

## Crónica

### Segundo Congreso Nacional de Patología Digestiva

Durante los días 18, 19 y 20 del pasado mes de diciembre, se reunió en Barcelona, con éxito extraordinario, el Segundo Congreso Nacional de Patología Digestiva, bajo la Presidencia del Dr. don F. GALLART MONÉS.

La sesión inaugural se celebró el día 18, a las 11 de la mañana, en el viejo anfiteatro de la antigua Facultad de Medicina, domicilio hoy de la Academia de Medicina, presentando la sala el aspecto de las grandes solemnidades.

Ocuparon la Presidencia el Excmo. señor Santaló, Consejero Delegado de la Generalidad de Cataluña, en representación del Excmo. señor Presidente de la República y del honorable señor Presidente de la Generalidad de Cataluña. A su derecha tomó el asiento el Dr. SERRA HUNTER en representación del Parlamento de Cataluña, y a su izquierda el Dr. F. GALLART MONÉS, Presidente del Congreso.

El resto de la Presidencia estaba ocupada por el Dr. AIGUADER, Alcalde de la Ciudad; por el señor Anguera de Sojo, Presidente de la Audiencia; por el Jefe de Sanidad, señor CASTELLVÍ, en representación del General de División; por el Dr. P. BOSCH GIMPERA, Rector de la Universidad, que llevaba también la representación del Patronato Universitario; por los Doctores J. TRÍAS PUJOL, Decano de la

Presidente de la "Associació de Metges i Biòlegs de la llengüa Catalana"; A. PI SUÑER, Presidente de la Academia de Medicina; M. CORACHÁN, que llevaba la doble representación del "Sindicat de Metges de Catalunya" y de la "Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya"; J. TRENCHS, Presidente del "Institut Mèdico-Farmacèutic"; Dr. S. GUI POU, Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología; F. COROMINAS, Presidente del Instituto de los Santos Cosme y Damián; M. L. QUADRAS, en representación de la Academia de Higiene de Cataluña, y el Secretario General del Congreso, Dr. J. FONCUBERTA.

Abierta la sesión cedió la palabra al Secretario Dr. FONCUBERTA, que leyó la Memoria en la que se habla de los trabajos de organización del Congreso, de la brillante tarea llevada a cabo por el Primer Congreso reunido en Valencia y de la que tendría que desarrollar el que entonces empezaba.

Habló después el Presidente del Congreso Dr. F. GALLART MONÉS, quien después de saludar a los Congresistas y agradecer a todos su concurso, leyó un magnífico discurso en el que desarrolló el tema *Cómo debe formarse el médico*.

La evidente actualidad del tema elegido, el sólido prestigio que como Maestro de muchas generaciones médicas tiene el Dr.

GALLART, y su sinceridad, despertaron ya el interés de los Congressistas desde las primeras líneas, interés que iba creciendo a medida que en visión ideal hablaba del Maestro y de sus condiciones, del discípulo y de sus anhelos y de las relaciones de estrecha amistad y compañerismo que entre ellos deben existir, subrayando que maestro y discípulos tendrían que constituir una gran familia jerárquica y disciplinada para luchar unida por el progreso de la Ciencia y para su humanización, haciendo que de las aulas salgan buenos médicos, pero también buenos ciudadanos.

Este discurso, leído con honda emoción, de una claridad y de una precisión magníficas en el fondo, revolucionario y constructivo a la vez, en el que se rompen viejos moldes inútiles y contraproducentes, ofreciéndose en cambio más eficientes, avalados por una experiencia de veinte años, impresionó vivamente al auditorio; que lo premió con una larga y calurosa ovación.

El Dr. A. PI SUÑER, Presidente de la Academia de Medicina, saludó y dió la bienvenida a todos los Congressistas, en representación de todas las entidades médicas de Cataluña, y haciendo revivir recuerdos históricos de aquel anfiteatro en el que pronunciaron sus sabias lecciones GIMBERNAT, VIRGILI, y RAMÓN y CAJAL, entre otros muchos.

El Alcalde de la Ciudad, Dr. AIGUADER, en representación de la misma, dió la bienvenida a los Congressistas; y el Presidente del acto, señor Santaló, después de glosar con elocuencia los anteriores discursos, declaró abierto el Congreso.

Las tareas científicas del Congreso empezaron a las 4 de la tarde en los salones del "Sindicat de Metges de Catalunya", que lo mismo que los de la "Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Cata-

lunya" y los del "Collegi de Metges de Barcelona", fueron cedidos al Congreso por sus propietarios.

La mesa Presidencial estaba compuesta por los Dres. F. GALLART y J. TARRUELLA, de Barcelona; F. REIG, de Valencia; R. LUIS y YAGÜE, de Madrid; F. DOMINGUEZ RODIÑO, de Sevilla; J. BERGARECHE, de San Sebastián, y el Secretario Dr. FONCUBERTA. Actuaron de Secretarios de actas los Dres. M. CORTÉS LLADÓ y D. MOXÓ, de Barcelona, y el Dr. HERCE, de Madrid.

La primera Sesión fué dedicada a la lectura y discusión de las Ponencias, todas ellas referentes, como ya es sabido, a estudiar los diferentes aspectos de las colitis.

El Dr. Dámaso GUTIÉRREZ ARRESE, de Madrid, expuso con elocuencia la referente a *Etiología de las colitis*.

Después de limitar su estudio a "aquellos cuadros, la mayoría de las veces acompañados de diarrea, otras de estreñimiento, en los que el examen coprológico demuestra la presencia de albúminas solubles o núcleo-albúminas, y en gran número de ellos mocos, pus y sangre", divide su trabajo en dos grandes capítulos, en los que estudia la participación bacteriana y parasitaria en el determinismo de las colitis, y su experiencia personal la resume en las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> No disponemos en la actualidad de un criterio seguro para una clasificación de las colitis.

a) El tamaño de las úlceras es un concepto sujeto a errores, pues tanto en las miliares como en las más extensas, vemos frecuentemente una marcha evolutiva, flora intestinal, intradermorreacciones y pronósticos en un todo semejantes.

