



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

LLIBRE COMMEMORATIU

INAUGURACIÓ DEL CURS 2009-2010

ÍNDEX

<u>SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA</u>	<u>1</u>
LLIBRE COMMEMORATIU	1
INAUGURACIÓ DEL CURS 2009-2010	1
ÍNDEX	3
MEMÒRIA DEL CURS 2008-09.....	5
SESSIÓ INAUGURAL	5
SESSIONS ORDINÀRIES	9
BEQUES CONCEDIDES PER LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA	41
PRESIDENTS ANTERIORS	42
ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT	43
CURS 2009-2010	45
INAUGURACIÓ	45
JUNTA DE GOVERN.....	47
COMISSIÓ CONSULTIVA	48
CENTRES COL-LABORADORS.....	49
PREMIS HONORÍFICS 2009.....	51
PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2009	52
RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2009	53
INAUGURACIÓ DEL CURS 2009-2010.....	55
SESSIÓ INAUGURAL	56
PROGRAMA DE SESSIONS.....	57
CALENDARI DE SESSIONS.....	69
DOCUMENTS.....	71
BALANÇ D'UN PERÍODE.....	73
DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI GIMBERNAT 2009	75
ERRORS I HORRORS ALS HOSPITALS.....	77
EVOLUCIÓ EN CIRURGIA: LES SOCIETATS CIENTÍFIQUES.....	79
LA CIRURGIA I LA GUERRA AL TEMPS DE JAUME I	91
DISCURS DE COMIAT.....	109
ENTRE ACABAR I COMENÇAR	113



MEMÒRIA DEL CURS 2008-09



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

SESSIÓ INAUGURAL

Dia 1 d'octubre de 2008
Aula Gimbernat (Antic Col·legi de Cirurgia)

20:00h. **Discurs d'obertura**
Sitges Serra A. President de la Societat Catalana de Cirurgia

20:10h. **Nomenament de Socis Numeraris i Agregats**
Incorporació de nous membres

Benvinguda als nous membres Associats:

- Alonso Gonçalves, Sandra
- Cabrera Vilanova, Maria Aranzazu
- Carmona Navarro, Daniel
- Casal Rosell, Miquel
- Castro Gutiérrez, Ernest
- Coromina Hernández, Laia
- Corredera Cantarin, Constanza
- Ganhegui Madina, Amaia
- Gomez Pallarès, Marta
- Juvany Gómez, Montserrat
- Lázaro García, Laura
- Lopez Borao, Jaime
- Medrano Caviedes, Rodrigo
- Sabench Pereferrer, Fàtima
- Saez Hernández, José
- Sanchez Hugué Ramon, Alexandre
- Silvio Esataba, Leonardo
- Urdaneta Salegui, Gabriel
- Vives Espelta, Margarida

Pendants de recollir diploma i medalla del curs passat:

- Balsach Solé, Anna
- Botey Fernández, Mireia
- Membrilla Fernández, Estela

Nomenament dels nous membres Numeraris:

- Buils Vilalta, Francisco Javier
- Buqueras Bujosa, Carmen
- Feliu Villaró, Francesc
- López de Cenarruzabeitia, Iñigo
- Martínez Martín, Montserrat
- Moreno Matias, Juan
- Trias Bisbal, Miguel Angel

Pendants de recollir diploma i medalla del curs passat:

- Vicente Guillén, Vicente

Lliurament dels altres Premis

Caballero Mestres F. Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia

Lliurament del Premi Manuel Corachan

Estudi in Vitro de patrons de mobilitat en colon sigmoide humà.

Espin F, del Bas M, Aulí M, Martínez E, Martí-Ragué J, Clavé P, Suñol X.

Lliurament del Premi: Carmen Benasco

Stents de colon en el tractament de l'oclusió de còlon: Evolució en els darrers anys a Catalunya

Alcántara M, Falcó J, Navarro S, Alarcón JL, Verge J.

**Premi: XXV Congrés de la *Société Internationale de Chirurgie*,
Barcelona 1973**

Declarat desert

Lliurament del Premi Pere Virgili:

Sitges Serra A.

Joan Martí i Ragué

Lliurament del Premi Antoni de Gimbernat:

Sitges Serra A.

Jacques Marescaux

Nomenament de Membre Honorari de la Societat Catalana de Cirurgia:
Sitges Serra A.

Dr. Moisès Broggi i Vallès.

Discurs Dr. Broggi

Cloenda de l'acte

Bombí JA. President de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears

Trasllat a la seu del sopar: Restaurant de l'Hotel Espanya

SESSIONS ORDINÀRIES

13 d'octubre de 2008

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderador: Espin E. (Hospital de la Vall d'Hebron – Barcelona)

FISIOPATOLOGIA

Resposta neuroendocrina i metabòlica a l'agressió quirúrgica.

Sitges Serra A. (Hospital del Mar – Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Sitges Serra A. (Hospital del Mar – Barcelona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Lectura crítica de un article.

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí – Sabadell)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Fernández Cruz L, Ramos E.

L'ESPAI DEL SOCI

Tema d'actualitat

Sitges Serra A. (Hospital del Mar – Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1. Cirurgia a través d'orificis naturals. La cirurgia del futur?

Lacy AM, Delgado S, Ibarzabal A, Blasi A, Taurá P, Fernandez-Esparrach G, Momblan D, Llach J, Almenara R, Bravo R, Corcelles R. (Hospital Clínic – Barcelona)

2. Duodenopancreatectomia cefàlica i resecció vascular en una pacient amb "situs inversus"

Fernández-Cruz L, García R, Zabala L, López-Boado MA, Comas J, Cruselles O, Martínez O. 8Hospital Clínic – Barcelona)

3. Tractament de la síndrome de defecació obstructiva amb la tècnica STARR (*Stapled Transanal Rectal Resection*). Estudi prospectiu i multicèntric

González FX, Arroyo A, García M, Espin E, De la Portilla F, Perez-Vicente F, Calpena R.

4. Estudi de la capacitat pronòstica de la expressió de NGAL, en malalts amb metàstasis al fetge d'origen colorectal.

Martí J, Modolo M, Calatayud D, Sánchez S, Fondevila C, Ferrer J, Fuster J, García-Valdecasas JC. (Hospital Clínic – Barcelona)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Tècniques quirúrgiques en la incontinència anal.

Roig JV. (Societat Valenciana de Cirurgia).

10 de novembre de 2008

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Espin E. (Hospital de la Vall d'Hebron – Barcelona)

FISIOPATOLOGIA

Nocions de composició corporal.

Sitges Serra A. (Hospital del Mar – Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Infecció greu de parts toves del tronc

Sancho JJ. (Hospital del Mar – Barcelona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Definició de les variables en les taules de la base de dades Access.

Serra X. (Hospital Parc Taulí – Sabadell)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderadors: Codina Cazador A, Suñol X.

L'ESPAI DEL SOCI

Tema d'actualitat

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1. Corba d'aprenentatge de l'adrenalectomia laparoscòpica

Rodríguez-Hermosa JI, Roig J, Gironés J, Planellas P, Rovira E, Pigem A, Codina Cazador A. (Hospital Josep Trueta – Girona.)

2. Traumatisme rectal i politraumatisme greu

Rodríguez-Hermosa JI, Farrés R, Pujades M, Martin-Grillo A, Planellas P, Rovira E, Codina-Cazador A. (Hospital Josep Trueta – Girona.)

3. Reconstrucció immediata. Alternativa d'elecció en la mastectomia

Tuca Rodríguez F, Huc Grasa O, Panyella Roses A, Alonso Ruano LM, Vila Camps E, Dargallo Carbonell G, Ribas Punti JM, Codina Cazador A. (Hospital Josep Trueta – Girona).

4. Pileflebitis i tromboflebitis esplenomesentèrica associades a diverticulitis aguda

Martin-Grillo A, Gómez Romeu N, Farrés Coll R, Rodríguez-Hermosa JI, Pujades de Palol M, Olivet Pujol F, Osório M, Codina A. (Hospital Josep Trueta – Girona).

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Cirurgia de l'obesitat.

Masdevall C. (Hospital de Bellvitge).

1 de desembre de 2008

10'30 hores

Curs de Bioètica

SESSIÓ INAUGURAL

1. Inauguració del curs.

Sitges A.

10'45 hores

PRINCIPIS BÀSICS

2. Nous drets individuals i noves necessitats de la població. Nous deures del professional. Personalització. Relació clínica, confiança i nous models.

Broggi MA.

12'00 hores

RESPONSABILITAT I CIRURGIA

3. Concepte de responsabilitat, de poder respondre. Equip, formació i delegació en els metges interns i residents (MIR). Urgències i decisions difícils. La Història Clínica com a arma i escut a utilitzar be. Accés a la Història Clínica. La confidencialitat.

Sala J.

12'45 hores

4. Com donar males notícies en cirurgia.

Sitges A.

13'15 hores

5. Bioètica i Legalitat

José Maria F.

15'00 hores

LA PRÀCTICA I EL CONSENTIMENT INFORMAT (CI)

6. Els CI escrits: obert i tancat. El CI sobre exploracions que fan altres (radiologia, endoscòpia, etc.). Les decisions compartides en àrees especials (urgències, reanimació, unitat de cures intensives, etc.) cal CI escrit?. El no consentiment i la racionalitat: els requisits del CI. El CI sota condicions del malalt.

Broggi MA.

15'30 hores

EL MALALT INCAPAÇ O INCOMPETENT

7. Concepte d'incapacitat i alerta.

Broggi MA.

8. Futilitat i la Limitació de l'Esforç Terapèutic (LET) en cirurgia. Sedació.

Broggi MA.

9. Document de Voluntats Anticipades (DVA) com a dret del malalt i ajuda al professional.

Sala J.

16'30 hores

SITUACIONS PRÀCTIQUES

Visió comentada de la pel·lícula: Amar la Vida (*Wit*). 2001. Dirigida per Mike Nicholls i interpretada per Emma Thompson.

