

Crónica

El VIII Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana

Durante los días 26, 27, 28, 29 y 30 de junio y 1 y 2 de julio, tuvo lugar el VIII Congreso de Médicos y Biólogos de lengua Catalana.

SESION INAUGURAL

En el "Casal del Metge" se celebró la sesión inaugural del VIII Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana.

El acto resultó brillantísimo, presentando un magnífico aspecto el salón de sesiones del "Casal".

Ocupó la presidencia el consejero de Sanidad y Asistencia Social, señor Dencás, quien llevaba asimismo la representación del Presidente de la Generalidad; el Doctor Puig y Sais, presidente del Comité organizador del Congreso; el doctor Puig Sureda; el alcalde de Barcelona, señor Pi y Suñer; el presidente del Tribunal de Casación de Cataluña, señor Gubern; el delegado de Marina, señor Verdugo; el de Hacienda, señor Ondabeitia; el diputado al Parlamento catalán, doctor Ribas Soberano; el consejero-municipal de Cultura, doctor Cortés; el consejero-municipal de Sanidad, doctor Gispert; el jefe de los servicios de Sanidad, de la Generalidad, doc-

tor Mestre y Puig y el alcalde de Palma de Mallorca, doctor Emilio Darder.

También figuraban los doctores corcuchán, Valentí, Domingo, Gabarró, Fornells, Cervera, Sellas, Mas Alemany, y Girard, miembros del Comité organizador.

El acto empezó con la lectura de la memoria correspondiente, por el secretario del Comité, doctor Pedro Domingo Sanjuán.

Seguidamente hizo uso de la palabra el vicesecretario doctor Gabarró, quien dió lectura a un documentado e interesante trabajo sobre la personalidad del doctor Gimbernat.

Luego el doctor Puig Sureda pronunció un parlamento, en el que destacó la importancia que para Cataluña en general y para la clase médica en particular representaba la celebración del VIII Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, haciendo notar asimismo los frutos que sin duda se desprenderán de dicha reunión.

El doctor Puig y Sais habló seguidamente, haciéndolo en el propio sentido.

Finalmente se levantó a hablar el consejero de Sanidad, doctor Dencás, para adherirse al Congreso en nombre del Gobierno de la Generalidad. Dedicó unos

párrafos brillantes a ensalzar el idioma catalán, elogiando la patriótica actitud del "Casal del Metge" y de los organizadores del Congreso Médico, al tributar a aquél los máximos honores.

Todos los oradores fueron muy aplaudidos.

Después, todos los concurrentes al acto, entre los que destacaban distinguidas y bellas damas, se trasladaron al piso tercero del "Casal" con objeto de dar por inaugurada una Exposición de Arte, en la que figuraban exclusivamente obras artísticas originales de señores médicos. Entre los expositores figuraban los doctores Amell, Arís, Bartrina, Bonrepaux, Carbó, Cardoner, Claverol, Comamala, Cots, Figa, García, Guardiola, Guilera, Moragas, Pomar, Montaña, Nubiola, Núñez-Doménech, Permanyer, Riera, Ros, Torrell, Valls Conforto y Wennberg.

Los temas desarrollados por los ponentes, son los siguientes:

I. "Estados de Shock".

Fisiología y farmacología de los estados de shock.—Doctores Augusto Pi y Suñer, Jesús M.^a Bellido y Golferichs y Francisco Doménech y Alsina.

Shock quirúrgico. — Doctores Antonio Trias y Pujol y Luis Bosch y Avilés.

El shock en patología interna.—Doctor Francisco Estapé y Pañellas.

II. "Aspectos epidemiológicos de las infecciones más frecuentes en los países de lengua catalana".

Las realidades endemoepidémicas de Cataluña. — Dr. Francisco Serra y Rabert.

Las infecciones humanas de base enzoótica. — Prof. J. Vidal y Munné.

Las enfermedades infecciosas de tipo mixto o concurrente.—Dr. Pedro Domingo

y Sanjuán, cuyos resúmenes extractamos a continuación:

Los factores distróficos del shock.—Pi Suñer.)

Estudia el aspecto químico y fisicoquímico del shock y su patogenia.

El shock se traduce especialmente por hipotensión arterial.

Las causas de hipotensión arterial pueden ser muchas, si bien no pocas son independientes del shock. Entre ellas las más importantes:

A.—Los reflejos depresores y los reflejos cardio-aórticos, los del seno carotídeo auricular, respiratorios, abdominales de Goltz, de distensión visceral, de dolor, del espasmo o de la obstrucción coronaria.

B.—La insuficiencia del gasto cardíaco, por llegar poca sangre al corazón, o por dificultades de vaciamiento, bien por taqui o bricardia, o por hiposistolia por fallo del miocardio.

C.—La hiperpnea.

D.—Trastornos endocrinos: Hipo e hipertiroidismo, Adisson, insuficiencia hipofisaria, etc.

E.—Enfermedades infecciosas en general si son de una cierta gravedad.

El shock típico da la siguiente sucesión de hechos:

Baja de la presión venosa, presión arterial descendente y pequeña, pulso rápido y sin tensión, polieritrocitemia, aumento de hemoglobina en la sangre periférica, leucocitosis, incremento del nitrógeno no proteínico en la sangre, reducción de la reserva alcalina hemática, disminución del sodio sanguíneo y muscular, metabolismo bajo, hipotermia, piel fría con sudor frío, agrisada y ligeramente cianótica, adinamia profunda, respiración rápida y superficial, a menudo vómitos, angustia, sensibilidad

subnormal, a veces inconsciencia y coma. En tal estado puede llegarse a la muerte por agotamiento progresivo.

A continuación habla de la semejanza del shock con ciertas intoxicaciones proféticas con el cuadro descrito, describe los efectos de la anafilaxia tan parecidos al shock.

Expone los trabajos de DALE y LADISLAW con la inyección de histamina y de sus relaciones con el shock. Estos hechos hacen pensar en la posibilidad de la intervención de ciertas sustancias químicas en la producción de shock.

Expone las distintas teorías expuestas para aplicarlo: desde la parálisis vasomotora de KEEN hasta los trabajos de CANNON y, finalmente, los del Comité de estudios del shock.

Expone los trabajos de DELBET a favor de la toxicidad de los extractos de músculo contuso y los de DALE a favor de las propiedades hipotensoras de la histamina, sobre las que tanto insiste en sus trabajos DOMÉNECH ALSINA. Hace una comparación de los fenómenos que ocurren en el shock anafilático y en el postoperatorio y cita los principales trabajos que a ello se refieren: de DALE, LADISLAW, DOERR, etcétera.

El hecho cierto para el de que el ingreso de sustancias tóxicas en el torrente circulatorio sea a veces la causa de los fenómenos descritos, no quiere decir que el fallo circulatorio no pueda tener otros orígenes, y entre ellos los más importantes los nerviosos. Por esto tiene el shock dos fases, una primitiva que debe ser atribuida a trastornos nerviosos según CANNON, y una secundaria que se da en los grandes traumatismos y que no puede explicarse por este mecanismo.

Concluye el autor de estas premisas que la manera de llegar al shock no es única,

aunque lo sea su patogenia. El proceso es complejo y hay muchas maneras de llegar a las graves complicaciones que supone.

Estudia a continuación las alteraciones del medio interno en el shock.