Además, de que aparentemente, dicho tamaño varía mucho para una misma úlcera, vista endoscópicamente o en la pieza aislada.

b) El estudio histológico, sólo puede aclararnos si las lesiones se han producido a partir de la mucosa y por vía hemática, ya que el colon por su fisiología y contenido, responde de idéntica manera al insulto de los más variados agentes.

c) Por la intensidad del cuadro clínico se apellidan leves, mediogras y graves, términos poco precisos por sí mismos y tan sólo útiles como adjetivos de una clasificación etiológica.

d) Por su curso, distinguimos dos grandes grupos: agudas y crónicas, con el riesgo inherente a toda enfermedad evolutiva, de considerar como forma aguda la recidiva de una colitis inveterada.

2.<sup>a</sup> Apelando a un criterio etiológico, no siempre posible, denominamos a un grupo colitis *específicas* y a otro más extenso *anespecíficas*. Predominan las formas agudas entre las primeras y las crónicas entre las segundas.

### 3.<sup>a</sup> Colitis específicas.

a) Un agente bacteriano capaz de producir este tipo de enfermedad, es el B. disintérico. Su cuadro agudo puede prolongarse más o menos tiempo conservando su especificidad; pero de no atacarse precozmente, se le agrega la flora habitual del intestino, dando lugar a una forma de colitis innominada.

b) Otros gérmenes (b. tífico, salmonelas, b. de KOCH, treponema pálido, etc.), pueden atacar por sí mismos la mucosa del intestino, pero en estos casos la sintomatología de la enfermedad general suele absorber casi por entero el cuadro intestinal.

c) En este mismo grupo se incluye la colitis ulcerosa por el diploestreptococo de BARGEN, aunque nosotros no creemos en su especificidad.

Consideramos que este germen no es nuevo en bacteriología, sino que se puede

identificar con el enterococo tipo B de GUNDEL.

Cuando la inyección intravenosa de dicho germen reproduce lesiones en el intestino de los animales, hemos observado con BLANCO y LASTRA, que sus cultivos van contaminados con anaerobios, los cuales hemos podido aislar del propio cultivo y del animal inoculado.

El estudio histológico de las úlceras logradas así por BARGEN, las muestra idénticas a las obtenidas experimentalmente por RIVERAS, GURRIARÁN y nosotros, sin que desempeñe en estos casos papel alguno dicho diploestreptococo.

d) Se han señalado algunos espiroquetos como agentes específicos de las colitis, pero nuestras investigaciones no lo afirman.

e) Creemos que la mayoría de las colitis graves con anemia y fiebre (GALLART) (318), son debidas a la flora anaerobia, ya que en algunos casos parecidos hemos aislado el cl. perfringens, dotado de una virulencia extraordinaria.

f) Los parásitos (metazoos y protozoos). sobre todo los que poseen la propiedad de labrarse quistes en la pared intestinal (t. hymenolepis, tricocephalus, e. hystolítica, balantidium coli, etc.), son indudablemente causas determinantes de la enfermedad que estudiamos. Otros menos agresivos para el tubo intestinal (ascaris, oxiuros, chilomastix, etc.), cuando abundan pueden constituir el primer paso de un síndrome colítico, bien porque las soluciones de continuidad fraguadas en la mucosa favorezcan sensibilizaciones locales o generales, o porque la travesía rápida del intestino aumentando la concentración de diastasas y de ácidos grasos en el colon, acabe por lesionar su pared.

g) Existe un grupo bien caracterizado de colitis por tóxicos ya endógenos (uremia, etc.) o exógenos (mercuriales, plomo,

etcétera), que a la larga pueden constituir la iniciación de una forma no específica.

h) Hemos estudiado con BLANCO y LASTRA algunas colitis agudas frecuentes en nuestra Península durante el verano. Su duración escasa, la ausencia de gérmenes y parásitos específicos, la normalidad de su flora en número y virulencia, negatividad de las intradermorreacciones y el hallazgo en las heces de excitadores enérgicos del peristaltismo de las asas de intestino aislado, nos hacen pensar en su origen tóxico, posiblemente por aminos consecutivas a la alteración de los alimentos.

i) También pueden observarse síndromes colícticos por alergia alimenticia.

4.<sup>a</sup> *Colitis no específicas.* — Creemos que el factor de alergia bacteriana es responsable de muchas colitis y sobre todo culpable de su sostenimiento.

a) Así se explica el hecho de que en algunos de nuestros casos, vistos en plena remisión, la inyección intradérmica de 0,1 c. c. de una emulsión de gérmenes, desencadenaba una crisis aguda de diarrea, tenesmo, febrícula, etc. Aún con mayor frecuencia la vacuna a dosis mínimas producía los mismos efectos.

b) Las reacciones intradérmicas positivas más numerosas, las hemos obtenido con emulsiones de *b. coli*, pero éste infecta a casi toda la humanidad desde los primeros años de la vida (FISCH) (316); de aquí la frecuencia de aquéllas en ausencia de un síndrome colíctico y más aún cuando existe un foco tuberculoso en actividad. Además puede existir una cutirreacción negativa, en algún caso de sensibilización local de la mucosa del colon.

c) La exaltación mutua de la virulencia de algunos gérmenes en simbiosis, desempeña un papel importante en la producción y sostenimiento de las colitis.

5.<sup>a</sup> El aspecto y distribución de las

lesiones, permite en ciertos casos el diagnóstico etiológico de una colitis.

