baja. De haber dilatación la indicación depende del encajamiento fetal y la retracción uterina. No debe esperarse una evolución espontánea.

Nalgas: expectación. No debe emplearse la prueba del parto.

FACTOR MATERNO

Inercia: no siempre es un fallo uterino; muchas veces es un descanso, otras fatiga, frente a un obstáculo insuperable. Vista la causa

Hiperquinesia: Conduce a la rotura del órgano: poco intervencionismo y mucha atención. No debe practicarse nunca la versión. Se empleará cesárea, forceps o extracción manual suave de fracasar los medios médicos (fármacos).

Rigidez de cuello: No es motivo de urgencia: regular intensidad y ritmo de las contracciones uterinas.

Edema de cuello: Indica una desproporción pélvico-fetal y como tal debe resolverse.

Soltura del segmento inferior: Se alarga el parto al final del período de dilatación. Rotura de la bolsa.

Estenosis pelviana: Cuando la desproporción es evidente, pelvitomía o cesárea, según el grado de desproporción.

Enfermedades respiratorias o cardíacas de la madre: Pueden ser motivo de urgencia. La indicación debe efectuarla el internista.

Intoxicación gravídica: eclampsia: La urgencia existe siempre. Lo mejor es el tratamiento médico seguido de la provocación del parto.

Hematoma retroplacentario: Intervención urgente por vía alta para convencernos del grado y extensión de las lesiones.

FACTOR ANEXIAL

Bolsa de aguas: Rotura prematura: no es de urgencia, muchas veces es favorable, la cabeza encaja mejor. Rotura tardía: alarga el período de dilatación, es de urgencia, ya que puede conducir a la inercia. Indicación: rotura.

Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta: La urgencia viene impuesta por el factor fetal: la indicación es el vaciado uterino.

Placenta previa: Urgencia clara: indicaciones: nunca dilatación manual ni taponamientos. En primíparas y cuello cerrado: cesárea baja. Si se trata de una múltipara con buena pelvis y cuello cerrado: cesárea vaginal. Si se ha iniciado la dilatación, método de Puzos. Si la dilatación lo permite, Braxton.

DESPRENDIMIENTO

Urgencia por la hemorragia. Si sucede antes de salir los restos, método de Credé; de fracasar ésta, extracción manual. Si la hemorragia sucede posteriormente, hay que convencerse primero que la hemorragia es realmente intrauterina y en tal caso revisión de Eca- lle.

ESQUEJES CERVICALES Y DE PERINEO

Revisión inmediata y sutura de los cervicales; sutura con crin de los del perineo, sin precipitación, principalmente si hay edema.

COMUNICACIONS

CORIO-EPITELIONA: FORMES ANATOMOPATOLOGIQUES I DIAGNOSTIC BIOLOGIC

Dr. A. Ponjoan

El corio-epitelioma puede presentarse en las siguientes formas:

- 1) Forma terebrante
- 2) Forma intersticial
- 3) Forma poliposa
- 4) Forma metastásica

Cuatro casos de esta ginecopatía maligna, afortunadamente poco frecuente, han sido observados:

- 1 Terebrante
- 2 Intersticiales
- 1 Metastásico

Tres de las pacientes tenían de 20 a 30 años, la cuarta pasaba de los 40 años. Los 20-30 años parece ser la edad óptima para el desarrollo del corio-epitelioma. En todos ellos el corio-epitelioma fue precedido de gestación molar. El síntoma predominante fue la metrorragi persistente. Se considera la histerectomía subtotal como el tratamiento de elección.

Teniendo en cuenta la gran hiperproducción hormonal antehipofisaria que se pone en circulación durante la evolución del corio-epitelioma, es de rigor practicar el examen biológico (Friedmann 1/20 c.c.) ulterior a la aparición de las gestaciones molares, único y seguro medio para intentar el diagnóstico precoz del corio-postmolar.

COMUNICACIONES

TRACTAMENT ELECTIU DE LES CERVICITIS CRONIQUES

Dr. A. Ponjoan

Las cervicitis crónicas son, indudablemente, la ginecopatía más frecuente; su notable prodigalidad puede explicarse por los insultos de índole traumática y bacteriana de que es objeto el cérvix uterino. El traumatismo del parto desgarrando el hocico de tenca, deja abierto el orificio externo del cuello y posibilita la llegada a éste de bacterias procedentes de la vagina.

La variedad y multiplicidad de procedimientos utilizados en el tratamiento de la cervicitis crónica: irrigaciones, supositorios, taponamientos, toques con soluciones modificadoras, termoterapia, crioterapia, electrocoagulación, Rayos X, Radio, tratamiento quirúrgico, demuestran la resistencia y dificultad de conseguir la curación de esta afección, que por la molestia del flujo vaginal que ocasiona, por la parametritis dolorosa que la acompaña y por el peligro de una posible y ulterior transformación neoplásica, se hace acreedora de una atenta actuación terapéutica.