18'30 hores

RECAPITULACIÓ

Bioètica i recerca

Sala J.

Comitè d'Ètica Assistencial (CEA)

Broggi MA.

19'00 hores

CLOENDA

Broggi MA.

1 de desembre de 2008

19:30 hores

Sessió Commemorativa del 600è aniversari de la concessió del Reglament del Gremi de Barbers i Cirurgians de Barcelona pel Rei Martí I.

Exposició de llibres de cirurgia antics: Danon J. Fundació Uriach

20'00 hores

1. Inauguració de la sessió

Antoni Sitges Serra (Societat Catalana de Cirurgia)

Participació:

Josep Maria Amorós Macau
(Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia)

Ferran Mascaró Ballester
(Societat Catalana d'Oftalmologia)

Carlos Del Cacho Garcia
(Societat Catalana de Cirurgia Plàstica, Reparadora i Estètica,)

Javier Martínez Osorio
(Societat Catalana d'Odontostomatologia)

Marta Sandoval Puig – David Virós
(Societat Catalana d'Otorinolaringologia)

Joaquim Ristol Pont
(Societat Catalana d'Urologia)

Ramon Trias i Rúbies
(Societat Catalana d'Història de la Medicina)

Josep Danon Bretos
(Fundació Uriach)

Ferran Vilanova Cardenal
(Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor)

Guillem Raspall Martin
(Societat Catalano-Balear de Cirurgia Maxil·lofacial i Oral)

20'15 hores

2. Presentació de l'acte

Sala Pedrós J.

20'30 hores

3. La cirurgia i la guerra al segle de Jaume I

Cifuentes i Comamala L. (Universitat de Barcelona)

21'15 hores

4. Brindis Commemoratiu

Llongueras L.

15 de desembre de 2008

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Garcia Domingo, M. (Hospital Mútua de Terrassa)

FISIOPATOLOGIA

Volúms hídrics corporals. Dessecació i pèrdua salina.

Franch G. (Hospital de Granollers)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Navarro S. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Pràctiques d'utilització de bases de dades informatitzades (Access)

Serra X. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderadors: Alastrué A, De Caralt E.

L'ESPAI DEL SOCI

Tema d'actualitat

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1. Rendiment de la tomografia computada helicoidal en la predicció d'afectació ganglionar preoperatòria en el càncer gàstric.

Espín F, Bianchi A, Pulido L, Feliu J, de la Cruz J, Moreno A, Fantova MJ, Suñol X. (Hospital de Mataró).

2. Efecte protector del tacrolimus (FK-506) en un model de rebuig primari de trasplantament d'illots de pàncrees humans

Balibrea JM, Garsot E, Navinés J, Vela S, Viciano M, Alastrué A, Vara E, Fernández-Llamazares J. (Hospital Germans Trias i Pujol – Badalona).

3. Expressió de microRNAs en el càncer de còlon i recte.

Guerrero Y, Pou E, Alcaide A, Hernández R, Catot L, Torres G, Moreno J, Vila JM, Pié J, Martínez F. (Hospital Municipal de Badalona).

4. Una indicació de mastectomia profilàctica.

Janer J, Ribas J, Cristobal E, Ayuso V, Luid J, Valverde J. (Hospital de l'Esperit Sant – Santa Coloma de Gramanet).

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Una interpretació alternativa del progrés quirúrgic: el cas de la cirurgia dels aneurismes aòrtics.

Clarà A. (Hospital del Mar – Barcelona)

12 de gener de 2009

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Garcia Domingo, M. (Hospital Mútua de Terrassa)

FISIOPATOLOGIA

Xoc hipovolèmic.

Valverde J. (Hospital de l'Esperit Sant – Santa Coloma de Gramanet).

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Pacient amb dolor abdominal recalitrant

Sala J. (Hospital de Terrassa).

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Disseny de formularis de bases de dades (Access).

Serra X. (Hospital Parc Taulí – Sabadell)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderadors: Rodríguez J. Tuca F.

L'ESPAI DEL SOCI

Tema d'actualitat

Sitges Serra A. (Hospital del Mar – Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1. Colecistectomia laparoscòpica a través de mínima incisió única (SILS: *single-incision laparoscopic surgery*)

Cugat E, Herrero E, Garcia-Domingo MI, Rivero J, Obiols C, Marco C. (Hospital Mútua de Terrassa).

2. Endometriosi extraperitoneal. Revisió de 24 casos

Roura J, Bonfill J, Garcia Hernandez F, Salvans F, Muñoz-Ramos C, Arner T, Perez G, Garcia Sanpedro A. (Hospital General de Catalunya – Sant Cugat del Vallès).

3. Aplicació de la revisió terciària en el maneig del pacient politraumatitzat

Montmany S, Navarro S, Rebas P, Luna A, Hermoso J, Laso C. (Hospital Parc Taulí – Sabadell).

4. Estratègies dels tractament quirúrgic urgent en malalts amb megacòlon i megarecte idiopàtic de l'adult

Bargalló J, Aguilar F, Ribas Y, Lamas S, Oms L, Campillo F. (Hospital de Terrassa).

SESSIÓ BIBLIOGRÀFICA.

Franch G. (Hospital de Granollers).

9 de febrer de 2009

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Garcia Domingo, M. (Hospital Mútua de Terrassa)

FISIOPATOLOGIA

Malnutrició en el malalt quirúrgic. Fisiopatologia, valoració i conseqüències clíniques.

Franch G. (Hospital de Granollers).

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Guirao Garriga X. (Hospital de Granollers).

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Pràctiques de formularis de bases de dades (Access).

Serra X. (Hospital Parc Taulí – Sabadell)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderadors: Pueyo J, Caubet E.

Coordinador: Trias Folch M.

L'ESPAI DEL SOCI

Tema d'actualitat

Sitges Serra A. (Hospital del Mar - Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1. Control del dolor en l'hemorroïdectomia. Bomba elàstica

Viso L, Mompart S, Gracia C, Buenaventura G, Masdeu J, Pueyo J. (Hospital de la Creu Roja – Barcelona).

2. Resultats a llarg termini de les reintervencions realitzades per laparoscòpia després de la cirurgia del hiatal esofàgic

Targarona EM, Marinel·lo F, Balagué C, Trias M. (Hospital de Sant Pau – Barcelona).

3. Abordatge laparoscòpic de la patologia biliar complexa

Rodríguez M, Pallarès L., González J, Artigas V, Trias M. (Hospital de Sant Pau – Barcelona).

4. Tancament abdominal diferit en malalts sèptics. Experiència inicial.

Caballero F, Medrano R, Bollo J, Mocanu S, Dilme J, Trias M. (Hospital de Sant Pau – Barcelona).

SESSIÓ DE MORTALITAT

García Domingo M, Sitges Serra A.

Dilluns, 23 de febrer de 2009

11:00 hores

II Curs d'Introducció a la gestió clínica: instruments bàsics i utilització

11'00 hores

BENVINGUDA I PRESENTACIÓ DEL CURS.

Introducció: gestió clínica i marc sanitari

11'30 hores

SESSIÓ I:

Conceptes bàsics de gestió i àmbits d'actuació d'un servei de cirurgia general. Què ha de conèixer un resident.

Exercici pràctic

Iniesta Blasco C, Trias Folch M.

13'00 hores. Dinar.

14'00 hores

SESSIÓ II:

Sistemes d'informació clínica per a la presa de decisions de gestió assistencial. Com pot influir la tasca dels residents.

Exercici pràctic

Torre Lloveras P, Sunyol Sala X.

15'30 hores

SESSIÓ III:

Introducció a la qualitat assistencial i la seva avaluació. Com s'ha d'implicar un resident en la qualitat.

Exercici pràctic

Cots Reguant F, Grande Posa L.

17'00 hores: Descans

17'30 hores.

SESSIÓ IV:

Alternatives a la hospitalització convencional. La cirurgia de curta estada. La cirurgia ambulatoria. El rol del resident.

Exercici pràctic

Prats Maeso M, Navarro Soto S.

19'00 hores

Discussió final.

Dilluns, 23 de febrer de 2009

20:00 hores

Taula Rodona conjunta:

**Societat Catalana de Cirurgia (SCC)
Societat Catalana d'Endoscòpia Medico-Quirúrgica (SCEMQ).**

Cirurgia endoscòpica transluminal a través d'orificis naturals (NOTES: *Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery*)

Consorci per a l'avaluació i recerca en cirurgia a través d'orificis naturals (NOSCAR: *Natural Orifice Surgical Consortium for Assessment and Research*)

Cirurgia a través d'un portal únic. (*Single Port Surgery*)

NOTES: De una idea a la realitat.

Moderador:

Eduard M Targarona. (Hospital de Sant Pau).

1.- NOTES: Concepte i record històric.

Veloso E. President SCEMQ – (Hospital Mútua de Terrassa).

2.- NOTES: Del laboratori a la pràctica clínica.

Fernández Esparrach G. (Hospital Clínic de Barcelona)

3.- NOTES híbrid: que podem fer i quines avantatges té?

Olsina J. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

4.- NOSCAR i EURO NOTES: Objectius i resultats.

De Lacy AM. (Hospital Clínic de Barcelona).

5.- SINGLE PORT SURGERY: opcions tècniques i estat actual.

Saenz A. (Clínica Sagrada Família de Barcelona)

6.- NOTES: el punt de vist d'un expert i veterà.

Armengol JR. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona).

Discusors.

Badia JM, (Hospital de Granollers)

Navarro S, (Hospital Parc Taulí – Sabadell)

9 de març de 2009

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderador: Garcia Domingo M.

FISIOPATOLOGIA

Suport nutricional perioperatori.

Girvent M. (Consorci Hospitalari del Maresme – Mataró).

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Espín F. (Consorci Hospitalari del Maresme – Mataró).