6.<sup>a</sup> Para que un síndrome colíctico haga su aparición, no bastan, ni las bacterias exaltadas en número y virulencia, ni la presencia de uno o varios parásitos, sino que necesita la "suma etiológica" de ciertos factores predisponentes y fijadores, ya del propio aparato digestivo o extraños a él.

a) Las causas predisponentes digestivas, pueden depender del mismo intestino (megacolon, diverticulosis, tumores, estreñimiento, etc.), o de fuera de él (aquilia gástrica, colecistitis, hepatitis, intervenciones abdominales, etc.).

b) Las extradigestivas, pueden ser: Infecciones focales o generales (piorrea, septicemias, etc.), desórdenes dietéticos, carencia de vitaminas, intoxicaciones, alteraciones endocrinas, circulatorias, etc.

c) Es un factor importante la constitución de los enfermos, en su más amplio sentido anatómico y funcional.

d) Las características neuropsíquicas de los colícticos, merecen también tenerse en cuenta, pero sin llegar a hacerlas su eje etiológico.

Todas o algunas de las causas expuestas, creando un estado de sensibilización local general, son el motivo de la marcha evolutiva (febrícula, leucocitosis, eosinofilia, aumento de la velocidad de sedimentación, etcétera), que caracteriza a las colitis no específicas y aún a las específicas, cuando han pasado al estado crónico.

La Ponencia del Dr. GUTIÉRREZ ARRESE, fruto de cerca de tres años del trabajo personal de un maestro que se interesa vivamente y conjuntamente por la clínica y por la experimentación, fué recibida con grandes aplausos y suscitó los más elogiosos comentarios de todo el auditorio y en especial por parte de los Dres. HERNANDO, BORRÁS, MORRER, REGUEIRO, CA-

RRO, CASANOVA, GALLART, y MOXÓ, que intervinieron en su discusión. A todos les dió cumplidamente las gracias el Doctor ARRESE.

El Dr. OLIVER PASCUAL hizo un resumen de su Ponencia referente a la "*Patogenia de las colitis*". Luces guiadoras de su profundo estudio en capítulo tan oscuro de la Patología Digestiva, tenían que ser, forzosamente, las preocupaciones que siente el autor por temas de orden general, ya que afectan a todo el organismo, pero que de muchas enfermedades locales, constituyen también el íntimo mecanismo regulador: El papel de la constitución del metabolismo del calcio, del recambio hemoglobínico y de la alergia en las colitis, son las normas directrices de su trabajo, rico en documentación y sugerencias y que viene resumido en las siguientes conclusiones:

El estudio Patogénico del Colon nos demuestra la preponderancia del factor constitucional en la Constelación Etiológica de las Colitis.

Estas no pueden ser comprendidas más que sobre la hipótesis de la pérdida o inhibición transitoria de la inmunidad local del Colon, como lo prueba el hecho de la existencia de portadores sanos de gérmenes patógenos para sus congéneres.

El estudio fisiológico del Colon demuestra la imposibilidad de estudiar separadamente sus funciones de las del resto del aparato Digestivo y de las funciones Metabólicas, Endocrinas y Neuro-Psíquicas.

La Debilidad Constitucional del Colon es inseparable de la del Aparato Digestivo y de la Anomalía Constitucional y mixta que se denomina comúnmente Diátesis Alérgica. Los principales caracteres de la Debilidad Constitucional del Aparato Digestivo en las Colitis se traducen por la

tendencia a la Duodenitis con alteraciones de la Coleresis, tendencia a las Colangiopatías y a las alteraciones en la utilización de las grasas e hidrocarbonados.

Estas alteraciones dan lugar frecuentemente a un Balance de Calcio Negativo, que si coincide con la deficiencia de Calcio y Vitamina D en la Dieta frecuente en nuestro medio y con debilidad Constitucional latente de las Paratiroides, crea un terreno muy favorable al desarrollo de toda clase de Colitis y las fomenta y agrava.

El mecanismo por el que obran los anteriores factores es comúnmente el de la Disionía. Esta exagera siempre la respuesta alérgica del Colon.

Las posibles variaciones de la Debilidad Constitucional del Colon y del resto del organismo son inabarcables, y más aún los factores Etiológicos Exógenos conocidos hoy como condiciones obligadas de la combinación de dichas variedades con Colitis o simplemente como factores coadyuvantes generales y locales.

Fué muy aplaudido.

El Dr. Moxó intervino brevemente, rectificando el autor.

La Ponencia sobre "*Diagnóstico clínico y terapéutica médica de las colitis*" fué magníficamente desarrollada por el Doctor GIMENO MÁRQUEZ, de Valencia. Un tema clínico de esta importancia tenía que ponerse en manos de un hombre como el Dr. GIMENO, que antes que nada es un clínico eminente, que gusta de la clínica y que la vive intensamente en el terreno de las realidades.

Por eso su Ponencia tiene un altísimo valor didáctico, ya que al lado de una documentación completísima puede exponer una crítica severa y serena a la vez, avalada por una inteligente experiencia personal.

En su trabajo, dividido en dos partes:

clínica y terapéutica, el Dr. GIMENO analiza y sintetiza todos los síntomas y todos los procedimientos de exploración.

Expone después los grandes cuadros clínicos y sus particularidades, para concluir la primera parte con las siguientes conclusiones:

En el diagnóstico clínico de la colitis, el proceso mental que el médico realiza, pasa por fases sucesivas que le conducen, de los conceptos generales a los particulares.

El clínico se apoya para esta compleja labor, en una disciplina inquisitiva, cuya utilidad reside en su aplicación sistemática.

En ella se comprenden: la anamnesis, las exploraciones directas, ectoscópica y manual; las indirectas, coprológica, roentgenoscópica, recto-sigmoidoscópica; el examen del contenido gástrico y otras complementarias, variables en cada caso.

Las fases o períodos de elaboración diagnóstica, se refieren:

1.º Al diagnóstico general del síndrome colítico.

2.º Al diagnóstico diferencial.

3.º Al diagnóstico individual de las colitis.

1.º *Diagnóstico general del síndrome colítico.*

a) El perfil general de las colitis, queda trazado por el hallazgo de sus síntomas y signos; como no existen síntomas y signos patogénicos, precisa para formular su diagnóstico, la reunión o coincidencia en cada caso, de un determinado grupo de ellos.

b) En la agrupación sindrómica resultante, no tienen el mismo valor diagnóstico todos los elementos sintomáticos que la forman.