De los tres tipos principales de cervicitis crónicas:

- 1) Erosión simple, papilar o folicular.
- 2) Metritis glerosa endocervical.
- 3) Hipertrófica

sólo la primera es susceptible de curación con el tratamiento tópico corrientemente utilizado hoy.

En las otras formas en que existe una hiperplasia glandular con alteración profunda de la mucosa cervical, hay que eliminar la mucosa enferma con la destrucción de los fondos de saco glandulares. Nos mostramos decantados a la utilización de la electrocoagulación frente al "Filhos", en función de los siguientes argumentos:

- 1) la facilidad de su técnica
- 2) la brevedad del tratamiento
- 3) por ser absolutamente indoloro
- 4) por la mayor seguridad de reglar profundidad y superficie a actuar.
- 5) por la menor frecuencia de recidivas.

6) la cicatriz obtenida no predispone a distorciones por estrechez cervical ulterior.

En las formas poliposas y quísticas, por su rapidez, seguridad y sencillez, el gálgvanocauterio aventaja a todo otro medio.

Finalmente, el bisturí se impone frente a pacientes rebeldes: la amputación parcial del cuello tipo Schroeder, es el tratamiento de elección.

COMUNICACIONES

RADIOTERAPIA DEL CANCER DE LA MAMELLA INOPERABLE I DE LES METASTASIS EN LA PELL, GANGLIS I OSSOS. RESULTATS ACTUALS I RADIODIAGNOSTIC.

Dr. J. Malaret

El objeto de esta comunicación es el divulgar el gran avance conseguido en estos últimos años por la radioterapia.

Administrada ésta a dosis intensas, de 3.000 a 6.000 rds. penetrantes 180 a 200 Kr. y con acción prolongada, durante 15 a 30 días, es capaz de esterilizar el cáncer de mama, cuando existen verdaderas células cancerosas en el campo operatorio. Ya que no puede tenerse la certeza de haber conseguido extirpar todas las células neoplásicas, y además en el segundo grupo de la clasificación de Steinhel pueden existir los ganglios de la mamaria interna, que como los axilares pueden estar invadidos por la propagación neoplásica, la irradiación permitirá conseguir la destrucción de todas las células cancerosas en actividad.

La radiografía es el método más seguro para conseguir la detección de las propagaciones a distancia, ya sean por vía linfática o sanguínea, cuando no el único, como en el caso de pulmón y huesos.

La indicación preferente del tratamiento radioterápico depende más de la extensión clínica que de la forma histológica del carcinoma. Incluso en el caso de que la lesión sea operable, hay que aconsejar la previa irradiación, ya que parece se favorece la esclerosis de las vías linfáticas.

La fisioterapia y la cirugía serán dos seguridades que valdrán más que una, recordando que los otros medios complementarios como son el radio, la electrocoagulación y, en especial, el tratamiento médico, son de importancia capital.

COMUNICACIONS

RADIODIAGNOSTIC EXCEPCIONAL D'EMBARAS TRIPLE

Dr. J. Malaret

Nos comenta el Dr. J. Malaret un caso de interés:

Mujer de 36 años.

Antecedentes familiares: no existen datos de interés; ni precedentes gemelares.

Antecedentes personales: ha tenido tres hijos con anterioridad, actualmente con 12, 10, y 7 años.

Estado actual: embarazo de 6 meses. Se le practica una radiografía con proyección anterior para dilucidar posición del feto y posibilidad de embarazo múltiple, dado el enorme volumen del vientre.

Diagnóstico radiológico: embarazo triple: un feto en posición de nalgas, el segundo en posición transversa y el tercero en O.I.D.

La configuración y estructura de las partes óseas se considera normal y corresponde a la de fetos vivos de 6 meses, pero de tamaño reducido.

Curso posterior del embarazo: a partir de los 6 meses presenta un aumento considerable y rápido de los edemas que se habían presentado con anterioridad en las piernas y que se generaliza por todo el cuerpo en forma de infiltrado duro. Aparecen paralelamente manifestaciones cardíacas, palpitaciones, taquicardia y trastornos nerviosos, atribuidos a un hipertiroidismo que no se había manifestado con anterioridad.

Epoca del parto: día 18-VI-36. Aproximadamente a los 8 meses de embarazo se presentó el parto, sin ninguna dificultad. Únicamente dos días antes del parto se encontró 500 mgrs. de albúmina en orina.

En primer lugar salió un feto con presentación de vértice, sexo masculino, peso 1.950 grs., talla 57 cms. Osificación completa; sólo tenía la fontanela anterior de 1/2 cm. de diámetro.

El segundo feto se presentó de vértice, sexo femenino, peso 1.800 gramos, fontanela anterior 1'5 cm. de diámetro.

El tercero presentación de vértice, sexo femenino, 1.700 gramos, talla 56 cms., fontanela anterior 2 cms. de diámetro.

Al mes el estado de los recién nacidos y de la madre es excelente.