Encuentra aumento en la sangre de materia sólida, concentración demostrada en múltiples trabajos que cita. Sube la viscosidad sanguínea; en cambio el plasma no se concentra y sigue invariable.

Sube el N. residual hemático, y especialmente la creatinina. La eliminación de urea es baja al principio y crece más tarde poco a poco. A menudo se observa hiperglucemia y un aumento del a. láctico, así como una disminución del colesterol.

Acostumbra a encontrarse una acidosis y una disminución de la reserva alcalina, disminuyendo proporcionalmente a ellos la tensión de CO_2 del aire alveolar.

Expone las teorías para explicar este fenómeno: formación de catabolitos ácidos, Acapnia con producción de alcalosis y baja por lo tanto del sodio sanguíneo, etc.

Expone a continuación los trabajos de su escuela para esclarecer estos puntos, dando importancia a las secreciones digestivas y a sus perturbaciones sobre el contenido en cloro y sodio en la sangre, y a su resonancia sobre el Ph. y la reserva alcalina. Estas alteraciones del equilibrio ácido-básico son causa de una serie de fenómenos que describe, especialmente la estasis capilar por falta de O y concentración de iones H. (KROGH). La baja de presión sanguínea en los capilares.

Estudia las experiencias realizadas para demostrar el fenómeno de la permeabilidad capilar. Para él las variaciones de la permeabilidad dependen de la modificación de los coloides celulares endoteliales, modificación que hace variar el índice de difusión en ellos de diversas sustancias (ELLINGER, HAYMANN, KROGH). Cita la

afirmación de LUMIÈRE de que "el estado coloidal condiciona la vida y que la destrucción de este estado, es decir, la floculación, determina la enfermedad y la muerte".

Los equilibrios coloidales se encuentran sometidos al control de las glándulas endocrinas y del sistema nervioso, como demuestran numerosos trabajos citados (HOWELL, ZONDEK, MAGNUS, KAJIKAVA, etcétera), especialmente los practicados desde un punto de vista farmacológico: con la acción de la insulina, tiroidina, adrenalina, etc. (KOREF, GEIGER, EPPINGER, GELLHORN, etc.). Acaba el ponente declarando la múltiple complejidad de los fenómenos en el shock. Para él es esencial la dilatación capilar y el aumento de permeabilidad del endotelio, así como la intervención de factores distróficos. Pero cree que a este estado se puede llegar por distintos caminos.

Fisiopatología de los estados de Shock (DOMÉNECH ALSINA)

Hace una breve reseña de la historia y fisiopatología del shock.

Se puede hablar de estados de shock para designar una serie de procesos que provocan la muerte después de un largo período de hipotensión persistente, que va precedido de otro durante el cual el organismo sostiene su presión a pesar de la existencia de causas perturbadoras, procesos que fisiopatológicamente presentan grandes analogías con el shock traumático elástico.

Hay que eliminar del cuadro del shock las hipotensiones no shockantes (tal como la producida por la anestesia raquídea dorsal), las cuales se caracterizan entre otras cosas por ser muy sensibles a la acción de la adrenalina.

Se describen las principales hipotensiones shockantes y los principales tipos de shock experimental, y entre ellos el shock producido por la irrigación peritoneal hipertónica que ha descrito el autor.

La curva de la presión sanguínea en el shock puede variar mucho por una misma causa, según la forma de actuar ésta. Se estudia una forma bien característica en el shock histamínico.

Para producir el shock no es necesaria la reabsorción de determinados tóxicos vasodilatadores a nivel de un foco. Se describen algunos trabajos experimentales de diversos autores que lo demuestran.

Se estudian diversos argumentos que demuestran la conservación de la potencia cardíaca en el shock y que la hipotensión del shock no es debida a una alteración primitiva de los centros vasomotores.

Se estudia la concentración globular y la disminución del volumen sanguíneo en el shock. Los resultados experimentales del autor permiten negar la pretendida pérdida de agua a través de los capilares musculares, como a causa de la concentración globular del shock histamínico, concepto que fué extendido equivocadamente a otras formas de shock.

Se estudian las distintas vías de pérdida de líquido en el shock y se hace notar que no siempre se trata de una pérdida total de plasma, sino que muchas veces la pérdida lo es de sustancias en cantidad desigual entre las que componen la sangre, lo que indica ya la existencia de alteraciones físico-químicas primitivas de la sangre y también de los tejidos.

Se estudian las causas de la disminución de volumen de la sangre circulante, demostrando que interviene no sólo la disminución de volumen sanguíneo, sino también la hipotensión.

Se rechaza la pretendida importancia en

la génesis de los trastornos circulatorios de una acumulación de sangre en una determinada porción del árbol vascular. Se estudia la disminución de la sensibilidad de la presión a la adrenalina en el curso del shock y la independencia de este hecho de la disminución del volumen sanguíneo y de la inervación medular según los resultados experimentales del autor.

Se estudia la vaso-constricción de la presión en el curso del shock, negando la pretendida nocividad de la misma y su intervención en la constitución de un círculo vicioso.

Se estudia el comportamiento de las glándulas suprarrenales en el curso del shock y particularmente la secreción de adrenalina. Las experiencias personales del autor, comparando la producción de adrenalina con la sensibilidad a la adrenalina mismo animal y con la curva de presión sanguínea demuestran: a) Que el animal puede sostener la presión sin hiperproducción de adrenalina a pesar de la disminución del volumen sanguíneo. b) Que a medida que avanza el shock y la presión va siendo más baja, la producción de adrenalina aumenta y que no hay agotamiento en su producción antes de la muerte. c) Que la hiperproducción de adrenalina coincide con la disminución de sensibilidad a la presión a la adrenalina.

Se señala la falta de compensación de la pérdida de fluidos en el organismo shockado, así como la importancia de las alteraciones físico-químicas primitivas y secundarias a la irrigación insuficiente de los tejidos; no se estudia el problema bioquímico del shock, desarrollado en otra ponencia.

Se estudia brevemente la posible importancia del sistema nervioso en la génesis del shock, señalando la importancia del sis-

tema nervioso en la lucha contra la hipotensión.

En resumen, el autor considera que las alteraciones físico-químicas especialmente hemáticas constituyen el substrato del shock. Si bien ha sido rechazada la necesaria intervención de una reabsorción tóxica a nivel de un foco, se puede seguir hablando de intoxicación: intoxicación por las alteraciones químicas secundarias a la pérdida hemática y por los tóxicos endógenos producidos a consecuencia de una profunda alteración metabólica.

El camino por el cual se llega a la hipotensión hay que buscarlo en las modificaciones que prueban en los mecanismos orgánicos que mantienen la presión, la disminución del volumen hemático en sí y las alteraciones de las condiciones físico-químicas del organismo en general y particularmente de la sangre que acompañan a la disminución del volumen hemático.

Acaba con unas consideraciones sobre las orientaciones terapéuticas derivadas de la fisiopatología.

Síntomas y tratamiento del shock quirúrgico y traumático (Bosch AVILÉS).