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Exportació de dades (SPSS des d'Access).

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí Sabadell).

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderadors: del Castillo D, Cugat E.

Coordinador: Rafecas Renau A.

L'ESPAI DEL SOCI

Tema d'actualitat

Sitges Serra A. (Hospital del Mar – Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1. Indicacions i resultats de l'ampul-lectomia quirúrgica transduodenal.

Garcia Borobia F, Jorba R, Busquets J, Ramos E, Peláez N, Fernández E, Borrás A, Serrano T, Rafecas A, Fabregat J. (Hospital de Bellvitge).

2. Transposició ileal com a cirurgia metabòlica: estudi experimental

Hernández M, Sabench F, Blanco S, Sánchez Marín A, Cabrera A, Vives M, Sánchez Pérez J, Del Castillo D. (Hospital Universitari de Sant Joan – Reus).

3. Avaluació del tractament de les hemorroides grau III: lligadura amb banda elàstica versus hemorroïdectomia tipus Milligan-Morgan

Caro A, Olona C, Escuder J, Gris F, Alcaide MJ, Gonçalves C, Jiménez A, Vicente V. (Hospital Joan XXIII – Tarragona).

4. Tractament quirúrgic del càncer gàstric. El nostre passat i el nostre present.

Sánchez Cano JJ, Buils F, Cabrera A, Vives M, Fontanella J, Domènech J, Prieto J, Baeta E. (Hospital de Sant Joan – Reus).

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Marcadors tumorals en el càncer de mama.

Abad JM. (Consorci Sanitari de l'Anoia – Igualada).

16 de març de 2009

17 hores

Simposi sobre:

Planteig i resolució de casos clínics en infecció quirúrgica

Coordinació: Guirao X. (Hospital de Granollers).

Ponències:

1. Actualització de l'etiologia i resistències bacterianes en les infeccions intra-abdominals

Pigrau C. (Hospital de la Vall d'Hebron – Barcelona).

Nou Consens Espanyol del Tractament Antibiòtic de les Infeccions Intrabdominals.

Guirao X. (Hospital de Granollers).

Discussors dels Casos Clínics:

Espín E. (Hospital de la Vall d'Hebron – Barcelona).

Madrazo Z. (Hospital de Bellvitge).

García-Domingo M. (Hospital Mútua de Terrassa).

Guirao X. (Hospital de Granollers).

20 d'abril de 2009

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderador: Garcia Domingo, M.

FISIOPATOLOGIA

Xoc hipovolèmic.

Valverde J.

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Pereira JA. (Hospital del Mar – Barcelona).

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Exportació de dades (a SPSS des d'Excel)

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí – Sabadell).

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderadors: Armengol M, Caballé J.

Coordinador: Espin Basany E.

L'ESPAI DEL SOCI

Tema d'actualitat

Sitges Serra A. (Hospital del Mar – Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1. Estudi prospectiu, randomitzat sobre la prevenció de l'hèrnia paraestomal utilitzant un abordatge laparoscòpic. Resultats preliminars.

López Cano M, Lozoya R, Vallribera F, Sánchez JL, Espin E, Armengol M. (Hospital de la Vall d'Hebron – Barcelona).

2. Reintervencions per carcinoma diferenciat de tiroide.

Baena JA, Domingo M, Fort JM, González O, Vilallonga R, Delgado G, Zafón C, Gémara E, Armengol M. (Hospital de la Vall d'Hebron – Barcelona).

3. Eficàcia i seguretat de la segona resecció hepàtica en el tractament de la recidiva de les metàstasis hepàtiques del càncer colorectal.

Dopazo C, Bilbao I, Sapisochín G, Gantxegi A, Caralt M, Lázaro JL, Blanco L, Balsells J, Charco R. (Hospital de la Vall d'Hebron – Barcelona).

4. Optimització del transplantament hepàtic en el tractament de la recidiva de l'hepatocarcinoma sobre fetge cirròtic.

Sapisochin G, Bilbao I, Balsells J, Dopazo C, Caralt M, Blanco L, Gantxegi A, Lázaro JL, Castells L, Allende H, Charco R. (Hospital de la Vall d'Hebron – Barcelona).

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Neuromonitoratge del nervi recurrent .

Sitges Serra A. (Hospital del Mar – Barcelona).

Agermanament (Gemellagio)
Societat Catalana de Cirurgia - Società Siciliana di Chirurgia

Meeting Primaveraile della Società' Siciliana di Chirurgia

Montalbano Elicona - Sicilia

1 de maig de 2009

08:30 hores *Registrazione dei partecipante.*

09:00 hores **Saluto del Prof Giovanni Sturniolo**
Saluto delli Autorità

Sessione Relazioni

Presidenti: Prof. Pietro Bazan – Prof. Saverio Lateri.

Moderatori: Prof. Pietro Leo – Prof. Piero Banna

09:30 hores **La malpractice**
Dott. Salvatore Motta

09:50 hores **La Chirurgia Defensiva**
Dott.ssa Loretta Bonanno

10:10 hores **Il consenso informato**
Dott. Giovan Battista Caruso

10:30 hores **Il progresso tecnologico**
Prof. Francesco Cardi

10:50 hores **Il contenzioso medico-legale: aspetti Civilistici**
Dott.ssa Serena Scurria

11:10 hores **Il contenzioso medico-legale: la penalizzazione della colpa medica**
Dott. Walter Ignazitto

11:30 hores **Il contenzioso medico-legale: le polizze assicurative**
Avv. Alessandro Billè

11:50 hores **La "Pressione" dei mass-media: i fatti presentati sempre come "errore", mai come "evento avverso".**
Dott. Orazio Costa

12:10 hores **Il rimedio: risk management**
Dott. Luca Ruggeri

12:30 hores **Discussione**
Animatore: Prof. M. Basile

13:00 hores **Test Valutazione ECM**

Sessione parallela

09:30 hores **Nuove opzioni terapeutiche per le infezioni intra-abdominali; la Tigerciclina.**

13:30 hores **Chiusura dei Lavori.**

2 de maig de 2009

Cerimonia di gemellaggio con la Società Catalana di Chirurgia

10:00 hores **Saluto del Prof. Giovanni Sturniolo**
Presidente de la Società Siciliana di Chirurgia

Saluto del Dott. Antonio Sitges Serra
Presidente della Società Catalana di Chirurgia

Saluto delle Autorità

11:00 hores **Lettura magistrale:**
Rapporti Storico-culturali tra Catalogna e Sicilia
Prof.ssa Antonia Calderone
Docente di Letteratura Spagnola – Università di Messina

11:30 hores **Nota storica: Arnaldo da Villanova**
Prof. Giuseppe Todaro: Storico

ATTO DI GEMELLAGGIO

12:00 hores **Concerto Sinfonico**

13:00 hores *cocktail.*

11 de maig de 2009

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderador: Garcia Domingo, M. (Hospital Mútua de Terrassa).

FISIOPATOLOGIA

Cicatrització de les ferides, factors de creixement i integració de materials protètics. Principals materials de sutura.

Pereira JA. (Hospital del Mar de Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

García Domingo M. (Hospital Mútua de Terrassa).

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Pràctiques d'exportació de dades.

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí – Sabadell)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderadors :Grande L. Garriga J.

Coordinador: Grande L.

L'ESPAI DEL SOCI

Tema d'actualitat

Sitges Serra A. (Hospital del Mar – Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1. Paper de l'oncoplàstia en el tractament conservador del càncer de mama

Solernou L, Martí E, Tarazona J, Miguel A, Díaz MJ, Montes T, Villa V, Ticó N, Arnau A, Marsinyach M, Culell P. (Althaia - Xarxa Assistencial de Manresa).

2. Prevalença i patrons de resistència dels patògens emergents en peritonitis secundàries.

Sancho JJ, Membrilla E, Girvent M, Prieto RM, Martínez I, Pons MJ, Grande L, Sitges-Serra A. (Hospital del Mar – Barcelona).

3. Colectostomia percutània dirigida per ecografia en colecistitis aguda d'alt risc quirúrgic.

Juvany Gómez M, Casal Rossell M, Amador Gil S, Guirao Garriga X, Roson Gradaille N, Badia JM. (Hospital General de Granollers).

4. Influència de la sèpsia d'origen no abdominal sobre la resposta inflamatòria i angiogènica en pacients amb càncer de còlon intervinguts amb intenció guaridora.

Alonso S, Pera M, Pascual M, Parés D, Salvans S, Gil MJ, Courtier R, Mayol X, Grande L. (Hospital del Mar – Barcelona).

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Maneig del monyó pancreàtic en la pancreatectomia distal.

Jorba R. (Hospital de Bellvitge).

25 de maig de 2009

20.00 hores.

Sessió Conjunta de les:

Societat Catalana de Cirurgia
Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor
Societat Catalana de Medicina Intensiva i Crítica

Els barems de risc i gravetat en el pacient quirúrgic.

Ponents:

- Cabré Pericás L. (Servei de Medicina Intensiva. Hospital de Barcelona).
- Beltrán de Heredia Marrodan S. (Servei d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor. Hospital del Mar – Barcelona).
- Sancho Insenser JJ. (Servei de Cirurgia General i Digestiva. Hospital del Mar – Barcelona).

8 de juny de 2009

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderador: Garcia Domingo M. (Hospital Mútua de Terrassa).

FISIOPATOLOGIA

Principals materials de sutura. Indicacions específiques i tècnica d'anúsament.

Pereira JA. (Hospital del Mar de Barcelona).

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Camps Lasa J. (Hospital Mútua de Terrassa).

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Depuració de dades (en SPSS).

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí – Sabadell).

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderadors : Verge J, Bianchi A.

Coordinador: Verge J.

L'ESPAI DEL SOCI

Tema d'actualitat

Sitges Serra A. (Hospital del Mar – Barcelona).