COMUNICACIONES

SENZILL PROCEDIMENT PER AL DIAGNOSTIC DE BOSSA ROMPUDA. UTILITAT

Dr. Boi Guilera

El procedimiento que viene siendo utilizado en la Maternidad de Barcelona, está basado en la sugerencia de V. Gold. El medio vaginal está en un medio ácido normalmente, pasando después de la rotura de la bolsa de aguas a un medio neutro.

Causas de error: La sangre falsifica la reacción, lo mismo que la orina. Debe evitarse todo antiséptico, incluyendo el agua jabonosa, para el lavado vulvar, y en casos de abundante flujo gonocócico, en que también puede ser cambiada la reacción normal ácida de la vagina.

Utilidad: Se considera acertadamente como un "caso impuro" todo aquel en que la bolsa está rota desde hace seis horas. La mujer en estas condiciones, a pesar de su aparente normalidad clínica, está potencialmente infectada, y, por tanto, si nos encontramos ante la necesidad de una cesárea, habrá que elegir el procedimiento a seguir (cesárea baja, aislamiento riguroso del campo, técnica de Michón, etc.). Munro Keer y Hendry en 82 casos puros de cesárea baja tienen un 0% de mortalidad, en cambio en ²⁵ casos impuros obtienen el 25 %.

Los dos factores principales de infección intra-partum son la rotura prematura de la bolsa y la inserción baja de la placenta.

Todo parto no acabado después de 60 horas de iniciadas las contracciones, a pesar de que la rotura de la bolsa haya sido tempestiva, o que ésta lleve más de 10 horas rota, puede y debe hacer nos pensar y temer transtornos infecciosos; por ello debe practicarse la antisepsia del campo genital con solución de mercurio-cromo al 2 % o con argirol al 10 %.

La rotura de aguas a término o cerca de él, es para nosotros una clara indicación del "parto estimulante".

COMUNICACIONES

"LA SINFIOTOMIA PARCIAL, TRACTAMENT D'ELECCIO DE LES DESPROPORCIONES PELVICO-FETALS RELATIVES"

Drs. B. Guilera, S. Dexeus, C. Carceller

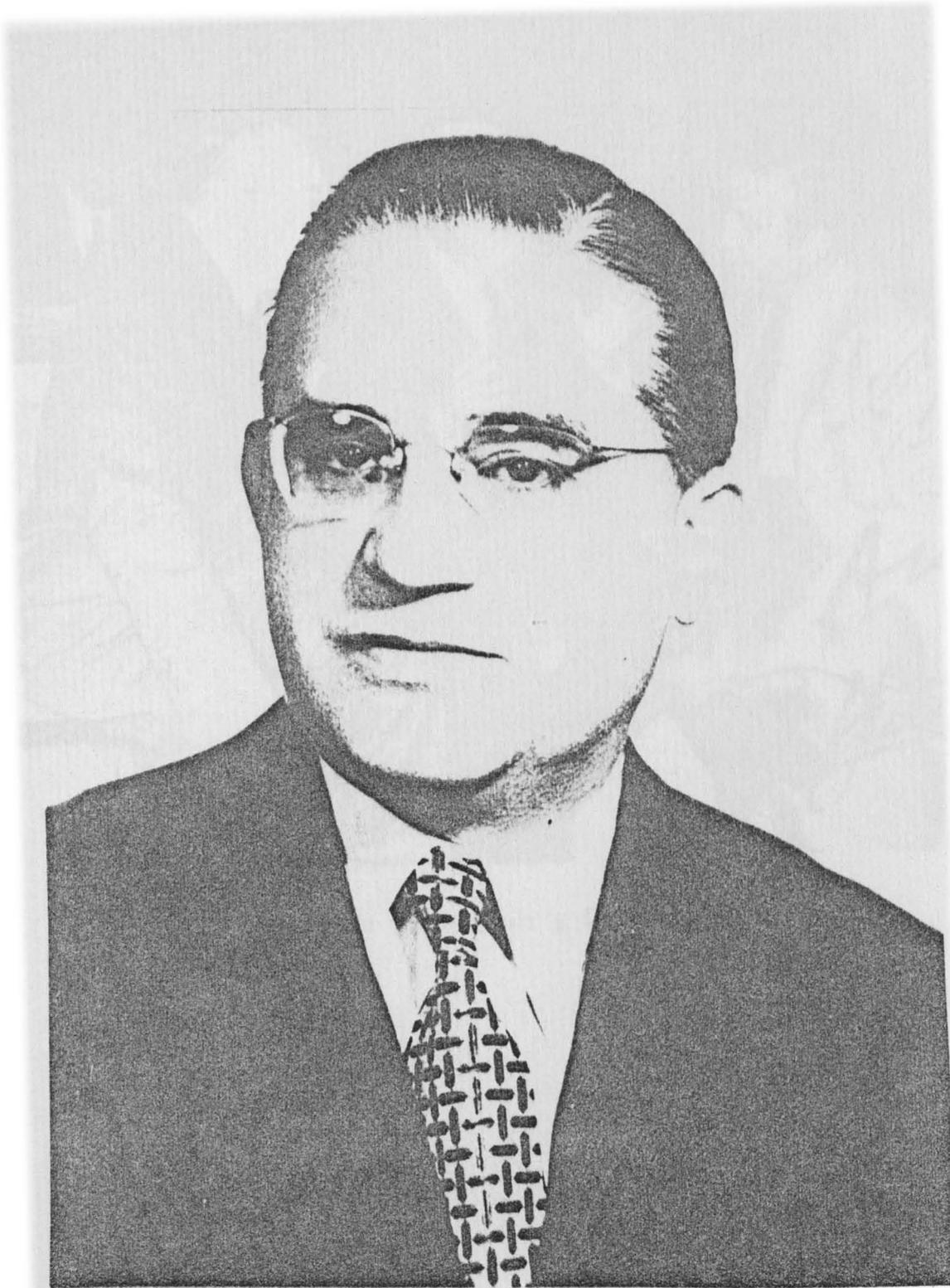
- 1a. El problema de las estrecheces pélvicas relativas y el de las desproporciones pelvi-fetales, en las que la solución obstétrica corriente (forceps, versión) no ofrecen unas perspectivas optimistas para el feto, creemos que está resuelto hoy con el empleo prudente de la sinfisiotomía subcutánea.
- 2a. Hay que excluir de toda terapéutica pelvitómica las desproporciones acentuadas, que hasta hace poco se incluían en este grupo y que hoy son perfectamente tributarias de la histerectomía.
- 3a. Las ventajas son tantas y tan evidentes, que la sinfisiotomía de Zárate es la única operación pelvitómica que se practica en la Maternidad de Barcelona.
- 4a. El grado de ampliación pelviana obtenido con la sinfisiotomía es efectivo en los casos comentados y para resolver las desproporciones. Por tanto, la expulsión espontánea fetal debe seguirla, siempre que el dinamismo uterino y las partes blandas maternas se mantengan en condiciones normales.
- 5a. Se adjuntan radiografías para juzgar el grado de separación del pubis. Hay que valorizar los beneficios de la separación definitiva puede representar para un parto ulterior.
- 6a. La sinfisiotomía ha hecho sus pruebas y demostrado que en ciertos casos puede evitar maniobras de una mayor dificultad y traumatismo para el feto.
- 7a. La sencillez e inocuidad hace que en algunos partos se propugne como intervención profiláctica.