1.º El shock es un estado de disminución o debilidad de todas las funciones vitales, caracterizado por el descenso rápido, persistente y progresivo de la presión sanguínea, aumento de pulsaciones y paralela debilidad de las mismas; respiración superficial, descenso de la temperatura, palidez de la piel con abundantes sudores fríos y pegajosos; disminución de la cantidad de sangre circulante, concentración de la misma en los capilares con el correspondiente aumento de glóbulos rojos y hemoglobina, leucocitosis, disminución de

las reservas alcalinas, azoemia aumentada, lentitud del metabolismo; generalmente los enfermos están en un estado de estupor, subconscientes, pero sin pérdida total de la inteligencia; algunas pocas veces se encuentran excitados y con delirio.

2.° El tratamiento del shock ha de ser preventivo y curativo; el primero consiste en evitar las causas que favorecen la producción del shock; el segundo en emplear todos los medios terapéuticos para curar el shock ya establecido.

3.° El shock quirúrgico puede evitarse con los cuidados pre y postoperatorios; antes de toda operación el enfermo será reconocido con todo cuidado y tratado convenientemente cualquier trastorno o alteración que encontremos, ya sea de un aparato o víscera hemática, etc., elección de anestésico. Después de la operación aislaremos el enfermo para procurarle un reposo psíquico. Lo hidraremos por vía hipodérmica o rectal, se calentará convenientemente; en el caso de haberse producido pérdida abundante de sangre en el acto operatorio, utilizaremos la transfusión de sangre, o en su defecto, las inyecciones intravenosas de suero. En el acto operatorio tendremos cuidado de traumatizar lo menos posible, evitar la pérdida de sangre y aislar las vísceras del contacto del aire.

4.° El shock traumático podemos evitarlo previniendo el resfriamiento, parando la hemorragia, inmovilizándolo, hidratación del enfermo y sustitución de la sangre perdida con transfusión o inyección intravenosa de suero, suprimiendo siempre que sea posible los tejidos desvitalizados para evitar la absorción de productos tóxicos; administración de sueros antitóxicos.

5.° El tratamiento curativo del shock puede ser sintomático y causal. Consiste el

primero en la lucha contra la hipotermia y la hipotensión; el tratamiento causal es la supresión inmediata del foco traumático. Es tributario del primero el shock quirúrgico y el shock traumático primitivo o de origen nervioso. Hemos de usar el segundo en el shock tóxico y séptico.

6.° Debemos luchar contra la hipotermia con medios externos como botellas calientes, termóforos, etc., y sobre todo con diatermia e inyecciones de suero caliente. En la hipotensión podemos luchar aumentando la cantidad de líquido circulante con la inyección intravenosa de suero caliente, dando preferencia al suero con un 6 % de goma. La transfusión de sangre es un tratamiento heroico cuando el shock va acompañado de hemorragia y es un buen tratamiento en los demás casos. La utilización de medicamentos como el aceite alcanforado, cardiazol, coramina, adrenalina, etc., favorece el aumento de sangre circulante. Con el mismo objeto podemos usar medios mecánicos como la bolsa neumática de Crile o el vendaje de los miembros y abdomen.

7.° El tratamiento causal no excluye el tratamiento sintomático, sino que exige su colaboración. Esta extirpación de tejidos traumatizados y destinados a la muerte, ha de hacerse lo más pronto y rápido, así como menos traumatizante posible. El retardo de la intervención aumenta notablemente la gravedad del pronóstico.

8.° No ha de considerarse el estado de shock como una contraindicación operatoria absoluta. Sólo en casos en que la presión mínima esté a 30 mm. de Hg. o menos, o cuando el índice oscilométrico sea cerca de 0, trataremos previamente estos graves síntomas e intervendremos cuando mejoren.

9.° Toda operación en un shockado ha de hacerse en la menor cantidad de tiem-

po; sin manosear demasiado los tejidos ni hacer ningún estiramiento; ha de usarse la habilidad y no la fuerza, ha de hacerse una hemostasia cuidadosa; siempre que se pueda utilizaremos la anestesia local, y si ésta no es suficiente, la asociaremos a unas inhalaciones de cloruro de etilo, de protóxido de nitrógeno o de éter con anhídrido carbónico.

10. No hemos de olvidar nunca el tratamiento general del shockado ni la administración de sueros antitóxicos.

El colapso en patología interna (ESTAPÉ).

Estudia el problema del colapso en patología, de los estados de shock quirúrgico y del colapso en las afecciones internas, siendo el cuadro presentado casi idéntico.

El aspecto de estos enfermos de súbita depresión circulatoria es el de después de las grandes hemorragias.

Es sabido que hay que distinguir una porción de la masa sanguínea circulante y una en reserva en determinados órganos. En el colapso disminuye como en el shock el volumen de la sangre circulante inmovilizada en aquellos órganos. Desde el punto de vista circulatorio, las condiciones son idénticas a los estados posthemorrágicos.

En el segundo capítulo trata de la sintomatología y de las condiciones etiológicas.

He aquí el cuadro típico del colapso: En el curso de una enfermedad el enfermo sufre una súbita agravación. En las afecciones febriles la temperatura cae verticalmente, el enfermo está frío, pálido y cubierto de sudor frío y viscoso, la expresión está fijada, los labios cianóticos, los ojos hundidos, a veces la facies es la peritonítica. La adinamia es muy acentuada, el enfermo es incapaz de movimiento, la curva de

pulso y temperatura es cruzada, hipotensión arterial acentuada. Tonos cardíacos débiles, iguales (embriocardia). Corazón disminuido, yugulares vacías de sangre. Polipnea, lengua seca, vómitos, meteorismo. Estupor, pérdida de la sensibilidad y coma, depresión circulatoria más acusada y muerte por parálisis respiratoria.

Al lado de este cuadro típico los hay atípicos, formas larvadas frustradas, o rudimentarias que se presentan en el curso de ciertas infecciones: dicrotismo en la tifoidea, hipotermia en la neumonía, etc.

Existen formas mixtas con colapso e insuficiencia cardíaca en la que los síntomas obedecen a los dos factores.

Respecto a las formas etiológicas son menos frecuentes los casos en el internista que en el cirujano. Acompañan a la peritonitis aguda generalizada, perforaciones gastro-intestinales de apéndice o vejiga biliar, obstrucciones intestinales, infecciones genitales en la mujer, pancreatitis aguda, etc. Un cuadro típico de colapso se da en la diabetes en fase de coma.

Es rara la forma descrita por SERGENT en la tuberculosis caseosa masiva.

Entre las formas tóxicas hay que recordar las producidas por el veronal, arsénico, cocaína, etc. Se habla de formas reflejas nerviosas en los cólicos hepático y nefrítico. Merece especial mención el shock anafiláctico observado a menudo con la sueroterapia. Finalmente hay que contar con los estados de constitución con disposición al shock.

En el tercer capítulo examina el problema bajo el aspecto de su patogenia.

En un principio los síntomas del colapso se diferencian mal de los de la insuficiencia cardíaca y eran atribuidos a desfallecimiento del corazón.

NAUYN ya los distinguió, atribuyendo el colapso a la relajación por parálisis vaso-

motora. El mérito de ROMBERG y su escuela es haber dado una sólida base experimental a esta doctrina. Los autores concluyen que si bien en ciertos estados retardados de las infecciones puede darse una miocarditis, los trastornos que generalmente se dan en el colapso son debidos a la parálisis vaso-motora con distribución anormal de la sangre. Los vasos del territorio de los esplácnicos están llenos en exceso, mientras que los del cerebro, piel y músculos están vacíos.