Ocupan el primer lugar, los que corresponden a la propia lesión inflamatoria,

reconocida por su visión inmediata o mediata. Siguen en orden a su importancia, los representados por los productos que en ella se generan, y son la prueba indirecta de su existencia; figuran, finalmente, en el último término, las reacciones funcionales que con más frecuencia se asocian al proceso inflamatorio del colon; ya asienten en el órgano enfermo, en otros segmentos del aparato digestivo o en distintos sistemas orgánicos.

2.º *Diagnóstico diferencial de la colitis.*

a) El síndrome colítico puede confundirse con otros procesos cólicos, funcionales u orgánicos, de naturaleza distinta a la inflamatoria, y con afecciones abdominales extracólicas.

b) Su confusión con las colodiskinesias, depende en parte, de que los trastornos funcionales, que en ellas son toda la enfermedad, en las colitis representan tan sólo una de las agrupaciones sintomáticas que la integran.

c) Estas reacciones funcionales, tienen como lazo de unión, un desequilibrio neurovegetativo, constitucional o adquirido, que no puede encerrarse en una fórmula rígida e inmutable en cada caso. (Vagotonía, simpáticotonía, etc.). Los elementos que la forman son modificaciones en el tono y en la excitabilidad, de las secciones del sistema vegetativo y gozan de suficiente libertad en sus movimientos reaccionales, para no depender del comportamiento de la sección antigénica.

c) El linde entre las colodiskinesias y la colitis es muy difícil de trazar; la zona de contacto corresponde a la colitis mucosa y en su terreno es donde se ha debatido con mayor pasión. En las colodiskinesias, las perturbaciones se inician en el aparato neuromuscular (hipertonía, hiperexcitabilidad, etc.), y alcanzan después la mucosa,

produciendo primero su irritación y finalmente su flogosis.

e) Las colodiskinesias son consideradas por muchos clínicos como manifestaciones alérgicas. Algunas son colopatías alérgicas puras, pero en la mayoría, la alergia se imbrica en la colitis.

f) El diagnóstico diferencial con otras colopatías funcionales, en relación con deficiencias digestivas o endocrinas, es fácil; la ausencia de signos de reacción de la mucosa, coincide con la representación de cuadros clínicos característicos.

g) La separación de las colopatías orgánicas, la realizamos por el aspecto de las lesiones y por la evolución. Tendremos siempre presente, la posibilidad de existencia de procesos orgánicos enmascarados por las reacciones inflamatorias añadidas.

h) La distinción con los procesos abdominales extra-cólicos, es difícil, especialmente cuando ambos coinciden. El juicio clínico deducido de detenido y completo estudio, acertará muchas veces en la justa interpretación.

3.º *Diagnóstico individual de las colitis.*

a) El criterio en el que nos apoyamos para la separación de las distintas variedades de colitis, no puede ser otro que etiológico. La anatomía patológica de las lesiones y su distribución topográfica, son demasiado movedizas para servir de base en esta separación.

La noción etiológica permite señalar de un modo preciso los límites correspondientes a cada variedad. El conocimiento del agente causal eleva el síndrome colítico a la categoría de entidad nosológica.

b) El número de colitis específicas, conocidas, es reducido; existen numerosos síndromes colíticos, en los que no se ha podido aislar el germen productor y que provisionalmente se reúnen con la denominación de colitis específicas.

c) Entre las específicas figuran: las tuberculosas, sifilíticas, amebianas y otras parasitarias; las disenterías bacilares y quizás la de BARGEN. Su diagnóstico queda establecido cuando se logra aislar el germen específico.

A falta de esta afortunada eventualidad, la clínica encuentra en su evolución lesiones, distribución topográfica, y en otras particularidades elementos suficientes en muchos casos, para emitir un acertado juicio.

d) Las colitis inespecíficas pueden ser ulcerosas o no ulcerosas. Entre las primeras destaca la colitis ulcerosa crónica; su diagnóstico clínico se establece, atendiendo a su evolución, lesiones, topografía, ausencia de gérmenes específicos, etc.

e) Los otros síndromes colíticos sin especificidad, forman un confuso grupo y se les distingue atendiendo a variados y muchas veces arbitrarios criterios.

Es una agrupación provisional; la calificación que mejor les corresponde es la de colitis benignas.

f) Finalmente, también hemos de diagnosticar las colitis tóxicas. En unas la intoxicación es endógena, y junto a los trastornos cólicos, encontramos en otros distritos orgánicos estigmas de la acción del tóxico.

Otras son debidas a intoxicaciones endógenas; de ellas, la uremia es la más importante; su diagnóstico se confirma por el estudio de las funciones renales, de las perturbaciones circulatorias que la acompañan y por las investigaciones en la sangre de la creatinina y de la úrea.

En la segunda parte diferencia el tratamiento médico de las colitis agudas del de las crónicas, pasando revista crítica a todos los procedimientos y sentando las siguientes conclusiones:

1.º En el tratamiento médico de las

colitis, hemos de distinguir la Terapéutica Profiláctica y la Curativa.

a) En la Profilaxia se comprenden: Medidas generales, adaptables a la prevención de todas las modalidades de colitis y se refieren, a la Higiene alimenticia, digestiva y de la defecación.

b) Medidas particulares aplicables a las colitis específicas en las que, conocidos los medios de difusión y contagio, tienden a evitar su propagación a los sujetos sanos.

2.<sup>a</sup> En la Terapéutica Curativa, distinguimos el tratamiento de las colitis agudas y el de las crónicas. En cada una de estas formas, señalamos normas generales y especiales, para su curación o alivio.

a) En las primeras figuran: La Dieta, la Terapéutica higiénica y la Medicación sintomática.

b) En las normas especiales, comprendemos: Los Tratamientos Específicos, Para-específicos y la Fisioterapia.