- 8a. En la presentación de frente enclavada, la sinfisiotomía puede representar un medio valioso de solución del problema y de mejora del pronóstico fetal.
- 9a. En los casos de infección intra-parto la sinfisiotomía puede ser un recurso de mayor garantía que la vía alta, especialmente en aquellos casos en que no debe ir asociada a otras maniobras posiblemente causantes de traumas.
- 10a. El trauma post-pelvitómico que entorpece la expansión de estas intervenciones, ha de cargarse casi íntegramente al pasivo de la extracción fetal inmediata. Se valora en este sentido el hecho de ser primípara.
- 11a. Los trastornos de deambulación, los urinarios (incontinencia, descalzamiento de la uretra) están prácticamente ausentes en los casos en que se ha seguido la técnica anteriormente expuesta.
- 12a. Se adjuntan las observaciones correspondientes a diez casos, recogidos de la Maternidad, demostrativos de lo expuesto.

00309



Dr. Puig Sureda



Dr. C. Carceller



Dr. F. Carreras Verdager y C. Carceller

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1er. Congreso - 1913 - Barcelona

En el discurso inaugural, el eminente Prof. Dr. Miquel A. Fargas, Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Barcelona, intuye la gran valoración que tendrá una terapéutica hemática, sobre todo, en cuanto hace referencia a la sero-terapia y a la vacuno-terapia, con estas palabras:

"L'estudi de la sang en tots sos aspectes, es capaç per si sol d'absorvir la vida d'un home estudiós. La hematologia avui dia, s'ocupa en l'investigació de sos elements figurats, dels microbis que en ella poden trobar'shi, de les toxines que pot portar en dissolució, de les anti-toxines, les hemolisines, les leucomaïnes autògenes, l'estudi dels anticorps, dels antioceptors i dels complements, i tantes altres coses que quasi fan rodar el cap; i encara que l'imaginació individual flameja molt sovint en els treballs dels biòlegs actuals, no hi ha pas dubte que essent tots fonamentats en experiments molt variats, n'ha de sortir un progres positiu; ja quasi tenim una terapéutica hemática i tots sabem prou bé que la sero-terapia, la vacuno-terapia, les injeccions intravenoses, musculars i sub-cutànies i tantes coses, son ja filles dels coneixements adquirits"

El Dr. R. Boquet de Artesa de Segre en su trabajo "Dificultad Circulatoria en la pelvis, con acentuación de gastament, erecciones matutinas i post mortem", manifiesta por primera vez de forma convincente en nuestra patria, que una dificultad circulatoria en la pelvis puede producir abortos en los primeros meses de gestación, debida a que se forman zonas edematosas en placenta.