Las experiencias de PASLER demostrando el fracaso de los cardiotónicos y el buen resultado de los analépticos confirman lo dicho.

Del estudio del comité angloamericano haremos resaltar: la acidosis encontrada en grado proporcional al shock por CANNON, la concentración globular en la sangre capilar observada por DALE y la disminución del volumen sanguíneo con independencia de las hemorragias visto por KEITH.

DOMÉNECH ALSINA atribuye la disminución del volumen sanguíneo a la pérdida de agua por el tubo digestivo, así como de sales. Esta doctrina ha tomado grandes vuelos con los trabajos de EPPINGER desde el descubrimiento de BARCROFT, de que de la sangre total sólo una parte está movilizada, y el resto inmovilizada en órganos, especialmente el bazo. EPPINGER ha estudiado el colapso experimental y en enfermos, y llega a la misma conclusión. La disminución de la sangre circulante en el hombre puede llegar a un litro durante el colapso.

Recientemente la doctrina de los órganos depósitos se ha ampliado, probándose que lo son además del bazo, el hígado, pulmones, músculos, etc. En el colapso hay, pues, una fuerte perturbación de la función de los órganos depósitos determinan-

do una reducción de la sangre circulante. Respecto a las causas determinantes de esta profunda alteración, (hay diversas hipótesis: Agotamiento de la íncrета suprarenal, hoy abandonada. El agotamiento del centro vaso-motor por exceso de estímulo, sólo explica ciertos casos; la teoría tóxica se aplica en el shock de ciertas heridas y en enfermedades infecciosas y tóxicas. Por fin se habla de lesiones anatómicas, embolias gaseosas, anemias, alteraciones estructurales del encéfalo, en el centro vaso-motor, y por fin, HOLZBACH cree en una intoxicación del endotelio como en ciertas formas de intoxicación capilar.

No existe una completa teoría patogénica; como existen varias causas, es posible que no sea tampoco único el medio de producción del shock, si bien la base del mismo es la depresión circulatoria por reducción de la sangre circulante.

En el capítulo cuarto trata del diagnóstico, y el Dr. AMAT, de los fundamentos y técnica de los métodos de determinación de la cantidad de sangre circulante. Lo principal es la diferenciación del shock con la insuficiencia cardíaca.

El primer lugar no hay que decir colapso cardíaco, ya que éste se refiere al síndrome circulatorio de origen periférico.

En la insuficiencia cardíaca la cianosis es más marcada, así como la disnea. Existe sólo ligera hipotensión arterial y un aumento de la venosa.

En la asistolia la cara es vultuosa, congestionada, y hay síntomas de éxtasis visceral. El corazón está dilatado, y a menudo hay trastornos de ritmo, galope o soplo de insuficiencia mitral relativa. El electrocardiograma revela trastornos de conducción, reflejo de alteraciones del miocardio.

Si la disminución del volumen de sangre es el signo capital del colapso, la disminución del volumen minuto es el de la

asistolia. La relación entre los dos datos es normalmente de 1,06; en la asistolia aumenta el cociente hasta 2 y más, por disminuir el volumen minuto.

En el último capítulo trata del tratamiento a base de las actuales nociones patogenéticas. La medicación digitalica en el colapso es inútil y perjudicial, pues disminuye la cantidad de sangre circulante. La aumentará: el calor exterior, masaje muscular, analépticos, estrignina, adrenalina, pituitrina, cloruro de bario, inhalaciones de CO_2 al 20 %; el medio más directo es inyectar en las venas líquidos isotónicos en gran cantidad y la transfusión sanguínea; por el poco tiempo que permanecen en los vasos estas soluciones isotónicas, BAYLISS propone añadir una sustancia coloide: goma arábica, por ejemplo. Finalmente el tratamiento preventivo del shock anafiláctico consiste en inyectar subcutáneamente 1 c. c. de suero 4 horas antes de la inyección intravenosa del mismo.

Las realidades endemo-epidémicas de Cataluña (Dr. F. SERRA RABERT).

Cree el autor que para llevar a cabo un trabajo eficaz precisa un buen servicio de estadística. Es evidente que los países que más extendidos tienen sus servicios de seguro social son los que más organizada tienen la profilaxis y cuentan con mayores medios para ello.

En nuestra organización sanitaria se regula el sistema de recogida de datos estadísticos mediante la declaración establecida obligatoriamente de ciertas enfermedades: tifus, viruela, varicela, difteria, escarlatina, sarampión, meningitis cerebroespinal epidémica, coqueluche, gripe, parálisis infantil, encefalitis letárgica, tuber-

culosis, lepra, tracoma, rabia, disentería, tifus exantemático, fiebre amarilla, cólera, peste y septicemia puerperal.

Estos datos debían mandarse según normas establecidas en último término al Departamento de estadística de la Dirección general de Sanidad.

Si el sistema hubiese actuado sin falla de una manera perfecta, semanalmente se hubiera conocido la mortalidad y natalidad del país, junto a las causas de la primera, así como las de las enfermedades recogidas en el Boletín de la Jefatura provincial de Estadística; pero lo cierto es que los partes sanitarios enviados siempre resultan inferiores a los obtenidos por la oficina de estadística del instituto Geográfico, pues no todos los pueblos enviaban los partes en su totalidad.

Otro defecto bien pronto visto es la exiguüdad de denuncias de enfermedades infecciosas, cosa que aumenta al hacerlo la importancia de la población.

Da el autor unos datos para demostrar sus afirmaciones, y hace a continuación un elogio del plan sanitario propuesto por el Dr. PASCUA, si bien su intento queda desvirtuado por los siguientes motivos:

Falta de espíritu sanitario del médico que mira la denuncia como una molestia en vez de considerarla como un deber.

Por un mal entendido afán de independencia que hace que un facultativo no comunique el caso al compañero encargado de la tramitación de estas cifras.

Por las dificultades que a veces encuentra éste para procurarse los datos necesarios, especialmente en el medio rural.

Con motivo del traspaso de servicios, es la Generalidad la encargada de transmitir los datos semanales a la Dirección General de Sanidad.

Las reformas introducidas son: dividir los pueblos en dos categorías, de más de

1.500 habitantes, con obligación de enviar parte cada semana y los de menor población cada mes, facilitándose de esta manera la adquisición de los datos y dando al facultativo la sensación de que no trabajaba en vano.

Demuestra el autor el aumento de denuncias que con este sistema se ha logrado, dando un cuadro estadístico de las mismas. A pesar de todo continúa la negligencia de denunciar las enfermedades infecciosas, tanto más cuanto mayor es la población, cosa que demuestra aportando datos.

A continuación expone datos comparativos publicados por el Departamento General de estadística sanitaria de la Dirección General de Madrid, y las recogidas por el mismo servicio de la Generalidad.

Por fin hace especial mención de la lucha contra el paludismo en el llano del Llobregat, hoy casi completamente extinguido, así como al del delta del Ebro, cuyos resultados expone a continuación.

Las epidemias de origen enzoótico (J. VIDAL).

Expone las principales afecciones transmisibles del animal al hombre y empieza por examinar la fiebre de Malta, la más extendida en nuestro país.