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1. Càncer de còlon en pacients majors de 80 anys. Anàlisi retrospectiva

Medarde M, De Castro J, Quer X, Molinas J, Roura M, De Caralt E. (Hospital General de Vic).

2. Alteracions digestives secundàries a lesions medul·lars i neuronals: 20 anys després.

Verge J, Sans M, Fernández-Llamazares J, Benasco C, Curto J, Salvà JA. (Hospital de Sant Camil de Sant Pere de Ribes).

3. Pòlips malignes de còlon. Existeix alguna opció entre la polipectomia endoscòpica i la resecció quirúrgica?

Gil A, Badia F, Ribera C, Pros I, Vilà M. (Hospital de Sant Joan de Déu – Martorell).

4. Micrometàstasis en el gangli sentinella: decepció o realitat?

Encinas X, Verge J, Mayol S, Fumana V, Martín C, Castro M, Milà M, Fraile M. (Hospital de Sant Camil - Sant Pere de Ribes).

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Rellevància clínica de les micrometàstasis en el carcinoma de còlon.

Garcia Domingo M. (Hospital Mútua de Terrassa).

BEQUES CONCEDIDES PER LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CURS 2008-2009

Dra. M^a. Angeles Martínez Serrano, resident del Hospital del Mar, per fer una rotació externa al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Múrcia. 3000 €.

Dra. Nuria Prenafeta Claramunt, resident del Hospital de Sant Pau, per fer una rotació externa al *Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke*. Québec. Canada. 2000 €.

PRESIDENTS ANTERIORS

Enric Ribas i Ribas 1927-29
Manuel Corachan i Garcia 1930-31
Joan Puig i Sureda 1932-33
Joaquim Trias i Pujol 1934-35
Joan Bartrina i Tomàs 1935-36
Joan Puig i Sureda 1941-51
Joaquim Trias i Pujol 1951-53
Pere Piulachs i Oliva 1956-61
Josep Soler i Roig 1961-65
Jaume Pi i Figueres 1965-69
Vicens Artigas i Riera 1969-71
Ramon Arandes i Adan 1971-73
Joan Agustí i Peypoch 1973-75
Víctor Salleras i Llinares 1975-77
Antoni Sitges i Creus 1977-81
Jordi Puig i La Calle 1981-85
Cristóbal Pera Blanco Morales 1985-89
Josep Curto i Cardús 1989-91
Joan López Gibert 1991-93
Jordi Olsina i Pavia 1993-97
Joan Sánchez-Lloret i Tortosa 1997-2001
Laureà Fernández-Cruz i Pérez 2001-05
Antoni Sitges Serra 2005-09

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT

Any	Premi Virgili	Premi Gimbernat
1961	Joan Puig Sureda	-
1962	Joaquim Trias i Pujol	-
1963	Antonio Cortés Lladó	Philip Rowland Allison (Regne Unit)
1964	Abilio García Barón	Pablo Luís Mirizzi (Argentina)
1965	Josep Maria Gil Vernet	Paul Eugene Santy (França)
1966	Hermenegild Arruga i Liró	Ernest Stanley Crawford (Estats Units)
1967	Antoni Trias i Pujol	Pietro Valdoni (Itàlia)
1968	Manuel Bastos Ansart	Claude D'Allaines (França)
1969	Josep Trueta i Raspall	Michael E. De Bakey (Estats Units)
1970	Cristóbal Pera Jiménez	Joao Cid Dos Santos (Portugal)
1971	Plácido González Duarte	Rudolf Nissen (Suïssa)
1972	Pere Piulachs i Oliva	Pierre Albert Mallet-Guy (França)
1973	Jaume Pi Figeras	Jean Louis Lortat-Jacob (França)
1974	Josep Soler Roig	Henry Thomson (Regne Unit)
1975	Joaquim Salarich i Torrents	Paride Stefanini (Itàlia)
1976	Ferran Martorell i Otzet	Marcel Roux (França)
1977	Antoni Puigverd i Gorro	John C. Golligher (Regne Unit)
1978	Antoni Lauradó i Tomàs	Claude Romieu (França)
1979	Joan Prim i Rosell	Claude Dubost (França)
1980	Moisés Broggi i Vallès	Rodney Smith (Regne Unit)
1981	Josep Masferrer i Oliveras	Robert M. Zollinger (Estats Units)
1982	Joan Agustí Peypoch	Kenneth C. Mc Keown (Regne Unit)
1983	Gerard Manresa i Formosa	Komei Nakayama (Japó)
1984	Josep Maria Gil Vernet	Maurice Mercadier (França)
1985	Carlos Carbonell Antolí	Philip Sandblom (Suècia)
1986	Sebastián García Díaz	Adrian Marston (Regne Unit)
1987	José Luís Puente Domínguez	Lloyd M. Nyhus (Estats Units)
1988	Antoni Caralps Massó	Frederic Saegesser (Suïssa)
1989	Antoni Sitges Creus	David B. Skinner (Estats Units)
1990	Victor Salleras i Linares	Umberto Veronesi (Itàlia)
1991	Benjamín Narbona Arnau	François Fékété (França)
1992	Emili Sala Pataú	Raul C. Praderí (Uruguai)
1993	Lino Torre Eleizegui	Louis. F. Hollender (França)
1994	Hipólito Durán Sacristán	David C. Sabiston (Estats Units)
1995	Joaquim Barraquer Moner	Konrad Messmer (Alemanya)
1996	Àngel Díez Cascón	Patrick Forrest (Regne Unit)
1997	Jordi Puig Lacalle	Jacques Perissat (França)
1998	Antoni Viladot i Pericé	Hans Beger (Alemanya)
1999	Joan López-Gibert	Henri Bismuth (França)
2000	José Luís Balibrea Cantero	Bruno Salvadori (Itàlia)
2001	Ramon Trias Rúbies	Alfred Cuschieri (Regne Unit)
2002	Isidre Claret i Corominas	Bernard Launois (França)
2003	Pascual Parrilla Paricio	Charles Proye (França)
2004	Josep Simó Deu	David Sutherland (Estats Units)
2005	Joan Sánchez-Lloret i Tortosa	Markus Büchler (Alemanya)
2006	Marià Ubach i Servet	John Smith (Regne Unit)
2007	Manuel Bellón Caneiro	Henrik Kehlet (Dinamarca)
2008	Joan Martí Ragué	Jacques Marescaux



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CURS 2009-2010

INAUGURACIÓ

15 d'octubre de 2009

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

JUNTA DE GOVERN

President

Joan Sala Pedrós

Vice-president

Salvador Navarro Soto

Secretari

Ferran Caballero i Mestres

Tresorer

Daniel Del Castillo i Déjardin

Vice-secretari

Maria Jesús López Pereira

Vocal primer

Ramon Vilallonga Puy

Vocal segon

Francesc Espin i Álvarez

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

COMISSIÓ CONSULTIVA

Cristóbal Pera Blanco Morales
Joan López-Gibert
Jordi Olsina i Pavia
Ramon Balius i Juli
Enric Vendrell i Torné
Joan Sánchez-Lloret i Tortosa
Eduard Basilio i Bonet
Ramon Martí i Pujol
José Manuel Sánchez Ortega
Vicens Artigas i Raventós
Xavier Rius i Cornadó
Jordi Pié i Garcia
Josep Verge i Schulte-Eversum
Joan Figueras i Felip
Jaume Fernández-Llamazares i Rodríguez
Constancio Marco i Molina
Laureà Fernández-Cruz i Pérez
Roger Pla i Farnós
Joan Sala i Pedrós
Antoni Sitges Serra

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CENTRES COL-LABORADORS

ALTHAIA – Xarxa Assistencial de Manresa
Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge
Clínica Plató de Barcelona
Consorci Sanitari de Mataró
Corporació Sanitària Parc Taulí
Espitau d'era Val d'Aran de Vielha
Hospital Clínic de Barcelona
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca
Hospital Comarcal de la Selva de Blanes
Hospital de Campdevànol
Hospital de Figueres
Hospital de Granollers
Hospital de l'Esperit Sant (Santa Coloma de Gramenet)
Hospital General de l'Hospitalet del Llobregat
Hospital de la Creu Roja de Barcelona
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona
Hospital de Martorell
Hospital de Mora d'Ebre
Hospital de Palamós
Hospital de Puigcerdà
Hospital de Sant Bernabè de Berga
Hospital de Sant Boi del Llobregat
Hospital de Sant Celoni
Hospital de Sant Jaume d'Olot
Hospital de Sant Jaume de Calella
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona
Hospital de Sant Rafael de Barcelona
Hospital de Santa Maria de Lleida
Hospital de Terrassa
Hospital de Viladecans
Hospital del Mar de Barcelona
Hospital del Pallars de Tremp
Hospital del Sagrat Cor de Barcelona
Hospital General d'Igualada
Hospital General de Catalunya de Sant Cugat
Hospital General de Mollet
Hospital General de Vic
Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona
Hospital Mare de Déu de la Cinta de Tortosa
Hospital Municipal de Badalona
Hospital Mútua de Terrassa
Hospital Provincial de Santa Caterina (Girona)
Hospital de l'Aliança de Lleida
Hospital Residència Sant Camil (Sant Pere de Ribes)
Hospital Universitari Armau de Vilanova (Lleida)
Hospital Universitari de Sant Joan de Reus
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona)
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona
Hospital Universitari Josep Trueta de Girona
Institut Dexeus de Barcelona
Pius Hospital de Valls
Sant Hospital de la Seu d'Urgell



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PREMIS HONORÍFICS 2009

PREMI VIRGILI

Dr. ENRIQUE MORENO GONZÁLEZ

PREMI GIMBERNAT

Dr. NEIL MORTENSEN

PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2009
REUNIÓ DELS TRIBUNALS
CURS 2008-09

Premi "XXV Congrés de la Sociéte Internationale de Chirurgie: Barcelona 1973": Dotat amb 1800 €. Dia 28-09-2009 a les 17h. 20': Tribunal: Dr. Antoni Sitges Serra (President), Dr. Ferran Caballero Mestres (Secretari), Dr. Ramon Martí Pujol, Dr. Eduard Basilio Bonet, Dr. Vicenç Artigas i Raventós.