El Dr. Terrades, profesor de Ginecología de la Facultad de Medicina de Barcelona, en su comunicación "Lo que pot ferse per aumentar la curabilitat del cranc uterí", apoya una campaña de divulgación pública centrada en la DETECCION PRECOZ DEL CANCER UTERINO, centrándose en los signos menometrorrágicos, sin esperar a síntomas dolorosos; dice, además: "Hay que vencer el pudor médico y paciente en practicar el tacto vaginal; el examen histológico decidirá el diagnóstico".

Es justo poner de manifiesto la importancia del trabajo, al constatar que después de 64 años no ha variado, en líneas generales, el criterio avanzado del Prof. Terrades.

El eminente Dr. Roig y Raventós presenta dos trabajos; en el primero, "Hidramnios: Deformaciones fetales", llega a la conclusión de que las deformaciones fetales que son debidas a trastornos amnióticos, pueden originarse por "traba, compresión y estrangulación o aprisionamiento".

En la otra, "profilaxia de l'eclampsia", propone el siguiente programa, completamente personal y vigente en la actualidad:

- a) interrogatorio sobre edemas, cefalalgias, trastornos visuales, trastornos mentales, dolores de estómago, hiperclonhidria.
- b) examen de orina, retención de cloruros, albúmina, urea, pigmentos biliares.
- c) vigilancia de la tensión arterial.

una vez detectado el peligro, aconseja someter a la paciente a una dieta láctico-vegetariana.

El Dr. G. Ribas y Ribas, en su comunicación "Estat actual del tractament de les hemorragies en l'inserció baixa de la placenta", asienta por primera vez que "las hemorragias que se presentan en el embarazo deben siempre intentarse detener por medios obstétricos; en los casos de que no ceda o no sean a-licables, deberá recurrirse a medios quirúrgicos.

2º Congreso - 1917

Discurso inaugural a cargo del Presidente del "Según
Congrés de Metges de Llengua Catalana", a cargo del Dr.
Joan Freixas y Freixas.

En el segundo tema de la segunda ponencia sobre
"Tractament del Cranc", uno de los ponentes, Dr. A. Pujol
y Brull , hace un examen exhaustivo sobre la acción fisio-
terapéutica del Radium, de rabiosa actualidad, pero supe-
ditándolo siempre al tratamiento quirúrgico cuando este ca-
mino es viable, dando a entender en cuanto la extensión de
la neoplasia pudiera ser localizada microscópicamente y la
localización anatómica fuera franqueable, se tendría resuel-
to el problema del tratamiento quirúrgico. Problema que po-
demos hacerlo nuestro aún después de sesenta años. Sienta
como premisa que para el tratamiento del cáncer uterino ,
se debe combinar la acción de los agentes químicos, físi-
cos y quirúrgicos.

Sobre el mismo tema, el otro ponente Dr. Ribas y
Ribas, nos habla por primera vez científicamente de la bio-
logía y bioquímica de la célula cancerosa, sentando las si-
guientes conclusiones: Existencia de estados precancerosos,
los órganos de secreción interna entran en el mecanismo bio-
lógico de la neoplasia maligna, la sangre del cancerígeno
presenta modificaciones constantes, acidosis, leucocitosis,
disminución de los fermentos glucolíticos, poder hemolítico,
entre otras. En cuanto a la Biología, nos dice:

"Aquí existeix quelcom dins de l'organisme,
quelcom qu'ens escapa, però indubtablement lli-
gat amb la bioquímica cel·lular i humoral ha duc
clarament el fet d'individuus qu'amb
causes predisponents, traumatismes, irritacions
cròniques, processos flogístics, etc., no arriban
a ser cancerosos, en tant qu'altres ne tenen prou
amb l'actuació d'aquelles causes per a determinar
el cranc. Aquells son refractaris, tenen immunitat
natural; aquests son dominats per la cél·lula malig-

na, quin organisme espera el mes petit microtrauma cel·lular per reaccionar en proliferació maligna. El dia en que la investigació biològica trovi perque l'home es apte o refractari al cranc, tendrém la solució del problema".

Estas premisas continúan siendo vigentes.

Otro de los ponentes fue el Prof. Dr. Sebastián Recasens sobre el tema " Observaci6ns sobre el tractament del cranc uterí per mitjá del Radium i mesotario". Llega a la conclusi6n que los carcinomas cervicales inoperables a veces se curan con substancias radioactivas; en el c6ncer de cuerpo recomienda siempre la vía operatoria.

En el tercer tema "Endocrinología: Intervenciones ginecológicas". En primer lugar, el Dr. Bonaventura Clotet, de Barcelona, en que sienta como base que la endocrinología ovárica prende el trofismo articular, puesto que su alteraci6n ocasiona artropatías degenerativas y deformantes en púberes y menopáusicas; en estas insuficiencias se produce un descenso de la tonicidad vascular. Esta teoría está descrita desde ent6nces como causa indiscutible en los capítulos de artropatías en los tratados de patología médica y quirúrgica.