3.<sup>a</sup> Contamos como remedios específicos: El Mercurio, Arsénico y Bismuto en la Sifilítica; la Emetina y los Arsenicales, en la Amebiana; la Seroterapia en las Disentéricas producidas por los bacilos de SHIGA y FLEXNER, y quizás en la colitis por diplococo de BARGEN.

4.<sup>a</sup> La Terapéutica para-específica de la colitis, la forman: La Proteinoterapia y la Vaccinoterapia.

a) La Proteinoterapia la aplicamos principalmente, en forma de Seroterapia no específica; grandes transfusiones y Auto-hemoterapia. La colitis ulcerosa crónica, representa su principal indicación, aunque también se recurre a ella en colitis benignas resistentes a otros tratamientos.

La Proteinoterapia es muy estimable método en la terapéutica de las colitis; su eficacia parece superior en las transfusiones, copiosas y repetidas. Desgraciada-

mente, este proceder no está exento de peligros.

5.<sup>a</sup> Las vacunas polivalentes, las más empleadas en el tratamiento de las colitis, pueden administrarse por vía subcutánea o por vía oral.

La Vaccinoterapia subcutánea, debe incorporarse por su probable mecanismo de acción, a la Proteinoterapia.

a) En la Vaccinoterapia por vía oral, damos Auto-vacunas o Stok-vacunas. Sus resultados son difíciles de juzgar, por la marcha evolutiva de las colitis crónicas, en las que se producen remisiones espontáneas, y porque generalmente se asocian a otros tratamientos.

Contando con estas restricciones, las consideramos como un buen tratamiento de las colitis inespecíficas. Los mejores resultados los hemos obtenido con las Auto-vacunas.

6.<sup>a</sup> La Terapéutica Anti-alérgica la practicamos en las colitis, con la Proteinoterapia, Vaccinoterapia, Dietas de eliminación y curas desensibilizantes. Sus resultados son, con frecuencia, excelentes.

7.<sup>a</sup> La Fisioterapia, en sus diversas modalidades, encuentra frecuente campo de aplicación en las colitis, proporcionando resultados muy estimables.

8.<sup>a</sup> La antiseptia intestinal por vía oral, alcanza actualmente el acmé de su descrédito.

a) Los enemas antisépticos son buenos colaboradores en el tratamiento de las colitis inespecíficas y de algunas específicas, cuando se administran con oportunidad y técnica convenientes; los que parecen actuar mejor son los de Acriflavina y Yatrén.

9.<sup>a</sup> Con este arsenal terapéutico organizamos en cada caso el plan de tratamiento, acoplándolo a las particularidades etiológicas-evolutivas y lesionales de las colitis.

a) En las específicas, es esta medicación la que forma el núcleo del tratamiento y encuentra valioso apoyo en la dieta, terapéutica y sintomática. Exceptuáse la tuberculosa, en la que el tratamiento específico no conduce a ninguna ventaja.

b) En las Anespecíficas, las normas generales, adaptadas a la individualidad clínica, figuran en el primer plano. Las curas proteínica, vaccinoterápica, anti-alérgica, fisioterápica, antiséptica, etc., son métodos auxiliares. Elegidos convenientemente y aplicados con oportunidad, rinden beneficios que aunque incompletos, no debemos desdeñar en el actual momento histórico del tratamiento de la colitis.

10.<sup>a</sup> Finalmente no olvidamos en ningún momento la personalidad psíquico-orgánica del enfermo y sus reacciones ambientales, que tanto pueden ayudar, como entorpecer, el éxito terapéutico.

La exposición de sus particulares puntos de vista en tan relativa cuestión, interesó vivamente al auditorio y fué recibida con grandes aplausos.

Intervinieron en su discusión los Doctores CARRO, YAGÜE, TARRUELLA, SALA ROIG, CASANOVA, ROCHA, MOGENA, BERGARACHE, MADINAVEITIA, GONZÁLEZ CAMPO, REGUEIRO y MOXÓ, exponiendo aspectos diversos de su experiencia personal que no hicieron más que enaltecer el acabado trabajo del Dr. GIMENO, que cerró la discusión contestando cumplidamente a todas las intervenciones.

Tarea difícil la del Dr. GARCÍA PELÁEZ para la redacción de su Ponencia referente al "*Tratamiento quirúrgico de las colitis*", por tratarse de un aspecto de la medicina en el que se trabaja desde hace poco tiempo. Pero hombre de una gran experiencia clínica, ésta le ha servido de orientadora en su trabajo, que resulta así cosa vivida.

Las conclusiones que sienta son las siguientes:

1.<sup>a</sup> Las Colitis secundarias y mucosas curan, generalmente, con la operación fundamental. Si el Colon está muy dañado, se practicará Colectomía.

2.<sup>a</sup> La Colitis mucomembranosa crónica y rebelde será tratada operatoriamente por Apendicostomía o Cecostomía valvular, con instilaciones o lavados medicamentosos.

Para la de localización rectal se hará antes tratamiento por Cataforesis.

3.<sup>a</sup> La Colitis ulcerosa se trata precozmente por Apendicostomía o Cecostomía valvular y se ayudará con radioterapia.

4.<sup>a</sup> La Colitis ulcerosa avanzada y la hemorrágica precoz serán tratadas por exclusión doble de la sección enferma, y Cecostomía caso de afección total o Ileostomía en último término.

5.<sup>a</sup> La Transfusión de Sangre y la medicación por el Hierro se combinará antes y después de la operación como auxiliar general.

Acallados los aplausos con que fueron acogidas estas conclusiones, hablaron los Doctores RIBAS, SOLER, JULIÁ, GARCÍA, MORÁN, BERGARACHE, CARRO, MOXÓ, GALLART, CASANOVA y BARÓN, para hacer conocer sus distintos puntos de vista, contestando después a todas estas observaciones hechas el Dr. GARCÍA PELÁEZ.