“”

.

Premi Carmen Benasco: Dotat amb 600 €. Dia 28-09-2009 a les 17h.: Tribunal: Dr. Antoni Sitges Serra (President), Dr. Ferran Caballero Mestres (Secretari), Dr. Joan Sánchez-Lloret i Tortosa, Dr. Daniel Del Castillo i Déjardin, Dr. Salvador Navarro Soto.

“”

.

Premi Corachan: Dotat amb 600,- €. Dia 29-09-2009 a les 17'40 h.: Tribunal: Dr. Antoni Sitges Serra (President), Dr. Ferran Caballero Mestres (Secretari), Dr. Salvador Navarro Soto, Dr. Daniel Del Castillo i Déjardin, Dr. Eloi Espin Basany.

“”

.

RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2009

NOUS MEMBRES ASSOCIATS

Alzaga Magaña, Amilcar
Amador Gil, Sara
Boleko Ribas, M^a Angeles
Calero Lillo, Aranzazu
Carvajal Lopez, Fernando
Casajoana Badia, Anna
Crous Masó, Xènia
Diaz Botero, Sebastián
Domingo Gonzalez, Marta
Dorcarato, Dimitri
Fernandez Ananin, Sonia
Gómez Diaz, Carlos Javier
Gonçalves Tinoco, Cristina
Gutiérrez, Israel
Jiménez Salido, Andrea
Llorca Cardeñosa, Sara
Lorente Poch, Leyre
Marinello, Franco
Mercader Bach, Cristina
Otero Piñeiro, Ana
Pallarès Segura, Josep Lluís
Ramírez Maldonado, Elena
Rodríguez Luppi, Carlos
Roura Agell, Marina
Silva Vergara, Claudio
Simó Alarí, Francesc
Socias Seco, Maria
Velasco Moreno Bello, Janice

Pendants de recollir diploma i medalla del curs passat:

Botey Fernández, Mireia
Castro Gutiérrez, Ernest
Ganchegui Madina, Amaia
Gómez Pallarès, Marta
Làzaro García, Laura
Sanchez Hugué Ramon, Alexandre
Silvio Esataba, Leonardo

NOUS MEMBRES NUMERARIS

Lozoya Trujillo, Roberto
Rueda Chimeno, Juan Carlos
Coroleu Lletget, David
Pereira Rodríguez, José Antonio
Sánchez Cano, Juan José
Medrano Caviedes, Rodrigo
Girvent Montllor, Meritxell
Garcia Cuyàs, Francesc
Barcons Vilaplana, Santiago
Sánchez Garcia, Jose Luís
Molinas Bruguera, Joan
Zapata Salamé, Carles
González López, Óscar
Fernández Sallent, Enrique

Pendants de recollir diploma i medalla del curs passat:

Martínez Martín, Montserrat
Moreno Matias, Juan
Buqueras Bujosa, Carmen

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

INAUGURACIÓ DEL CURS 2009-2010

PROGRAMA

La inauguració del curs es farà a l'Aula Gimbernat de l'antic Col·legi de Cirurgia al primitiu Hospital de la Santa Creu, actual seu de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, C/. Del Carme, 47, 08001 Barcelona, a les 20 hores del proper dia 15 d'octubre, dijous. En el mateix acte es farà el lliurament del *Premi Virgili 2009* al Dr. Enrique Moreno González i del *Premi Gimbernat 2009*, al Dr. Neil Mortensen. Així mateix, es faran públics i es lliuraran, si és el cas: el *Premi XXV Congrés de la Société Internationale de Chirurgie Barcelona 1973*, el *Premi Manuel Corachán*; i el *Premi Carmen Benasco* d'engany.

Com és habitual, l'admissió de nous membres de la Societat es farà efectiva amb el lliurament personal i intransferible dels corresponents diplomes i medalles a les persones acceptades. Cal tenir en compte que aquesta cerimònia té caràcter vinculant, sent imprescindible la presència dels corresponents membres associats i numeraris perquè la incorporació a la SCC sigui plenament vàlida.

El mateix dia, a les 21'00 hores, es farà el sopar anual de germanor de la SCC, a l'Hotel Le Meridien (Restaurant El Patio), Rambles, 111, 08002 Barcelona. Aquest any, el sopar de la sessió inaugural coincideix amb el sopar del VII Congrés Català de Cirurgia i l'import del sopar va inclòs en el preu d'inscripció del Congrés. Us preguem confirmeu l'assistència al sopar a través de qualsevol dels Caps de Servei de Cirurgia de tots els Hospitals de Catalunya, o també a la Secretaria de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, a la nova seu del C/. De Can Caralleu, 1-7, 08017 Barcelona, directament per telèfon al 93 203 07 92 o través d'Internet, a la Web: <http://www.acmcb.es> Societats, Cirurgia o bé directament a la web de la Societat Catalana de Cirurgia: <http://www.sccirurgia.org>. Us preguem indiqueu, al menys una setmana abans del Congrés, si assistireu al sopar i la persona o persones acompanyants.

Barcelona, 1 de setembre de 2009

A. Sitges Serra
President

F. Caballero Mestres
Secretari



SESSIÓ INAUGURAL

Dia 15 d'octubre de 2009
Aula Gimbernat (Antic Col·legi de Cirurgia)

- 20:00h. **Presentació**
Sitges Serra A. President de la Societat Catalana de Cirurgia
- 20:10h. **Nomenament de Socis Numeraris i Agregats**
Lliurament dels altres Premis
Caballero Mestres F. Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia
- 20:25h. **Lliurament del Premi Virgili al Dr. Enrique Moreno González**
Lliurament del Premi Gimbernat al Dr. Neil Mortensen
Sitges Serra A.
- 20:50 h. **Canvi de President**
Nomenament del Dr. Joan Sala Pedrós com a nou President.
Sitges Serra A.
- 21'10 **Cloenda de l'acte**

SOPAR DE CELEBRACIÓ

Hotel Le Meridien (Restaurant El Patio), Rambles, 111, 08002 Barcelona.
21:00h. Sopar de germanor

PROGRAMA DE SESSIONS

5 d'octubre de 2009

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 7

Moderadora: Garcia Domingo M. (Hospital Mútua de Terrassa).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Moderador: Fernández-Cruz L. (Hospital Clínic – Barcelona)

Barcelona, Anoia, Baix Llobregat, Osona

Hospital Clínic de Barcelona

Hospital General de Vic

Hospital Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes

Hospital General d'Igualada

Hospital de Martorell

(Comissió Organitzadora: Dr. Fernández-Cruz, Dr. de Caralt, Dr. Verge, Dr. Feliu, Dr. Gil)

(Coordinador: Dr. Fernández- Cruz)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Patogènesi i prevenció del TEP postoperatori .

Dr.Juan Ignacio Arcelus .Hospital

9 de novembre de 2009

- 18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3
Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Moderador: Codina Cazador A. (Hospital Josep Trueta – Girona)

Girona

Hospital Universitari Josep Trueta de Girona

Hospital Provincial de Santa Caterina de Girona

Hospital de Figueres

Hospital de Palamós

Hospital Comarcal de la Selva de Blanes

Hospital de Campdevàno

Hospital de Sant Jaume d'Olot

(Comissió Organitzadora: Dr. Codina, Dr. López, Dr. Domingo, Dr. Quintanilla, Dr. Pericàs, Dra. Martínez, Dr. Masvidal)

(Coordinador: Dr. Codina)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Cicatrització intestinal

Sala J. (Hospital de Terrassa).

17 de novembre de 2009

Sessió conjunta:

Societat Catalana d'Oncologia (SCO)

Societat Catalana de Cirurgia (SCC)

Tumors colorectals no oclusius: estadi IV

Moderadors: Dr. Biondo S. (SCC)
Dr. Salazar R. (SCO)

Ponents: Dr. Espin E.: cirurgia (SCC)
Dr. Pericay C: quimioteràpia (SCO)

23 de novembre de 2009

10 h. Curs de Bioètica per a Cirurgians: SALA 7

Canvis en la professió. Objectius, deures i responsabilitat. L'atenció. Beneficència i no maleficència. La confiança en cirurgia.

Drets dels pacients. Expectatives i límits. Equitat i prioritització. El respecte a l'autonomia personal. Models de relació clínica.

Consentiment informat (CI). La no acceptació. La urgència. El CI escrit i circuits.

Tècniques de comunicació. Informació personalitzada. La família. L'equip i la informació.

Capacitat de decisió del pacient. Decisions per representació. Directrius prèvies. Sedació i limitació de tractament.

Conflictes ètics. Estudi de casos i metodologia de deliberació.

Confidencialitat. La història clínica.

Moderadors: Broggi MA, Barja X.

20 h. Sessió extraordinària: SALA 3

Sessió conjunta amb la Societat Catalana Mèdico-quirúrgica d'Endoscòpia Digestiva

Reclamacions en Cirurgia Laparoscòpica

Bofill J.

14 de desembre de 2009

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3
Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Moderadors: Fernández-Llamazares J. (Hospital Germans Trias i Pujol – Badalona)

Barcelonès Nord i Maresme

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona

Hospital Municipal de Badalona

Consorci Sanitari de Mataró

Hospital de Sant Jaume de Calella

Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet

(Comissió Organitzadora: Dr. J. Fernández-Llamazares, Dr. F. Martínez, Dr. X. Sunyol, Dr. P. Puig, Dr. J. Valverde)

(Coordinador: Dr. Fernández-Llamazares)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Stent pal-liatiu: pont a cirurgia en les estenosis de còlon

Alcàntara M. (Hospital Parc Taulí – Sabadell).