Hoy no está en discusión, ya que la melitensis puede transmitirse por animales distintos de la cabra, como la oveja, vaca y cerdo, contaminados por cabras y en fase de aborto contagioso. La inapariencia de la enfermedad en las cabras es una de las causas de difusión, así como los malos procedimientos de esterilización de los animales, quimioterapia y vacunas poco eficaces.

Hoy día se emplean emulsiones vivas de *Brucellus abortus* con éxito, pero se ve que

la leche de los animales tratados elimina gran cantidad de gérmenes y que para acabar con la afección se debería vacunar todos los animales. Por este hecho las cabras o vacas vacunadas se convierten en peligrosos agentes transmisores de microbios. El autor ha logrado disminuir las pérdidas por aborto desde el 80 % al 5,5 %, con sólo cambiar las condiciones sanitarias. En resumen, hay que inmunizar los animales sensibles a la *Brucella* y hay que recomendar y hasta obligar a que la leche sea pasteurizada.

Habla del Muermo, en el que cree que hay que tener una vigilancia extremada y hasta pecar de suspicacia excesiva, practicar reacciones alérgicas en toda manifestación clínica sospechosa. Así se ahorrarán invasiones desagradables y a la vez prevenir oportunamente a las personas de los peligros que comporta una secreción de úlcera muermosa.

La profilaxis del carbunco, y en consecuencia de la pústula maligna, hay que buscarla en una policía sanitaria rigurosa, que se condensa en los preceptos siguientes:

- 1.º Prohibición de utilizar pieles de animales carbuncosos sin previa esterilización.
- 2.º Vacunación sistemática de todo el ganado que habita en regiones infectadas.
- 3.º Destrucción perfecta de todos los cadáveres y productos contaminados.

Habla a continuación de la mamitis de la vaca como causa de estreptococias de distinta localización, exponiendo sus observaciones personales.

Al hablar de la tuberculosis cita los medios por los que puede ser contaminada la leche de vaca, a saber: por lesiones mamarias, por bacilemia tuberculosa, por el *ultravirus* tuberculoso. Las soluciones son:

Lucha por el sistema de Baun o por el

francés, eliminando las vacas que den reacciones a la tuberculina, y vacunación anti-tuberculosa B. C. G.

En el aspecto social es preciso que los ciudadanos sepan de manera justa sin exageraciones los peligros que lleva el consumo de leche sin garantías y al mismo tiempo hay que establecer una normas de policía sanitaria que representen la garantía de que la leche va en buenas condiciones al consumidor.

Expone el estado de lucha contra la rabia en Cataluña, de la que en los últimos cinco años sólo se han dado 10 casos. En el Laboratorio Municipal en este tiempo han sido tratadas 3.236 personas, lo que indica la campaña de vulgarización efectuada.

Se impone el tratamiento cuando: El animal muere en el término de 15 días desde la mordedura; cuando es sacrificado durante este término; o bien si desaparece en estos 15 días; cuando es puesto en observación estos 15 días y se dan estas contingencias; cuando el animal que ha mordido es desconocido, cuando el animal enloquece, muere de rabia, de otra afección, está enfermo con sospecha de rabia, o cuando las mordeduras son graves y cerca de centros nerviosos.

Es inútil el tratamiento:

Cuando el animal está enfermo, pero no muere antes de 15 días y no presenta signos clínicos de rabia, y cuando el animal está tranquilo pasados 15 días.

Acaba el autor con un cuadro de los resultados del tratamiento antirrábico en Barcelona.

Las infecciones de tipo mixto producidas por una sola especie bacteriana. (P. DOMINGO).

Habla el autor de la orientación inicial que dan a las investigaciones micro-

biológicas las escuelas francesas y alemana. Expone como se precisa la relación existente entre germen y enfermedad. Recuerda la importancia de los primeros descubrimientos epidemiológicos para llegar a la conclusión de que germen patógeno en el organismo no quiere decir enfermedad. Divide en dos grupos la patología: la gran patología y sub-patología; cita las adaptaciones y variaciones bacterianas, haciendo resaltar la importancia de los trabajos de ARKWRIGHT KRUIF, WEIL y FÉLIX. Establece una diferenciación de los gérmenes de colonias de tipo R. y los de tipo S. Describe sus características y las circunstancias que intervienen en esta diferenciación. Llega a la conclusión de que existe una pluralidad de principios de acción o de gérmenes hasta en las infecciones que consideramos producidas por una sola especie microbiana.

Describe los trabajos de REIMANN sobre la diferenciación de los tipos R. y S., poniendo de manifiesto las sustancias que intervienen en estas variaciones. Especifica lo que se entiende por antígeno somático y por antígeno flagelar, y cita las características y la manera de preparación de los antígenos. Hace una crítica de los trabajos de ANDREWS sobre las fases específicas y para-específicas de los gérmenes y analiza la importancia práctica de estos descubrimientos. Al hablar de las variaciones antigénicas expone los trabajos de GRIFFITH sobre el pneumococo. Habla a continuación de las variaciones químicas y variaciones de virulencia, así como de las sustancias solubles de los gérmenes y de su naturaleza. Comenta la teoría de las Haptenas de LANDSTEINER, considerados como antígenos parciales que dan su valor específico al conjunto bacteriano, considera el hecho de la pluralidad de haptenas y la distribución de una misma haptena en

diferentes especies bacterianas, así como el paso de las haptenas de un germen a otro y el traspaso consiguiente de sus características específicas y patogénicas. Por fin habla del poder de persistencia y el poder de virulencia de las bacterias y del valor mixto de las infecciones producidas por una sola especie microbiana.

COMUNICACIONES

Dres. Alexandrescu, Lautier M. y Lautier R.—Reumatismo crónico experimental.

Dr. Bosch y Solá.—Tratamiento Roentgen de la hipertrofia e infección amigdalal del anillo linfático de la faringe.

Dr. S. Cambra.—Estudio crítico y revisión de las concentraciones de eficacia de los actuales procedimientos de desinfección, desinsectación y desratización.

Dr. A. Caralps.—El shock en cirugía de la tuberculosis pulmonar.

Dr. M. Corachán Llorca.—Sobre la meningitis serosa generalizada.

Prof. C. R. Danés.—La septicemia hemorrágica con enzootia mortífera de nuestros lepóridos.

Dr. J. M. Falguera.—Nota sobre patología bucal.

Dr. S. Fernández Pellicer.—Acción de los jugos digestivos sobre el bacilo diftérico.

Dr. T. Fornells.—El tratamiento suero-térmico de la escarlatina.

Dr. Fernández Pellicer y R. Moragas.—Ensayo de repartición topográfica del Kala-Azar en el llano de Barcelona.

Dr. L. Guilera.—Necesidad de activar la lucha anticancerosa en Cataluña.

Dr. M. Garriga Roca.—El shock en ginecología.

Dr. M. Miserachs.—Observaciones so-

bre 1.000 determinaciones de grupo sanguínea hechas en habitantes de Cataluña.

Dr. J. Muñoz Arbat.—El shock en obstetricia.

Dres. S. Noguer Moré y J. Sarró.—El primer neosalvarsán catalán. Resultados clínicos y experimentales.

Dr. G. Ojeda.—Contribución al estudio de la educación física en Cataluña.

Dres. A. Oriol Anguera y J. Puñol.—Significación biológica del pH.

Dres. A. y J. Oriol Anguera.—Contribución experimental a la noción del terreno físico-químico.