En la parte de la ponencia Endocrinología, que hace referencia a "L'actuaci6n Morf6gena", el Dr. Nubiola nos describe por PRIMERA VEZ EN LA HISTORIA DE LA GINECOLOGIA el descubrimiento de unas hormonas placentarias que él llama HORMOSONAS PLACENTARIAS y nos ofrece las pruebas histológicas de la actuaci6n de las mismas en la morfogénesis genital gravídica. Asegura que las hormosonas placentarias, junto con las producidas por el cuerpo amarillo, son las que determinan las modificaciones gravídicas y aseguran la buena evoluci6n del embarazo en los primeros meses.

Entre varias comunicaciones destacaremos la presentada sobre Pelvimetría por el Dr. Roig Raventós, en que afir-

ma en primicias, que toda mujer con promontorio accesible es estrecha y que de la distancia obtenida, o sea, del diámetro promonto-subpúbico debe restarse 1 cm. y medio para obtener el diámetro útil o distancia que separa la parte posterior de la sínfisis en el promontorio.

También cabe destacar la del Prof. Domingo Agustí Planell sobre la pubiotomía, intervención muy en boga y que evitaba la intervención cesárea en aquellos tiempos en que dicha intervención tenía un índice elevado de mortalidad, superada hoy en día gracias a los antibióticos y al perfeccionamiento de la anestesia.

El Dr. Boi Guilera, en su comunicación "Qualques dades estadístiques referents a la Maternitat de Barcelona", nos demuestra con unas estadísticas exhaustivas que la mortalidad por infecciones en la Maternidad de Barcelona, supera sólo en un 0'01% a la de París. De lo que deducimos la gran preparación y eficacia de nuestros tocólogos, que con medios infinitamente inferiores a los de nuestros vecinos europeos, estábamos prácticamente a su mismo nivel.

3er. Congreso

El 3er. Congreso, que se celebró en Tarragona en junio de 1919, fue presidido por el Dr. José Ma. Roca. Su conferencia inaugural fue un poético canto a la lengua catalana, recordando las palabras de Menéndez y Pelayo, a tal fin:

"El parlar en catalá o dexar de parlarhi no depend de nosaltres: es un sentiment superior a la nostra voluntat perquè, com deia un castellá que fou, potser, lo cervell més excels de l'Espanya contemporània "les llengües, signe y penyora de raça, no's forgen capritxosament ni s'imposen per força, ni's prohibeixen ni's manen per lley, ni's dexen 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 fi, de la paraula divina".

En la discusión de la ponencia Septicemias, en cuanto hace referencia a la fiebre puerperal, El Dr. Ribas manifiesta que no hay tratamiento específico para las fiebres puerperales, pero que para erradicarlas sólo es necesario intentar cortar las infecciones, extremando la asepsia en todo lo que debe ponerse en contacto con la partera. Y propone ya, seguramente por primera vez, la necesidad de la implantación oficial de una red de Maternidades. El Prof. Dr. Terrades preconiza como necesaria en los tactos vaginales, la utilización de los guantes, previa desinfección de las manos con jabón, alcohol y sublimado. El Dr. Boi Guilera nos ilustra en el caso de no presentarse retención placentaria, en infecciones de origen estreptocócico, el raspado uterino está formalmente contraindicado.

En cuanto a comunicaciones destaca, por sentar jurisprudencia, la presentada por el Dr. Blanc Benet "El secret médic en la interrupció criminal de la gestació", en la que

entre otras aportaciones destaca: "En el juramento hipocrático se da la norma de la discreción médica, el deber de callar y el deber, en ciertos casos, de declarar. 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."

El Dr. Guilera Ribas, en su comunicación "Inserció baixa de placenta", nos previene de que las hemorragias que se presentan durante el embarazo son debidas a desprendimientos de partes placentarias como consecuencia de la tracción que las membranas producen sobre la misma.

El Dr. Ribas y Ribas nos indica en su comunicación sobre "El Radi en Ginecología", que: "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".

La comunicación del Dr. Soler Juliá "Tractament de les grans lésions inflamatories anexials y de les seves complicacions", sorprendió a los asistentes al declarar que no debe operarse nunca una anexitis aguda hasta que no haya desaparecido del todo esta fase; en tal caso se puede proceder quirúrgicamente.

Aparece por primera vez la figura del Dr. Dexeus en una comunicación junto con el Dr. Boi Guilera y que hace referencia a estadísticas referentes a la Maternidad de Barcelona durante los años 1917 y 1918; tiene la valentía de afirmar que la causa de tanta morbilidad se debe a que "el ac-

tual edificio de la Maternidad es una vergüenza, lleno de moscas, falta de gas, vacas, conejos, gallinas, etc., junto a la sala de parteras y junto a unas nurses "sui géneris", antiguas asiladas de la Casa, sin ningún tipo de formación".