11 de gener de 2010

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3
Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Moderador: Marco C. (Hospital Mútua de Terrassa)

Vallès Occidental

Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell

Hospital Mútua de Terrassa

Hospital de Terrassa

Hospital General de Catalunya de Sant Cugat

(Comissió Organitzadora: Dr. Navarro, Dr. Rodríguez, Dr. Aguilar, Dr. Bonfill)

(Coordinador: Dr. Rodríguez)

SESSIÓ DE MORBIMORTALITAT

Jimeno J. (Hospital Clínic – Barcelona)

08 de febrer de 2010

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3
Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Moderadors: Trias M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

Barcelona, Baix Llobregat, Penedès

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

Hospital del Sagrat Cor de Barcelona

Hospital de la Creu Roja de Barcelona

Hospital de la Creu Roja d'Hospitalet del Llobregat

Hospital de Viladecans

Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca

Hospital de Sant Boi del Llobregat

(Comissió Organitzadora: Dr. Trias, Dr. Foncillas, Dr. Pueyo, Dr. Barrios, Dr. Pi, Dr. Duque, Dr. Urgellés)

(Coordinador: Dr. M. Trias)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Cirugía Taurina .Un conocimiento necesario.

Dr. E. Sierra Gil.

22 de febrer de 2010

10 h. Curs de Gestió Clínica i Qualitat Assistencial per a Cirurgians: SALA 7

Importància de la gestió clínica com a forma d'assumir les decisions d'utilització de recursos per part dels professionals.

Indicadors assistencials.

La gestió de processos assistencials. Importància de la protocolització de processos en vies clíniques (*clinical pathway*), el paper dels sistemes d'informació clínica i dels sistemes de classificació de pacients (GRD's).

El pla de qualitat d'un servei clínic. Les comissions clíniques. El model europeu d'excel·lència per a la gestió de la qualitat total (*European Foundation Quality Management*).

Els costos del sistema sanitari. La limitació de recursos i l'eficiència en les actuacions mèdiques.

Moderadors: Grande L, Trias M, Suñol X.

17: 30 h. Cirurgia Major Ambulatoria

20 h. Sessió extraordinària: SALA 3

TAULA RODONA CONJUNTA

Societat Catalana d'Educació Mèdica, Societat Catalana de Cirurgia

La formació de residents en cirurgia

Moderador: Sitges A.

8 de març de 2010

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3
Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Moderadors: Rafecas A. (Hospital de Bellvitge)

L'Hospitalet, Tarragona

Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge

Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona

Hospital Universitari de Sant Joan de Reus

Pius Hospital de Valls

Hospital Mare de Déu de la Cinta de Tortosa

Hospital de Mora d'Ebre

(Comissió Organitzadora: Dr. Rafecas, Dr. Del Castillo, Dr. Caubet, Dr. Vicente, Dr. Fradera, Dr. Estévez, Dr. Calvo)

(Coordinador: Dr. Rafecas)

SESSIÓ BIBLIOGRÀFICA

Dr. G Franch . Hospital de Zamora

12 d'abril de 2010

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3
Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Moderador: Armengol M. (Hospital de la Vall d'Hebron – Barcelona)

Barcelona, Segrià, Pallars, Alt Urgell, Val d'Aran

Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona

Hospital de Sant Rafael de Barcelona

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Hospital de Santa Maria de Lleida

Hospital Quinta de Salut l'Aliança de Lleida

Hospital del Pallars de Tremp

Sant Hospital de la Seu d'Urgell

Espitau d'era Val d'Aran de Vielha

(Comissió Organitzadora: Dr. Armengol, Dra. Lahuerta, Dr. Olsina, Dr. Rodamilans,
Dr. Greoles, Dr. Aixàs, Dr. Gómez)

(Coordinador: Dr. Armengol)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Traumatismes d'òrgans sòlids.

Navarro S. (Hospital Parc Taulí – Sabadell).

10 de maig de 2010

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3
Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Moderadors: Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona)

Barcelona, Vallès Oriental, Bages, Berguedà, Cerdanya

Hospital del Mar de Barcelona

Hospital de Granollers

Hospital General de Mollet

Hospital de Sant Celoni

ALTHAIA – Xarxa Assistencial de Manresa

Hospital de Sant Bernabè de Berga

Hospital de Puigcerdà

(Comissió Organitzadora: Dr. L. Grande, Dr. J. Caballé, Dr. J.M Badia, Dr. J. Segura,
Dr. D. Miró, Dr. C. Riera)

(Coordinador: Dr. L. Grande)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Tumor de Klatskin .

Dr E Ramos . Hospital de Bellvitge.

14 de juny de 2010

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 7
Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 7

SIMPOSI

Sessió conjunta amb la:

Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor

Cirurgia multimodal (*Fast Track Surgery*)

CALENDARI DE SESSIONS

Data	Lloc	Regió Sanitària	Hospitals
05 d'octubre de 2009	Sala 7	<u>Barcelona, Anoia, Baix Llobregat, Osona</u>	Hospital Clínic de Barcelona Consorci Sanitari Anoia Hospital de Martorell Hospital Residència Sant Camiel de Sant Pere de Ribes Hospital General de Vic
09 de novembre de 2009	Sala 3	<u>Gironès, Empordà, La Selva, Ripollès, Garrotxa</u>	Hospital Universitari Josep Trueta de Girona Hospital Provincial de Santa Caterina de Girona Hospital de Figueres Hospital de Palamós Hospital Comarcal de la Selva de Blanes Hospital de Campdevànol Hospital de Sant Jaume d'Olot
23 de novembre de 2009	Sala 7	<u>General</u>	Curs de Bioètica en Cirurgia. Sessió extraordinària: Reclamacions en cirurgia laparoscòpica Conjuntament amb Societat Catalana Médico-Quirúrgica d'Endoscòpia Digestiva
14 de desembre de 2009	Sala 3	<u>Barcelonès Nord i Maresme</u>	Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona Hospital Municipal de Badalona Consorci Sanitari de Mataró Hospital de Sant Jaume de Calella Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet
11 de gener de 2010	Sala 3	<u>Vallès Occidental</u>	Corporació Sanitària Parc Taulí Hospital Mútua de Terrassa Hospital de Terrassa Hospital General de Catalunya de Sant Cugat
08 de febrer de 2010	Sala 3	<u>Barcelona, Baix Llobregat, Penedès</u>	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona Hospital Plató. Hospital de la Creu Roja de Barcelona Consorci Sanitari Integral d'Hospitalet del Llobregat Hospital de Viladecans Hospital de Sant Boi del Llobregat Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca
22 de febrer de 2010	Sala 7	<u>General</u>	Curs de Gestió Clínica i Qualitat Assistencial en Cirurgia. Sessió extraordinària: Formació de residents en cirurgia. Conjuntament amb la Societat Catalana d'Educació Mèdica
08 de març de 2010	Sala 3	<u>L'Hospitalet Tarragona</u>	Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona Hospital Universitari de Sant Joan de Reus Pius Hospital de Vallès Hospital Mare de Déu de la Cinta de Tortosa Hospital de Mora d'Ebre
12 d'abril de 2010	Sala 3	<u>Barcelona, Segrià, Pallars, Alt Urgell, Val d'Aran</u>	Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona Hospital de Sant Rafael de Barcelona Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida Hospital de Santa Maria de Lleida Hospital Quinta de Salut l'Aliança de Lleida Hospital del Pallars de Tremp Sant Hospital de la Seu d'Urgell Espitaü d'era Val d'Aran de Vielha
10 de maig de 2010	Sala 3	<u>Barcelona, Vallès Oriental, Osona, Bages, Berguedà, Cerdanya</u>	Hospital del Mar de Barcelona Hospital de Granollers Hospital General de Mollet Hospital de Sant Ceboni Hospital General de Manresa Hospital de Sant Bernabè de Berga Hospital de Puigcerdà
14 de juny de 2010	Sala 7	<u>General</u>	Simposi: cirurgia multimodal

Per a més informació o més actualitzada, consultar les webs: <http://www.sccirurgia.org>, o bé <http://www.acmcb.es/societats/cirurgia/index.htm>

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

DOCUMENTS

2009

Barcelona, 15 d'octubre de 2009

BALANÇ D'UN PERÍODE

Antoni Sitges Serra, Joan Sala Pedrós, Ferran Caballero Mestres, Salvador Navarro Soto, Eloi Espin Basany, Maria Isabel Garcia Domingo, Francesc Espin Álvarez, Guzman Franch Arcas.

Es completa un nou cicle de la societat. Moltes coses han canviat en els darrers 4 anys des que es va encetar una nova Junta de Govern. La Societat ha assolit un dels seus propòsits: liderar la formació bàsica i continuada en cirurgia en el nostre país, incorporant els canvis introduïts en el nou programa de formació de metges interns i residents de cirurgia general i de l'aparell digestiu. S'han anat introduint els nous cursos dirigits per experts en cada tema i s'ha aconseguit la participació de la gran majoria de residents.

A més, s'ha creat un espai dedicat al cirurgià i a la seva pràctica diària, més enllà de la labor formativa. L'espai del soci ha representat un punt de trobada on analitzar els problemes que l'exercici de la cirurgia comporta i la manera d'enfrontar-los de manera digna, responsable i seriosa, des d'una perspectiva científica que no és estranya als problemes de cada dia i a enfocar amb valentia els criteris per a la seva resolució més assenyada.

Per altra banda el nivell d'exigència en el rigor metodològic de les comunicacions presentades, especialment en els Congressos Catalans de Cirurgia, han permès fer molt més atractives i útils les sessions, superant la visió d'una presentació com un tràmit sense més interès que el personal o curricular.

També la visió multidisciplinària convidant a altres Societats Científiques diferents a la nostra ha donat els seus fruits i l'èxit de les sessions extraordinàries ho confirma.