Dres. A. Oriol Anguera y S. Solduga.—Significación biológica de los potenciales de óxido-reducción.

Prof. J. Mas y Alemany.—Las carnes y la tuberculosis de las aves.

Dr. Pérez y Bufill.—La lucha contra el tracoma en Catalunya.

Dr. T. Samora Ribas.—Viscosidad y presión sanguínea.

Dr. L. Sayé.—Sobre la epidemiología de la tuberculosis en Cataluña.

Dr. L. Sayé.—Síndromes pseudotuberculosos respiratorios debidos al estreptococo paragripal, observados durante las epidemias de 1931 y 1934.

Dres. C. Soler Dopff y A. Valls Conforto.—Fiebre exantemática mediterránea.

Dres. J. Vilardell y J. Galf.—Dos casos de enfermedad de Addison con bacilemia tuberculosa, tratados con sanocrisina.

Dr. Alemany.—Contribución al estudio de la polinosis.

Dr. L. Cervera.—Consideraciones a propósito de 20 casos de hipofisopatías tratadas durante el último boenio.

Dr. Alemany.—Contribución al estudio del asma de origen naso-faríngeo.

Dr. Corachán.—La aortografía en el diagnóstico de los aneurismas de la aorta abdominal.

Dres. P. Dodell, L. Piton y G. Dastugue.

—Estudio experimental y clínico de la acción diurética de las inyecciones de extractos de piel de víbora.

Dres. Durán Arrom y Bosch y Solá.—La radioquimografía en clínica circulatoria.

Dr. E. Fernández Pellicer.—El sodio sanguíneo en la uremia y en la obstrucción intestinal.

Dres. Ferrer Solervicens y Alemany.—Consideraciones al estudio de los asma inveterados.

Dres. Ferrer Solervicens y R. Angel.—Cirrosis hepática colangítica seguida de gran insuficiencia hepática.

Dres. Ferrer Solervicens y Sala Rig.—Dos casos clínicos de cirrosis esplenomegálica con ictericia.

Dres. Ferrer Solervicens y Faixat y Pla.—Examen radiológico en algunos procesos broncopulmonares agudos.

Dr. B. Guilera.—Notas sobre el parto estimulado.

Dres. J. Gibert y M. Pallarés.—Contribución al estudio de la patogenia de la endoarteritis obliterante.

Dr. J. Gibert Queraltó.—Reacción de hipersensibilidad al veneno de cobra.

Dres. J. Gibert y C. Pol.—El veneno de cobra por vía intradérmica.

Dr. R. Lautier.—La vacunoterapia en la corea de Sydenham.

Dr. N. Lloret.—La tabes en los síndromes dolorosos del epigastrio.

Dr. A. Mari.—Datos para el estudio de la menarquía en Cataluña.

Dres. J. y J. Noguera Moré.—Obesidad y úlceras varicosas tórpidas en las piernas.

Dr. J. Palomba.—Acción de las sales de potasio sobre el ritmo anormal del corazón y posibilidades terapéuticas.

Dr. Puig y Roig.—Hematocele y leucocitosis.

Dr. Puig y Sais.—Frecuencia y valor absoluto y relativo de los estertores crepi-

tantes en la tuberculosis pulmonar incipiente. Verdadera zona de alarma.

Dr. A. Puigvert.—Tratamiento de las colibacilosis urinarias con amfotropina.

Dres. A. Rocha, Cortada y Trallero.—Juicio clínico de la prueba de Rehberg en la exploración funcional del riñón.

Dr. F. Serrallach.—El Neospirolen en el tratamiento de las pielitis y bacteriurias.

Dres. N. y F. Serrallach y A. Amell.—La absorción pielo-ureteral.

Dr. V. Artigas.—La cura de Umber en la acidosis postoperatoria de la intervenciones sobre las vías biliares.

Dr. V. Carulla.—Casos de curación con radiumterapia de las metástasis epiteliales de los huesos.

Dres. V. Carulla y Campos.—Resultados de la roentgenterapia de los cánceres de la piel dados los progresos actuales de la técnica.

Dr. P. Gausá.—Tratamiento de la hipertrofia prostática por vía endoscópica transuretral.

Dr. P. Gausá.—Técnica de Lichtenberg Heywal. Primeros resultados obtenidos.

Dr. P. Gausá.—Estado actual del tratamiento del cáncer del pene.

Dr. L. Guilera.—Cáncer del cuello uterino. Resultados obtenidos con la curieterapia en los casos tratados en los años 1926 y 27, valorizados 5 años después.

Dr. M. Joly.—Tratamiento racional de las ptosis viscerales.

Dr. J. M. Lucena.—Sobre la nueva terapéutica intrauretral de los patologismos del cuello vesical y en la hipertrofia de próstata.

Dr. J. Mas Oliver.—Contribución a la técnica de la extirpación de las metástasis ganglionares inguino-crurales.

Dr. J. M. Massa.—Tuberculosis parcial de riñón en un caso de anomalía bilateral (Uréter doble al lado derecho y bífido en el izquierdo).

Dr. F. Montañá. — Contribución a la técnica de la crioterapia en el cáncer de párpado.

Dres. Nubiola, Sanmartí, Nubiola J., Moragues, Ripoll, Agustí, Muñoz, Trias y Maxenchs, Valls y otros.—La operación cesárea segmentaria.

Dres. C. Oliver Gumá y J. Salarich.—Algunas consideraciones sobre las fracturas del cráneo en los niños.

Dr. Pérez Bufill.—El tratamiento quirúrgico de la miopía.

Dres. Pi Figueras y V. Artigas.—Los cálculos intrahepáticos en cirugía biliar.

Dr. Pi Figueras.—El momento de la intervención operatoria en las pleuresías purulentas agudas.

Dr. Pi Figueras.—Las directrices de la intervención quirúrgica.

Dr. F. Prats. — Sobre las principales indicaciones y resultados del "forage" epifisario.

Dr. F. J. Prats.—El éter bencil-cinámico en las adherencias intestinales post-operatorias.

Dr. F. J. Prats. — Las complicaciones pulmonares post-operatorias.

Dr. F. J. Prats.—Ventajas del CO₂ combinado con la anestesia por inhalación.

Dr. A. Rocha.—Clínica de la diverticulosis duodenal.

Dr. E. Roviralta.—A propósito del valor diagnóstico, pronóstico y terapéutico de las imágenes radiológicas en la invaginación aguda del niño.

Dr. J. Roura y R. Roca de Viñals.—Clasificación anatómico-clínica de los epitelomas de cuello uterino.

Dres. F. Serra Salses y A. Rocha.—Fístula bronquial de origen hepático.

Dr. Sicart.—La espuma de la orina en el diagnóstico del cáncer digestivo.

Dr. Sicart.—Faringocele utilizado profesionalmente.

Dr. J. Simarro.—Sobre Hiperglucemia,

reumatismos crónicos y paratiroides a propósito de los abusos de la paratireoidectomía.

Dr. J. Soler Juliá.—Sobre abscesos fríos y torácicos.

Dr. L. Suñé Medan.—Los cuerpos extraños ignorados de las vías respiratorias en la primera infancia. Esquema de orientación diagnóstica.

Dr. J. Vendrell.—Paresia y atrofia muscular consecutiva y traumatismos del músculo y a su cinesiterapia.