Todas estas Ponencias, magníficamente impresas, formando un volumen de presentación moderna y elegante, impreso en la Imprenta de Durán y Albanell, a costa de una protección desinteresada, fueron repartidas a los señores Congresistas antes de la inauguración del Congreso.

Las sesiones Científicas de los días 19 y 20 fueron dedicadas a la lectura y dis-

cusión de las Comunicaciones presentadas o anunciadas, cerca de un centenar, muchas de ellas referentes o relacionadas con la colitis. Para su discusión el Congreso tuvo que dividirse en cuatro secciones, que funcionaron con toda regularidad y en las que la labor científica fué muy provechosa. Estas Comunicaciones son las siguientes:

*Sobre 124 casos de úlceras perforadas del estómago y del duodeno de peritoneo libre*, por el DR. CRISTÓBAL PERA.

*Hernia Diafragmática derecha y vólvulo gástrico*, por el DR. JOSÉ S. SAN JULIÁN.

*Un caso de enfermedad de Banti-esplenectomía. Curación*, por los DRES. P. DE SALA y GARCÍA MORÁN.

*Pseudoneoplasias del tubo digestivo ocasionadas por cuerpos extraños ingeridos*, por el DR. J. A. BORRÁS.

*Las perforaciones de la vesícula biliar*, por el DR. E. RIBAS Y RIBAS.

*Un caso de perisigmoiditis postlaparotómica*, por el DR. BERGARECHE.

*Tratamiento quirúrgico en algunos casos de ptosis gástrica*, por los DRES. CORACHÁN y RAMENTOL.

*Infecciones útero-anexiales de origen intestinal*, por el DR. M. GARRIGA ROCA.

*El problema de los síndromes apendiculares en los apendicectomizados*, por el DR. ANTONIO CASANOVAS SECO.

*Invaginaciones en adultos*, por los doctores. J. M. MADINAVEITIA, J. MARTÍNEZ AVIAL y J. M. MILICUA.

*Las dilataciones del colédoco*, por el DR. E. RIBAS Y RIBAS.

*Contribución al estudio de la adenitis mesentérica*, por los DRES. J. RAMENTOL, M. CORACHÁN LLORT y V. ARTIGAS.

*Consideraciones sobre las infecciones urogenitales de origen intestinal*, por J. M.<sup>a</sup> LUCENA.

*Formas agudas de las anexitis tubercu-*

*losas pseudo-apendiculares*, por el DR. M. GARRIGA ROCA.

*Relaciones génito-urinarias de la apendicitis*, por el DR. N. LLORET BARBER.

*Apendicitis tuberculosa aguda*, por el DR. J. BERGARECHE.

*Lesiones anatomo-patológicas apendiculares que presentan los enfermos operados en frío y su relación con la sintomatología clínica*, por el DR. E. RIBAS ISERN.

*Torsión del epiploon mayor y apendicitis aguda*, por el DR. J. P. FIGUERAS.

*El síndrome de obstrucción vesicular*, por el DR. LUIS TORRES MARTY.

*A propósito de la diverticulitis*, por el DR. P. DE SALA.

*La infección focal en patología hepática*, por el DR. E. RIBAS Y RIBAS.

*Trastornos gástricos después de la frenicectomía*, por los DRES. JOSÉ LENTINI y JUAN SURÓS.

*Sífilis hepática. Un caso que simula absceso*, por el DR. GARCÍA MORÁN.

*Diagnóstico de los cálculos de los órganos del hipocondrio derecho*, por el doctor HADGÉS.

*La ictericia catarral tuberculosa*, por el DR. M. SORIANO GIMÉNEZ.

*Dos casos de falsa ictericia*, por el DR. S. SAN JULIÁN.

*EL MECANISMO DEL VACIAJE DE LA VESÍCULA BILIAR*, por el DR. T. A. PINÓS.

*Sobre la utilidad de la intervención quirúrgica en ciertas formas de oclusión colodocal*, por los DRES. J. SOLER Y JULIÁ y J. FONCUBERTA Y CASAS.

*Esplacnoptosis y dolico colon factores del proceso colítico*, por el DR. J. TARRUELLA.

*Colitis experimentales*, por los DRES. D. GUTIÉRREZ ARRESE y G. GURRIARÁN.

*El factor alérgico de las colitis*, por el DR. H. G. MOGENA.

*Hipersensibilidad y colitis*, por los doctores F. GALLART MONÉS y J. FONCUBERTA CASAS.

*Acidos orgánicos y amoníaco en los procesos de fermentación y putrefacción*, por los DRES. J. SALA ROIG y J. BARBERA.

*El papel del colibacilo en las afecciones del colon*, por el DR. ALFREDO ROCHA.

*Datos para el diagnóstico de las formas ulcerosas de la tuberculosis intestinales*, por los DRES. MARIO CORTÉS LLADÓ y PEDRO PUJOL.

*Clinica de las colitis*, por el DR. JOSÉ BARBERÁ VOLTAS.

*Contribución a la patología del colon*, por los DRES. MANUEL BOIX y GUILLERMO ZORRAQUIN.

*Sobre colitis ulcerosa*, por los DRES. F. GALLART MONÉS, T. A. PINÓS, F. MARTORELL y J. FONCUBERTA CASAS.

*El estado del estómago en los colíticos*, por los DRES. A. RODRÍGUEZ-OLLEROS, A. HERRÁIZ y J. GUISANDE.

*Insuficiencias secretorias y diarreas*, por el DR. J. BADOSA GASPAS.

*Consideraciones sobre el diagnóstico de las dispepsias de fermentación*, por el doctor J. SALA ROIG.

*El quimismo gástrico en la etiología y tratamiento de la colitis*, por los DRES. F. MORER RAMÓN y F. FORCADA GELABERT.

*Autovacunoterapia en las colitis*, por el DR. H. G. MOGENA.