Per fi, l'augment de lligams amb societats quirúrgiques veïnes ens ha portat a convidar a la Societat Valenciana de Cirurgia a participar en el nostre Congrés d'enguany, fet que augmenta el valor, la diversitat i per tant la riquesa dels seus continguts. També l'acte d'agermanament (*Gemellaggio*) amb la Societat Siciliana de Cirurgia amplia una vegada més les fronteres de les nostres relacions i ens converteix en un node de convergències més àmplies i enriquidores.

Tot i que una nova Junta es farà càrrec de la gestió de la nostra Societat després de l'acte inaugural i del proper Congrés del mes d'octubre, les bases del programa del proper curs han estat fixades i la continuïtat d'una línia que s'ha mostrat exitosa sembla garantida.

No podem deixar de donar les gràcies a tots aquells que, des de la pròpia Junta o fora d'ella, en el marc de la Societat o no, ens han ajudat col·laborant a assolir els objectius fixats. La Societat Catalana de Cirurgia que te les seves arrels profundes en un gremi que fa més de 600 anys va rebre el seu reconeixement reial, i així ho varem celebrar aquest curs passat, continua viva i plena de força al servei de tots.

La Junta.

DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI GIMBERNAT 2009

Speech to Societat Catalana de Cirurgia
October 15th, the Gimbernat Prize

Neil Mortensen MA MB ChB MD FRCS Eng FRCS Glas

It is a great honour to be awarded the 2009 Gimbernat Prize on behalf of the British Journal of Surgery. I am the current chairman of the BJS Society, effectively the owner of the Journal. When Berkley Lord Moynihan set up the British Journal of Surgery in 1913 it was not to be owned by a national surgical society, but by a separate charitable trust known as the British Journal of Surgery Society. This is very unusual in the medical publishing world where learned journals are owned either by publishers or national societies. This has the advantage that the journal is free to develop as it wishes, and royalties can be put to good use in the promotion of excellence in surgical practice, education, and research. We have also been able to forge relationships with other national societies including the Dutch, Swedish and Swiss, all of whom are represented on our Council.

Although we have not so far been able to attract the Spanish Surgical Society we have in the past published a Spanish edition. Your illustrious senior colleague Cristobal Pera was on the editorial committee from 1986 to 1995, and working closely with Adrian Marston he supervised the translation into Spanish and its publication here in Barcelona. Perhaps it was not economic, perhaps the journal was too British, but for whatever reason sadly the enterprise failed after a few years.

Don Manuel Louise Antonio de Gimbernat y Arbós became the father of Spanish surgery with his contributions to our knowledge of the anatomy of the diaphragm and of course giving his name to the lacunar part of the inguinal ligament. Under the patronage of King Carlos III he travelled throughout Europe arriving in London in 1775 where he met and worked with John Hunter who probably popularised the term Gimbernat's ligament. This I would suggest is the earliest example of Anglo Spanish surgical collaboration. Both believed in the importance of careful anatomical studies to enable successful surgery, an echo perhaps of our own renewed interest in anatomy as shown by precise cancer surgery and the challenges of minimally invasive surgery.

Gimbernat's favourite quotation I read was

“ Mi autor mas favorito es el cadaver humano”

Well like many surgeons before me I took to teaching anatomy in Bristol for a year after finishing medical school and then early in my surgical career developed a research interest in gut function where I first heard of the work of Santiago Ramon y Cajal and the enteric nervous system. It became clear that little was known about colorectal diseases so that became my specialty. I was an RSO at St Marks Hospital, and was appointed to the staff of the Bristol Royal Infirmary in 1982. When Emmanuel Lee who had first described strictureplasty for Crohns disease strictures died suddenly I was invited to join the staff of the John Radcliffe Hospital Oxford in 1987. I have been on the staff for over 20 years teaching , training future surgeons and continuing research. We have many visitors and hardly a week goes by without there being a young Spanish surgeon in theatre with us and I am proud to be an honorary member of the Spanish Society of Coloproctology.

I have been associated with the BJS as we now always call it for most of that 20 years, as a former Treasurer and now Chairman since 2004 when I took over from Chris Russell.

We have purposely set out to Europeanise the British Journal, as I say always calling it the BJS – with European editors, directors and board members and one major meeting of the board in mainland Europe each year. I am particularly pleased with an editor assistant scheme giving scholarships to young aspiring surgical writers most of whom have been non British.

I have looked at the papers published in the BJS from 1993 to the present. Of the 49 papers from northern Spain 26 have come from Barcelona compared to a total of 40 for the rest of Spain altogether. The most highly cited have been papers on Nissen Fundoplication and neoadjuvant chemoradiotherapy for rectal cancer.

The BJS is the premier general surgery journal in Europe and ranks only second to Annals of Surgery with an impact factor of 4.5 . Some 1,500 papers were submitted in 2008, with an acceptance rate of 15%. There are around 10,000 subscriptions, and in 2008 there were 338,664 online article downloads illustrating the gradual transition from print to electronic publishing.

In the last 10 years the BJS has been transformed in appearance, content and leadership, and I am so glad you Catalans like it. I am delighted to receive this award on behalf of the BJS.

Neil Mortensen

ERRORS I HORRORS ALS HOSPITALS

Antoni Sitges Serra

David Shore, advocat i guionista de la sèrie *House*, posa en boca del seu personatge principal la següent frase: “en Medicina, els errors són tan greus com les seves conseqüències”. Aquesta afirmació, tenyida, com no, del lúcid cinisme del polèmic metge, ressalta el fet que bona part dels errors assistencials no causen un dany real per ser d'índole menor o per ser fàcilment superats pel pacient. També dóna per suposat que, en una organització tan complexa com l'hospitalària, els errors, o en termes més genèrics, els efectes adversos, són quelcom amb que cal comptar. Fins aquí, una simple constatació que podríem rubricar amb l'estoic i famós aforisme atribuït al nostre compatriota Sèneca: *Errare humanum est*. Però d'aquest article, el lector n'espera quelcom més. Espera que contribueixi a que casos com el del petit Rayán – per posar un recent exemple mediàtic - no tornin a succeir; espera que “s'aprofiti” una mort lamentable per disseminar la cultura de la prevenció dels errors assistencials i que aquests no desemboquin en horrors.

La tasca no és simple i la prova és que existeixen multitud d'agències que treballen colze amb colze amb els professionals sanitaris per reduir al màxim els efectes adversos de l'assistència mèdica: el *Center for Disease Control*, la OMS, la Fundació Avedis Donabedian, són algunes de les entitats que promouen la cultura de la seguretat hospitalària finançant projectes d'investigació, disseminant protocols d'actuació, i identificant les circumstàncies que comporten un major risc. Malgrat tot, trigarem encara molt de temps, sí és que finalment ho aconseguim, en impermeabilitzar totalment l'assistència sanitària contra els errors i els seus efectes adversos.

Els que encara defensem els valors professionals, més enllà dels interessos sindicals o dels propis dels assalariats, creiem que mai s'ha d'obviar la responsabilitat individual i, en la consideració de qualsevol efecte advers, s'ha d'analitzar per què va fracassar la baula final: distracció? negligència? Inadequació per al càrrec? in experiència? Els metges i les infermeres que defensem la professionalitat, defensem també – no podria ser d'altra manera - la nostra responsabilitat individual. Però, òbviament, l'anàlisi s'ha d'ampliar. Experts en errors assistencials han aportat dades empíriques que mostren com els pitjors desenllaços acostumen a ser deguts a una cadena de fets desafortunats i errors que fatalment porten cap a la desgràcia final. Això implica que, en l'anàlisi dels efectes adversos, no s'ha de perdre de vista l'entorn i la multiplicat de circumstàncies que els fan possibles. I no em refereixo a si la medicina s'exerceix en un entorn públic o privat, pel fet que, avui en dia, res indica que el tipus de finançament sanitari determini la quantitat o la gravetat d'errors. Encara més si tenim en compte que la sanitat pública absorbeix la majoria de casos d'alta complexitat- No, em refereixo a les circumstàncies i a les relacions laborals. En aquest sentit, els mitjans de comunicació i els sindicats ja han assenyalat – a rel del

cas Rayán - els problemes que te plantejats la infermeria espanyola, als quals crec que cal afegir-ne d'altres de caràcter més professional.

Ningú discuteix avui en dia l'autonomia de la infermeria però cal constatar l'escàs zel que posen les seves direccions en defensar la seva dignitat i la seva responsabilitat. I una cosa no casa sense l'altra. Cada vegada són menys les supervidores experimentades que s'impliquen en l'assistència i en la formació de les infermeres novelles, cada vegada són menys les infermeres que passen visita amb l'equip mèdic, cada vegada se assenten més sòlidament els llocs de "corretorns". Crec sincerament que la infermeria espanyola necessita d'un nou lideratge professional que l'impulsi més enllà de les seves reivindicacions sindicals.

En qualsevol cas, culpes i culpables apart, els errors assistencials s'han "d'aprofitar" per treure'n un ensenyament (Karl Popper) i procurar que no es repeteixin. De fet, l'aforisme de Sèneca, abans esmentat, conté una segona frase: *Perseverare diabolicum*; es a dir; que cal fer tots els possibles per no ensopegar dos cops en la mateixa pedra. El que subscriu te una certa experiència en la cultura de "l'aprofitament de l'error", doncs des del 1985, any en el qual va introduir a l'Hospital del Mar les primeres sessions de complicacions i mortalitat postoperatòries, s'ha involucrat en diversos projectes relacionats amb el tema. D'aquesta experiència en voldria ressaltar tres obstacles que ha hagut d'enfrontar repetidament: la reticència dels propis col·legues, la inoperància dels gestors i les expectatives desmesurades de l'usuari-pacient. En les meves primeres i frustrades oposicions a càtedra, després d'una defensa aferrissada del maneig de l'error mèdic seguint la "*New ethics*" de Karl Popper (Br Med J 1983; 287:1919-1923.), el president del tribunal em va interpellar amb un "*los cirujanos nunca cometemos errores*". Per sort, crec que la praxis i la deontologia mèdica actual m'han donat la raó en front del dogmatisme i el conservadurisme corporatiu: poc a poc, la nova cultura de l'error s'ha anat estenent i a Catalunya, més de la meitat de serveis de cirurgia programen regularment sessions clíniques dirigides a la discussió de les complicacions postoperatòries.