Dr. J. M. Vilardell.—Sobre el diagnóstico y el tratamiento del mal de Pott.

Dres. J. M. Vilardell y C. Sauret.—La biopsia ganglionar en el diagnóstico de la tuberculosis ósteoarticular.

Dr. J. M. Vilardell.—Estado actual del tratamiento de la coxalgia.

Dr. J. M. Vilardell.—La paratireoidectomía en algunos procesos ósteo-articulares.

* * *

Aparte de las tareas de la lectura de Ponencias y Comunicaciones, se dedicaron cada día unas horas a demostraciones de técnicas modernas de exploración clínica y terapéutica.

El programa de esta parte del Congreso fué el siguiente:

Dr. L. Sayó: Interpretación de imágenes radiográficas del aparato respiratorio.

Dr. J. Pinós: Interpretación de imágenes radiográficas del aparato digestivo.

Dr. J. Bartrina: Interpretación de imágenes radiográficas del aparato urinario.

Dr. E. Mira: Cómo se ha de explorar un enfermo mental.

Dr. Rodríguez Arias: Cómo se ha de explorar un enfermo del sistema nervioso.

Dr. L. Cervera: Cómo se ha de explorar un enfermo de endocrinopatía.

Dr. C. Soler Dopff: Cómo se ha de explorar un enfermo infeccioso agudo.

Dr. Noguer Moré: Cómo se ha de explorar un enfermo de la piel.

Dr. A. Gallart: Técnica de la rectoscopia y valoración de imágenes rectoscópicas.

Dr. Brossa: Datos suministrados por la coprología infantil, y técnicas coprológicas elementales.

Dr. Jaime Pi: Determinación del metabolismo basal.

Dr. Valls Conforto: Técnicas modernas de serodiagnóstico de la sífilis.

Dr. Lentini: Técnicas modernas de esofagoscopia.

Dr. Casadesús: Técnica de la tráqueoscopia y broncoscopia.

Dr. Compañ: Técnica del cateterismo ureteral. Uretroscopia y cistoscopia.

Dr. Cartañá: Interpretación y estudio de fórmulas hematológicas y de parasitología hemática.

Dr. Carrasco Formiguera: Técnicas para el control del metabolismo hidrocárbónico de los enfermos diabéticos.

Dr. I. Barraquer: Técnicas modernas y sencillas para el estudio de las imágenes de fondo de ojo que tienen valor en medicina general.

Dr. Cristián Cortés: Técnicas esfigmomanométricas y electrocardiográficas.

Dr. Farrerons: Cómo se determina un estado de alergia.

Dr. Sayé: La valoración de las reacciones alérgicas a la tuberculina en la práctica de la vacunación antituberculosa con el B. C. G.

Dr. Martínez García: La punción suboccipital de los ventrículos laterales y del seno longitudinal del niño.

Dr. Fornells: Técnica de la inyección epidural.

Dr. Corachán: Técnica de la aortoradiografía.

Dr. Corachán Llor: Técnica de la ventriculografía.

Dr. Ramentol: Gastroscopia.

Dr. J. Broggi: Termometría local en los procesos tróficos de las extremidades.

Dr. A. Trías: Arteriografía intracraneana.

Dr. José M.^a Lucena (con la colaboración del Servicio Central de Radiodiagnóstico): Técnica de la urografía descendente.

Dr. L. G. Guilera: Diagnóstico del cáncer del cuello uterino. Exploración de enfermas y prácticas de biopsias. — Prácticas de electrocoagulación. — Diagnóstico del cáncer bucal y faríngeo. Exploración y biopsia. — Extracción de un ganglio con fines diagnósticos. — Biopsia vesical. Cómo se hace un diagnóstico histológico en pocos minutos.

Dr. Gómez Márquez: Signos que permiten diagnosticar y diferenciar en el medio rural la catarata, el glaucoma y el desprendimiento de retina. Demostraciones prácticas. Sesión operatoria. Catarata, glaucoma y desprendimiento de la retina (eventual en cuanto al número y calidad de los casos).

Dr. Alfredo Rocha: Sondaje duodenal rápido. Demostraciones prácticas.

Dr. A. Llorens Suqué: Técnica para la obtención de un "Test sensitométrico".

Dr. R. Roca de Vinyals: Diagnóstico biológico del embarazo. Técnica de los diferentes métodos.

Dr. L. Sayé: Técnica de la sección de adherencias pleurales.

Dr. Raventós: Técnica del pneumotórax.

Dr. A. Trías: Técnica de la frenicectomía y de la toracoplastia parcial.

Dr. Jaime Suñer: Cómo se prepara una autovacuna.

Dr. Corachán: Técnicas modernas de anestesia regional.

Dr. Miquel: Técnicas modernas de anestesia general.

Dr. Armengol: Técnicas y determinaciones biológicas para la transfusión de sangre.

Dr. Cornudella: Técnica de la toracentesis, del lavado pleural y del oleotórax.

Dr. Fontcuberta: Técnica para el sondaje duodenal del estómago y duodeno.

Dr. Guber-Salisachs: La punción lumbar y las técnicas de anestesia raquídea extradural.

Dr. Doménech Alsina: Técnicas de raquianestesia.

Dr. Trueta: Anestésias regionales.

Dr. Corachán: Técnicas para la gastrectomía.

Dr. J. Trías: Técnica de la osteosíntesis en las fracturas del cuello del fémur.

Dr. Noguer Moré: Práctica de las técnicas modernas para el tratamiento de la sífilis.

Dr. Noguer Moré: Tratamiento endoscópico de la hipertrofia prostática.

Dr. José M.^a Lucena y Dr. F. Mestre Sancho: Técnica endoscópica para el tratamiento de la hipertrofia prostática y otros patologismos del cuello vesical. Técnica de las anestésias regionales. Técnica del método de Kirschner en el tratamiento de las fracturas.

Dr. Pedro Gausá: Técnica operatoria de la resección transuretral endoscópica de la hipertrofia prostática. Método de Liechtenberg-Heywalt. — Demostraciones prácticas de diferentes métodos de exploración urológica (Cistoscopias, Uretroscopias, Cateterismo ureteral. Pielografía ascendente, etc.).

Dr. Luis Tomás: Tratamiento quirúrgico de la sordera progresiva. Técnica personal de la amigdalectomía total.

Dr. A. Trías: Cómo se organizan los estudios en la actual Facultad de Medicina.

Dr. P. Martínez García: Técnica de la intubación y de la traqueotomía.

A la memoria de Gimbernat

En el anfiteatro de la Academia de Medicina, se celebró la sesión conmemorativa del segundo centenario del nacimiento del cirujano Antonio Gimbernat, organizada por la Sociedad de Cirugía de Barcelona.

Presidió el doctor Pi Suñer, a quien acompañaban los doctores Corachán, Puig Sureda, Trías Pujol, Puig y Sais y Coroleu.

Iniciado el acto, se procedió al reparto de premios, cuya relación detallamos.

El Jurado calificador del concurso Gimbernat, integrado por los doctores J. Puig Sureda, A. Trías Pujol y P. Gabarró y García, como miembros del Comité Gimbernat; por el doctor Trías y Pujol, como presidente de la Sociedad de Cirugía de Cataluña; por el doctor F. Valls y Taberner, en nombre del "Institut d'Estudis Catalans"; por el doctor Jaime Peyrí, en nombre de la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, y por el doctor Girona Llagostera, hace público el siguiente fallo:

Premio de 1.500 pesetas a la biografía de Gimbernat, obra del doctor Jaime Pi-Suñer y Bayo.