*Terapéutica con autoantivirus por vía duodenal en 65 casos de síndrome digestivo diverso, acompañado de duodenitis*, por el DR. OLIVER PASCUAL, S. MONTEJO, S. GALÁN y A. OLIVER.

*Cómo tratar las afecciones de colon con aguas medicinales*, por el DR. FRANCISCO SERAL CASAS.

*Observaciones de septicemias de origen biliar*, por el DR. F. FERRER SOLERVICENS.

*Colitis y rectocolitis ulcerosas graves. Su tratamiento*, por el DR. J. CAMBIES.

*Los tratamientos de las recto-colitis hemorrágicas*, por el DR. JOSÉ LENTINI.

*Aportaciones al problema de las estenosis rectales*, por el DR. FRANCISCO GALLART MONÉS.

*El metabolismo basal en las colitis*, por el DR. PEDRO BABOT.

*El equilibrio vagosimpático en las colitis*, por el DR. PEDRO BABOT.

*La transfusión en las colitis ulcerosas graves*, por el DR. TEÓFILO HERNANDO.

*La transfusión de sangre en las colitis*, por el DR. DIEGO MOXÓ.

*Resultados de la transfusión de sangre en patología digestiva*, por el DR. MISERACHS RIGAL.

*El tratamiento de las colitis con vacunas y antiviruses*, por los DRES. D. GUTIÉRREZ ARRESE, D. L. BLANCO y J. M. LASTRA.

*Tratamiento médico de la fisura-anal*, por el DR. JOSÉ LENTINI.

*La crisoterapia en las colitis*, por el DR. D. GUTIÉRREZ ARRESE.

*Sobre la acción purgante de un preparado sólido del aceite de ricino*, por el doctor T. ALDAY REDONNET.

*Algunos casos de estados caquéticos de origen biliar*, por el DR. F. FERRER SOLERVICENS.

*Esplenopatía con tromboflebitis esplénica*, por los DRES. F. FERRER SOLERVICENS, J. SALA ROIG, J. GUASCH y N. SIPER.

*El virus tuberculoso en la colitis*, por los DRES. G. GIMÉNEZ ARRESE, P. ZARCO y F. GIMÉNEZ.

*Sobre el vómito cerebral*, por el DR. E. TOLOSA.

*Glutatemia. Resultados obtenidos en enfermos de aparato digestivo*, por los doctores JUAN FONCUBERTA CASAS y M. AMAT BARGUÉS.

*Importancia del estado del riñón en la exploración funcional del páncreas*, por los DRES. A. RODRÍGUEZ-OLLEROS, F. SÁINZ DE LA MORA y E. SALAS.

*Lesiones gástricas observadas en los ga-*

tos suprarrenoprivos, por el DR. T. ALDAY REDONNET.

*Consideraciones sobre 50 casos de lambliasis duodenal*, por los DRES. E. OLIVER, S. MONTEJO y A. OLIVER.

*Contribución al estudio de las colitis parasitarias, colitis a cercomonas*, por el doctor JOSÉ S. SAN JULIÁN.

*Estudio comparativo de los diferentes medios usados para la investigación de la acidez actual, orgánica (volátil y total) y la alcalinidad en las materias fecales*, por los DRES. F. DURÁN JORDÁ y A. CARDONER y PLANAS.

*Formas protozoarias más frecuentes encontradas en el curso de exámenes coprológicos en Barcelona*, por el DR. R. MORAGAS GRACIA.

*Alteraciones digestivas por el uso del citrato sódico comercial*, por el DR. T. ALDAY REDONNET.

*La coleresis provocada por los colatos y por el colato de plata*, por los DRES. E. OLIVER, S. MONTEJO y A. OLIVER.

*Variante técnica del sondaje duodenal*, por el DR. H. SICART.

*Neoplasias juveniles en aparato digestivo*, por el DR. FRANCISCO GALLART MONÉS.

*Sobre el diagnóstico de la gastritis. La gastroscopia*, por los DRES. A. RODRÍGUEZ-OLLEROS y J. M. DE LA VIESCA.

*Síndromes digestivos observados frecuentemente en la tuberculosis intratorácica del niño. Su significación clínica*, por el doctor JOSÉ DOMÉNECH ALSINA.

*Síntomas radiológicos de la colitis*, por los DRES. T. A. PINÓS y E. VIDAL COLOMER.

*Diagnóstico radiológico de las colitis*, por los DRES. DÁMASO GUTIÉRREZ ARRESE y MANUEL y FRANCISCO ARCE.

*Crítica de la colecistografía*, por el doctor GONZÁLEZ CAMPO.

*Nueva técnica colecistográfica*, por el DR. J. REGUEIRO LÓPEZ.

*La medida de la afosidad de la orina en el cáncer del estómago*, por el DR. H. SICART.

*Contribución al estudio de las esplenomegalias gastrorragíparas*, por el DR. A. PEDRO PONS.

*El denominado angor por aerofagia. (Influencia sobre el eje eléctrico)*, por los DRES. J. GIBERT y QUERALTÓ y P. BARCELÓ.

*El cuadro cardiovascular de la aerocolia*, por los DRES. J. GIBERT y QUERALTÓ y P. BARCELÓ.

*La bilirrubinemia en los tuberculosos*, por los DRES. M. SORIANO, J. SURÓS y FORNS y G. MANRESA.

*El quimismo gástrico factor de interés para la determinación de la cuantía de la resección, en el tratamiento por gastrectomía de la úlcera gastro-duodenal*, por el DR. R. LUIS Y YAGÜE.

*La miastenia gástrica de algunos gastroenterostomizados*, por el DR. SANTIAGO CARRO.

*Investigaciones hematológicas en resecados del estómago*, por el DR. E. DOMÍNGUEZ RODIÑO.

*Obstrucción pilórica total simulando una estenosis orgánica: Curación por el lavado gástrico*, por los DRES. JOSÉ ARMANGUÉ y DIEGO MOXÓ.