En este Congreso se indican unas pautas para los tratamientos médicos y quirúrgicos de las infecciones, que a partir de la fecha fueron seguidos y perfeccionados en todos nuestros centros hospitalarios.

4º Congreso - Celebrado en Gerona en junio de 1921, bajo la
Presidencia del Dr. José Pascual Prat.

Fue un Congreso en el que los temas sobre Ginecología y Obstetricia ocuparon parte importante en sus sesiones, tanto en el aspecto científico como práctico. Así, vemos como en la comunicación del Dr. Ponjoan sobre Raquianestesia, preconiza su empleo en las intervenciones que no duran más de 35 minutos, inyectándose de 4 a 5 centigramos de estovarina, inyectándose con mucha lentitud; de este modo mejoran los inconvenientes del uso del cloroformo, junto con el hecho del buen efecto de la supresión del dolor en el estado consciente.

La comunicación del Dr. E. Ribas y Ribas sobre "El Radi en Ginecología" nos afirma que todos los fibromas intersticiales del útero tratados con Radio, han provocado amenorrea y que el Radio está contraindicado en los fibromas no degenerados, en los sin adherencias, en los multilobulados y en los intersticiales, y en otra de sus comunicaciones "El Radi en el tractament del càncer uterí" afirma rotundamente por primera vez en público, que el càncer no es enfermedad contagiosa, que no es hereditario, que es curable si se detecta en sus indicios y aconseja que las mujeres deben acudir al médico de inmediato de presentar: hemorragias post menopáusicas, leucorrea fétida y dolores, para proceder a un inmediato tratamiento.

El Dr. Carreras Verdaguer nos da la pauta a seguir para las embarazadas, en su magistral comunicación "Protección a la dona grávida", que propone a los estamentos oficiales. Un servicio facultativo que preste asistencia obstétrica a los partos normales y patológicos en establecimientos apropiados para permitir el reposo necesario en los últimos meses. Exigir que la embarazada abandone el trabajo por un período entre 6 y 8 semanas antes y después del parto. Obligar la implantación de un seguro de maternidad, que proporcione a la embarazada una indemnización pre y post partum, así como para la lactancia.

Como podemos deducir, a través de los tiempos se han cumplido sus deseos.

El Dr. Agustí Planells en su comunicación "Contribución al estudio del puerperi normal i concepte de les petites infeccions puerperals" ^{introd} otro capítulo a la Obstetricia y considera, junto con Nubiola, como pequeñas infecciones puerperales, las endometritis limitadas, la infección localizada en algún punto del cuello uterino y retardos pequeños en la involución del útero y pequeñas hipertermias.

El Prof. P. Nubiola nos enseña en su comunicación "La técnica de la pubiotomía subcutánea" el arte de su práctica y en qué casos es aconsejable y afirma que la pubiotomía permite un ensanchamiento temporal de la pelvis, dirigido a permitir la salida o extracción del feto por vía natural, en los casos en que se presenta una desproporción entre el volumen fetal y el conducto pelviano.

El Dr. S. Dexeus Font afirma que el tocólogo es quien debe llevar el parto y la comadrona tiene que ser solamente una colaboradora, y que es deber del médico aconsejar que el parir se debe realizar en maternidades y no en las casas; su comunicación se titula: "La primera obra catalana de protecció materno-social de la dona embarazada".

El cuarto tema sobre la organización hospitalaria en Cataluña, y que hace referencia a Maternidad, fue desarrollado en su totalidad por el Dr. Francisco Carreras Verdaguier, sentando como premisas principales: la educación de la madre, la consulta prenatal y la hospitalización materna, que divide en dos secciones: la de tocoginecología y la de puericultura.

Después de un estudio exhaustivo de la organización del hospital maternal, propone para Cataluña la puesta en marcha de Hospitales Maternales Comarcales, preconizando para la provincia de Barcelona de fundación de dichos centros asistenciales en las ciudades de Mataró, Vich, Manresa y Villafranca. En Lérida, Tremp, Balaguer, Cervera, Solsona y Seo de Urgell; para Gerona, Olot, Sant Feliu de Guixols, Figueras, y para Tarragona, Reus, Tortosa, Falset y Valls.

Llegando a las siguientes conclusiones que consideramos avanzadísimas a nivel europeo:

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.

El Prof. Dr. Víctor Conill nos alecciona sobre la operación de Wertheim y tal vez sea el primero que informa que en el cáncer uterino se debe abandonarla y practicar el vaciado vaginal de Streckel, con raquianestesia.

El Prof. Luis Guilera en su comunicación sobre "Tratament del cancer del coll de l'uterus", inventa el denominado "ataque concéntrico", que consiste en aplicar en tal caso inicialmente curieterapia; seis semanas más tarde extirpación radical por vía vaginal, dejando radium en los parametrios, y cuando se termina la convalecencia, aplicar radiación X intensiva en la pequeña pelvis.