Accésit de 500 pesetas a la biografía de Gimbernat, obra del doctor Luis Civit Llobet.

Premio de 1.000 pesetas a la biografía de Antonio Sangermán, obra del doctor A. Cardoner y Planas.

Premio de 1.500 pesetas a la biografía de Delpech, obra de J. E. Verdie, de Montpellier.

Accésit de 500 pesetas a la biografía de Angélico Roth, obra del doctor J. Palomba, de Alguer.

Premio de 1.500 pesetas a la "Introducción a la historia de la Cirugía de Cataluña", obra del señor R. Carreras Valls.

Accésit de 250 pesetas al resumen de historia de la cirugía en el Languedoc, obra del señor Marcel Grimond, de Toulouse.

Premio de 1.000 pesetas a la Historia del Real Colegio de Cirugía de Barcelona, obra del doctor A. Cardoner y Planas.

La exposición técnica y científica

En el "Casal del Metge" tuvo lugar la Exposición de las diversas actividades técnicas y científicas de la Medicina en Cataluña.

El departamento de Sanidad y Asistencia social de la Generalidad ha contribuído al certamen de referencia con una exposición especial de la obra desarrollada por la susodicha Consejería en materia sanitaria y benéfica desde que el Gobierno autónomo, con el iniciado traspaso de servicios, ha podido dedicarse plenamente a estas importantes actividades.

En la Exposición referida figuran, debidamente clasificados, los trabajos ya realizados, en período de realización o proyectados, de las dos grandes secciones del departamento, es decir, los referentes a Sanidad y los referentes a la parte de Asistencia social.

Destacan en primer término, por su valor comparativo, dos grandes mapas sanitarios, uno con la obra sanitaria que ha realizado el Estado en Cataluña y otro con la labor que en este mismo orden lleva ya realizada la Generalidad en su plazo relativamente breve de vida autónoma, a pesar de las dificultades económicas que en período de traspaso de servicios ha debido vencer.

En gráficos clarísimos es explicada la organización sanitaria actual de la Generalidad, y por ellos puede constatarse cómo de la Consejería y de los Servicios cen-

trales sanitarios son irradiadas las siguientes actividades: control de los Servicios municipales sanitarios mínimos, Carta municipal sanitaria, Oficina técnica, central y estadística, Inspecciones sanitarias, Centros sanitarios intercomarcales, Colegio de médicos, farmacéuticos, veterinarios, practicantes y comadronas, y, finalmente, el Servicio de luchas: antituberculosa, anti-venérea, antirrábica, contra el cáncer, contra el tracoma, contra la mortalidad infantil, contra la peste, contra las enfermedades evitables y contra la lepra.

Se han construído guarderías para niños, se han ampliado considerablemente los servicios de las Clínicas Mentales de Santa Coloma y Salt, se han construído preventorios, se ha creado la obra benéfica del Sello pro Infancia y se han mejorado las condiciones morales y materiales de las Casas de Caridad y Maternidad y de los Servicios de Protección de Menores.

En resúmenes estadísticos y cuadros explicativos se da cuenta también de la obra legislativa realizada en Cataluña en los campos sanitario y benéfico. Leyes de Bases de la organización sanitaria, de Coordinación y control de los servicios sanitarios, reglamentos de hospitales, decretos sobre inspecciones, colegios de las tres ramas sanitarias y, finalmente, organización de conferencias y cursillos de especialización para ingenieros sanitarios, enfermeras, etc.

Durante los días del Congreso y organizadas como formando parte del programa del mismo, se celebraron numerosas fiestas y recepciones que obtuvieron un señalado éxito, entre ellas recordaremos: el día de Sitges ofrecido por la Generalidad de Cataluña, el concierto por la orquesta Pau Casals, la verbena del Pueblo Español ofrecida por la casa Andrómaco, la Garden Party en la hermosa finca de los se-

ñores Roviralta, las recepciones en el Parlamento y Ayuntamiento de la Ciudad, etcétera. Mientras se celebraban los actos científicos del congreso, un comité de damas cuidaba de desarrollar un programa de visitas a centros de cultura y beneficencia, para las esposas y acompañantes de los médicos congresistas.

También se organizaron excursiones a los centros de turismo y visitas a centros médicos alejados de la capital, como la realizada gracias a la invitación de su director al sanatorio de Puig d'Olena, etc.

La sesión de clausura

El día 2 de julio, por la noche, se celebró en el Salón de Ciento de las Casas Consistoriales la solemne sesión de clausura del VIII Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana. El acto revistió gran brillantéz.

Presidió el consejero de Cultura acompañado del alcalde, demás autoridades y la Junta en pleno de la "Associació General de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana".

El secretario doctor Pedro Domingo, pronunció unas palabras de agradecimiento a todas las personas que han cooperado en las tareas del Congreso. Se dirigió a los médicos de habla catalana que no pertenecen a la Cataluña estricta, agradeciéndoles la cooperación científica patriótica que han prestado a sus hermanos de raza. Terminó rogando a los concurrentes un aplauso para estos médicos catalanes llegados de tierras lejanas.

El doctor Sabater, de Tortosa, en representación de las comarcas tarraconenses proclamó su adhesión entusiasta al Congreso y da fe de la catalanidad actual e histórica de las comarcas tortosinas.

A continuación el doctor Palomba, de Alger, en improvisadas frases se adhirió al

entusiasmo de los catalanes deseando un futuro que haga posible una cooperación estrecha entre todos los compañeros de habla catalana. Terminó su discurso con un viva a Cataluña.

El doctor Valenti, en nombre de las Baleares, expresó al Congreso el sentimiento de catalanidad que vive hoy más que nunca en los hombre de su tierra.

El doctor Girard, de Toulouse, puso en evidencia el éxito extraordinario del Congreso señalando el despertar patriótico de los catalanes de más allá de los Pirineos.

En nombre del alcalde de Marsella habló el doctor Guy, que en inspiradas frases expuso su confianza en que bien pronto se vayan conociendo mejor los pueblos hasta llegar a la compenetración espiritual que justifica los vínculos de idioma.

El presidente del Congreso doctor Puig y Sais leyó un interesante trabajo resumiendo las tareas del Congreso, agradeciendo a todos su cooperación.

El alcalde señor Pi y Suñer agradeció a todos su presencia en el histórico Salón de Ciento, evidenciando lo que significa el sentimiento patriótico que anima la producción científica de los catalanes.

A continuación habló el consejero de Cultura señor Gassol, el cual, en sentidas palabras glosó la significación del acto que se realizaba, manifestando que mejor que las palabras de clausura tendría que pronunciar otras que diesen una continuidad permanente a la brillante tarea científica realizada por el actual Congreso.

Todos los oradores fueron aplaudidos.

Para terminar, el Ayuntamiento obsequió a la distinguida concurrencia, entre la que figuraban gran número de damas, con un concierto, a cargo de la Orquesta Universitaria, y un lunch.

Hicieron los honores el alcalde, varios concejales y el jefe de Ceremonial, señor Ribé, con el personal a sus órdenes.