*Contribución al problema de curabilidad del ulcus duodenal*, por el DR. EDUARDO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ.

*Síndromes solares*, por el DR. MANUEL ALVAREZ MURIAS Y CASTRO.

*Resultados inmediatos del tratamiento del ulcus gastroduodenal por la acetilcolina*, por los DRES. F. MORRER RAMÓN y R. CÓRDOBA.

*Sobre la relativa ineficacia de los tratamientos médicos del ulcus gastroduodenal (Estudio comparativo)*, por los DRES. MARIO CORTÉS LLADÓ y TEODORO TORNER.

*Tratamiento de la úlcera gastroduodenal*

por los extractos corticales, por el DR. TEÓFILO HERNANDO.

*La vacuna antialfa en el tratamiento del ulcus gastroduodenal*, por el PROF. FIDEL FERNÁNDEZ.

*Resultados inmediatos del tratamiento del ulcus gastroduodenal por el salicilato sódico*, por los DRES. J. VILARDELL y A. GALÍ.

*Tratamiento del ulcus gastroduodenal por el benzoato sódico. Resultados inmediatos*, por el DR. J. VILARDELL.

Habiéndose presentado a última hora interesantes comunicaciones, el comité acordó la constitución de una cuarta sección para el día 20 a las once de la mañana, sección que se reunió en la sala de la comarcal de Barcelona.

Comunicaciones que se presentaron:

*El metabolismo basal en las parasitosis intestinales*, por el DR. E. VILLALOBOS y el DR. L. F. PALLARDO PEINADO.

*Úlcera duodenal por quemaduras extensas*, por el DR. SURINYACH OLLER.

*Alergia y dispepsia gástrica inicial en las colecistopatías. Una forma clínica de cesación brusca del síndrome dispéptico con la aparición del primer cólico hepático*, por el DR. SURINYACH OLLER.

*Las vitaminas B1. y B2. en los extractos hepáticos inyectables*, por los DRES. J. A. COLLAZO y SÁNCHEZ RODRÍGUEZ.

*Metabolismo de la coleslerina y vitamina A. Investigaciones en la avitaminosis A. Y en la hipervitaminosis A.*, por los DRES. Isabel TORRES, S. RODRÍGUEZ, J. A. COLLAZO y RODA.

*Extractos hepáticos inyectables y función glucogénica*, por el DR. CORNEJO y J. A. COLLAZO.

*Diabetes y ejercicio muscular. Nueva contribución al estudio del metabolismo de los hidrocarbonados en la diabetes*, por el DR. J. A. COLLAZO y el DR. BARBUDO ORTIZ.

*Jugo gástrico humano y vitamina B. 2.*, por los DRES. SÁNCHEZ RODRÍGUEZ y J. A. COLLAZO.

*El ácido láctico del contenido intestinal con su absorción y toxicidad en los animales de experimentación*, por los doctores Amelia ZARAZOLA, SÁNCHEZ RODRÍGUEZ y J. A. COLLAZO.

*¿Existe en los extractos de hígado inyectable una hormona colesterínica?*, por los DRES. MARAÑÓN, y J. A. COLLAZO, con la colaboración técnica de Isabel TORRES y J. PUYAL y E. RODA.

*Tratamiento de las diarreas por la cura de manzanas*, por el DR. José M.<sup>a</sup> GONZÁLEZ GALVÁN.

*Tratamiento de las úlceras gastro-duodenales por el extracto de bazo*, por el doctor José M.<sup>a</sup> GONZÁLEZ GALVÁN.

*Colopatía y diatermia*, por el DR. José M.<sup>a</sup> GONZÁLEZ GALVÁN.

*Las dietas de eliminación en el diagnóstico de la colitis mucosa*, por el DR. X. FARRERONS CO.

*Dolicomegacolon y dolicoduodeno*, por el DR. ESTEBAN GIL.

*La mortalidad en la cirugía de aparato digestivo*, por el DR. ALBERTO CATALINA PRIETO.

*Síndromes hemáticos en las gastropatías*, por el DR. ELOY DOMÍNGUEZ RODIÑO, de Sevilla.

*Fisiopatología de la vesícula biliar*, por los DRES. JUAN FONCUBERTA y TOMÁS A. PINÓS, de Barcelona.

Finalmente se procedió a la constitución de la Sociedad Española de Patología Digestiva y de la Nutrición, discutiéndose ampliamente los Estatutos por los que habrá de regirse y acordándose que tenga su residencia en Madrid y que su Consejo Directivo lo integren los doctores GALLART, HERNANDO, OLIVER PASCUAL, MOGENA, GIMENO MÁRQUEZ, GONZÁLEZ GALVÁN, y CARRO, este último como Secretario.

\* \* \*

El día 20, por la tarde, tuvo lugar la sesión de clausura. Los acuerdos más importantes que en ella se tomaron fueron los siguientes: Celebrar el Tercer Congreso en Madrid el mes de octubre de 1936 y nombrar Presidente del mismo al Dr. don Teófilo HERNANDO, con un amplio voto de confianza para su organización. Designar como temas de Ponencia y Ponentes a los doctores: *Nuevas orientaciones en la terapéutica quirúrgica del megacolon*, al doctor don Abilio G. BARÓN, de Valdecilla (Santander).

*Ictericias por retención. Aspecto médico*, al Dr. Alfredo ROCHA, de Barcelona.

*Ictericias por retención. Aspecto quirúrgico*, al Dr. Julián BERGARECHE, de San Sebastián.

Al margen del Congreso se celebraron diversos festejos, que se vieron muy concurridos. Entre ellos recordamos visita a la Catedral, Generalidad y Casa de la Ciudad, con un lunch. Visita al Casal del Metge, con un lunch. Concierto por la Agrupación Artística del Casal del Metge. Vuelta a Barcelona en Autocar. Te en el Ritz. Representación de Gala en el Liceo. Y finalmente un banquete en el Ritz, también hijo de una desinteresada protección.

J. F.