El Dr. Guillermo Ribas aconseja que en toda embarazada con cáncer de cuello uterino, se practicará poco antes de término la cesárea, seguida de histerectomía total, aplicando dos o tres tubos de radio en la "tranche" vaginal, técnica seguida aún actualmente en los principales centros ginecológicos.

SEPTIMO CONGRESO

Los trabajos de este Congreso se limitaron a las diversas terapéuticas sobre la tuberculosis genital y sobre el gravísimo problema de tuberculosis y embarazo. En aquella época en que la tuberculosis tenía casi siempre fatales consecuencias, es de agradecer el ímprobo trabajo de los comunicantes, doctores Boi Guilera, Seguí y Pou, P. Nubiola, Cárdenas, V. Conill, J. Muñoz, Trías Maxens y Segalá, que nos han dejado para la Historia de la tuberculosis unos brillantísimos capítulos.

Así, Boi Guilera, entre otras muchas observaciones, nos indica que "hay que negar al tocólogo el derecho de plantear "per se", el desagradable problema de la interrupción del embarazo, si desde su inicio se producen complicaciones.

Es al tisiólogo a quien corresponde tan ingrata labor. El Dr. Seguí afirma que la tuberculosis genital localizada exclusivamente en cuello, es siempre secundaria y no se produce por contacto directo. El Prof. Nubiola aconseja que en todo caso de enfermedad aguda o subaguda en la niña o adolescente, siempre que el diagnóstico y el curso clínico no queden lo suficientemente claros, el médico ha de pensar en la posibilidad de una enfermedad tuberculosa genital. Es, sin embargo, aún de gran vigencia, la conclusión que da el Dr. E. Condeminas en su comunicación Tuberculosis Genital y Esterilidad y que dice: "La esterilidad que se produce en el curso de la afección tuberculosa del aparato genital, depende de las lesiones que presenta, de las alteraciones que éstas ocasionan en el órgano afectado y de las modificaciones que pueden producir en su funcionalismo.

OCTAVO CONGRESO - junio 1934

Las comunicaciones presentadas sobre Tocoginecología, expusieron los problemas de la especialidad, partiendo de las nuevas normas que trajo consigo la moderna orientación científica, debida a la reorganización universitaria patrocinada por la Universidad Autónoma.

Así, el Director de la Maternidad Provincial, Dr. Boi Guilera, presenta en avance el "Part Estimulant" en los casos de feto a término y, sobre todo, en los embarazos supermaduros. Los doctores Garriga Roca y Muñoz Arbat, en sus comunicaciones sobre el shock en ginecología y obstetricia, llegan a ofrecernos un diagnóstico diferencial vigente en la actualidad y, más aún, los estados causales del mismo.

El Profesor Pedro Nubiola recomienda practicar la operación cesárea segmentaria en la placenta previa y en la aploplegia útero-placentaria.

El Dr. R. Roca de Vinyals, en colaboración con el Dr.

X. Roura, les debemos la clasificación en vigencia de los epitelomas del cuello uterino partiendo de las formas vegetantes, forma corrosiva, forma intersticial y forma endocervical.

NOVENO CONGRESO - Junio de 1936 - Perpinyá

Se puede definir la comunicación presentada al mismo, como fruto ya maduro debido a la intensa labor desarrollada en las Facultades de Medicina y Centros Maternales de la Universidad Autónoma.

El Dr. J. Ma. Mascaró, en su comunicación sobre "Urgencia Obstétrica" pone como únicos factores; el fetal, materno y anexial. En cuanto al factor fetal, viene condicionado por el sufrimiento fetal, procedencia de cordón y presentación transversa. En cuanto a factor materno, a la inercia uterina, la hiperquinesia, la rigidez y edema del cuello, soltura del segmento inferior, estenosis pelviana, enfermedades respiratorias y cardíacas de la madre, eclampsia y hematoma retroplacentario. Y en el factor anexial, rotura prematura de aguas, desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa.

El Dr. Ponjoan describe magistralmente las formas anatómo-patológicas del corio-epitelioma, que clasifica en las siguientes formas: terebrante, intersticial, poliposa y metastática.

El Dr. Malaret en su comunicación "Radioterapia del cáncer de la mamella inoperable i de les metastasis en la pell, ganglis i ossos", aconseja siempre la radioterapia, aún en los casos que la lesión sea operable, ya que favorece la esclerosis de las vías linfáticas.

La comunicación presentada por los doctores B. Guile-

ra, S. Dexeus y C. Carceller "La sinfisiotomía parcial, tractament d'elecció de les desproporcions pèlvico-fetals relatives" pone a manos de los tocólogos (en aquella época carente de antibióticos) unas normas que con toda seguridad evitaron muchas cesáreas peligrosas en aquellas fechas.

He querido dejar constancia en esta tesis de los magníficos y aleccionadores trabajos que sobre toco-ginecología nos legaron nuestros profesores y maestros a través de estos congresos de "Metges i Biolegs de Llengua Catalana", a los que tanto debe la medicina patria.