Pel que fa a la responsabilitat de las burocràcies sanitàries en la prevenció del efectes adversos, val a dir que, malauradament, la major part dels gestors hospitalaris - més comissaris polítics o directors d'obres que professionals - no comprenen que la medicina més barata és la que es fa bé. Per aquest motiu, necessiten caps de servei i professionals amb força coneixements i capacitat de lideratge reconeguda, i no càrrecs de confiança d'obediència obligada. Abaratir els costos significa fonamentalment que els metges hem de fer les coses bé i a la primera. Finalment, els usuaris de la sanitat han de moderar les seves expectatives. Els problemes mèdics que atenen avui en dia els hospitals –especialment els hospitals públics- són cada cop més complexos i impliquen a un gran nombre de professionals de diverses especialitats. En aquest entorn, les possibilitats d'error creixen exponencialment.

Antoni Sitges Serra
Catedràtic (H) de Cirurgia, UAB
President de la Societat Catalana de Cirurgia
(Article revisat de l'original publicat a EL PERIÓDICO el 18.7.2009)

EVOLUCIÓ EN CIRURGIA: LES SOCIETATS CIENTÍFIQUES

Sala Pedrós J.

Quin vent serveix per avançar una ment honesta.
(John Donne 1572 – 1631)

El paradigma evolutiu

Sembla ser que el pare de Charles Robert Darwin (1809- 1882) volia que fos metge com ell però, malgrat que es va matricular a la facultat d'Edimburg, ho va deixar córrer per la impressió que li van causar les intervencions quirúrgiques sense anestèsia. Tot i aquesta primària aversió a la cirurgia o més aviat al sofriment dels altres, els coneixements anatòmics que va adquirir, sens dubte, li van ser útils en els seus estudis posteriors. El segon intent universitari el va portar a Oxford on va estudiar teologia però malgrat que va concloure la carrera, va ser allí on va descobrir la seva passió per les ciències naturals que el farien famós.¹

Aquest record és pel fet que enguany se celebra una doble efemèride: el 2n centenari del naixement de Darwin i els 150 anys: el seu llibre "L'Origen de les Espècies, mitjançant la Selecció Natural o la Preservació de les Races Afavorides en la Lluita per la Vida" (1859). La teoria de l'evolució de les espècies animals mitjançant la selecció natural, fruit d'una observació minuciosa i d'una formidable intuïció, juntament amb "L'Origen de l'Home i sobre la Selecció en Relació amb el Sexe" (1871)² van revolucionar la parròquia científica, religiosa i filosòfica des de llavors, convertint-se en el paradigma fonamental de la interpretació de la realitat i el seu canvi, a tots els nivells.

Tenim pocs dubtes en relació a que el canvi evolutiu és inexorable i que la selecció natural afavoreix aquells canvis que millor s'escauen en un lloc i en un moment determinat. Però malgrat determinades interpretacions tendencioses, no sempre són els més forts, ni els més intel·ligents, aquells que sobreviuen si no els que millor s'adapten a unes circumstàncies concretes del medi que en permeten una gestió energètica més eficient. Fins i tot algunes malalties han subsistit a la selecció natural perquè en determinades circumstàncies històriques podien representar una avantatge.³

Una qüestió a la qual Darwin no va poder donar resposta és com es produeixen els canvis. De fet va ser Johann Gregor Mendel (1822-84) qui va posar l'ull en la pista amb el seu descobriment de les lleis de transmissió dels caràcters hereditaris, posteriorment anomenats gens per Wilhelm Johansen (1857-1927). Calia esperar al descobriment de l'estructura de l'àcid desoxiribonucleic (DNA) per Francis Harry Compton Crick (1916 - 2004), James Dewey Watson (1928) i la malurada Rosalind Franklin (1921 - 1958) a qui una mort prematura va privar del premi Nobel, perquè l'evolució comencés a trobar una explicació bioquímica del seu funcionament.⁴

Tot i així, resta pendent el mecanisme concret de l'especiació que, mentre uns han representat en la lluita per la vida, avui en dia, l'estudi de l'evolució bacteriana, sembla situar-ho en la simbiogènesi o l'intercanvi i captació de genomes.⁵

Aquest petit homenatge a un dels científics més influents en el pensament actual, ens ha portat a reflexionar sobre l'evolució de la cirurgia, no tan sols la passada que forma part de la història i és coneguda, més aviat en la futura per poder estar preparats, sense oblidar el present que ha de ser sempre el motiu fonamental de l'acció quirúrgica.

Evolució i prospectiva

En un llibre commemoratiu del segon mil·lenni, editat pel físic teòric Michio Kaku, un dels promotors de la teoria de les supercordes, s'atreveix a vaticinar els grans avenços que es poden preveure durant el present segle a curt i a mitjà termini. El coneixement del genoma humà i de les funcions dels diferents gens i com utilitzar-los per millorar la salut, la gestió més eficient de l'energia del planeta i el desenvolupament informàtic amb l'aparició d'ordinadors quàntics i biològics (basats en el funcionament del DNA), haurien de permetre un gran canvi en la forma de vida futura, molt més ràpid que cap altra produït fins ara.⁶

Sense cap dubte la informàtica serà fonamental per al desenvolupament futur de qualsevol tecnologia i la cirurgia en depèn indefectiblement. Però uns dels més coneguts prospectivistes actuals, Ray Kurzweil, amb la seva llei del retorn accelerat, prediu que la tecnologia aviat pot ser un milió de vegades més poderosa que avui causant una profunda transformació. Això és degut al fet que l'estudi de la intel·ligència artificial, la nanotecnologia i la biotecnologia creixen de manera exponencial. Per això considera que la singularitat - el moment que un ordinador superarà la intel·ligència humana - és a prop. I això, realment pot canviar moltes coses, fins i tot en cirurgia.⁷

Però deixant apart la prospectiva, és evident que ja en aquests moments un dels focus d'atenció dels nous cirurgians són els avenços tecnològics.^{8 9} Més enllà dels malabarismes de la cirurgia laparoscòpica o endoscòpica transcutània, que semblen haver igualat o superat gairebé totes les tècniques de cirurgia convencional, altres novetats com la cirurgia a través d'un portal únic^a o la cirurgia endoscòpica transluminal a través d'orificis naturals,^b han passat a ser el centre d'interès mediàtic per excel·lència en el camp de la cirurgia. D'aquí que hagin sorgit grups com l'Euro-NOTES o el Consorci per a l'Avaluació i Recerca en Cirurgia a Través d'Orificis Naturals^c per intentar regular, però també potenciar, tots aquests nous mètodes que semblen voler eliminar les cicatrius externes definitivament.

No podem renunciar a les tècniques mínimament invasives, a una cirurgia més precisa amb augment del control dels teixits mitjançant els avenços en òptica, en ultrasons, ressonàncies magnètiques, dopplers o neuroestimuladors; tampoc a les tècniques de reconstrucció més ràpides i segures (com les sutures mecàniques i

^a *Single Port Surgery*

^b *NOTES: Natural Orifice Translumenal Endoscopic Surgery*

^c *NOSCAR: Natural Orifice Surgical Consortium for Assessment and Research*

automatitzades); ni a la telecirurgia o la cirurgia robòtica amb tota la nanotecnologia de control que incorporaran de ben segur tot tipus de xips. Però tampoc podem oblidar els avenços bàsics en el control de l'agressió i la resposta immunitària per posar dos exemples de processos complexos que cal aprendre a conèixer i manejar correctament, ni perdre de vista els progressius descobriments de la biologia bàsica que ens volen fer més sans i perfectes a partir del domini i control bioquímic del cos.
10

Els límits del progrés

La generació d'avenços tecnològics van molt més ràpids que la possibilitat de fer rentable la seva producció generalitzada, d'aquí que l'avenç longitudinal en el coneixement, derivat de la recerca d'avantguarda, no sempre es tradueix en la seva aplicació, ni tan sols en la seva difusió transversal a través de la docència perquè, si no pot ser objecte d'explotació mercantilista, a qui interessa?

Molts dels avenços representen grans augments del cost, de temps, d'esforç, d'aprenentatge, que tenen com a únic efecte evitar una cicatriu que podria ser millorada extraordinàriament, fins fer-la gairebé imperceptible, amb deu minuts més d'intervenció per acabar amb una sutura estètica, amb el material i la tècnica adequades.

Tot i estant a favor del progrés i de l'evolució cap a formes de tractament quirúrgic que afectin menys a la qualitat de vida de les persones, permetin una més ràpida recuperació i disminueixin significativament el grau d'agressió, no és difícil adonar-se que ens cal una mica de seny. Algú ha de reflexionar seriosament sobre la utilitat autèntica en tots els aspectes: esperança de vida, qualitat de vida, cost econòmic i cost social de l'aplicació de noves tecnologies. Segur que en molts casos hi haurà avantatges suficients per fer-les desitjables però en altres pot ser no compensa el cost total per obtenir un benefici brillant i espectacular però irrellevant.¹¹

Des del punt de vista de la selecció natural, fins i tot de la selecció cultural, segur que, a la llarga, només aquelles tècniques que signifiquin una més eficient gestió de l'energia sobreviuran. Però la selecció natural, com deia el propi Darwin, és molt lenta i va deixant pel camí molts errors que s'acaben demostrant ineptes; però mentrestant han retardat el procés evolutiu. Si alguna avantatge representa l'adquisició de la racionalitat per part del cervell humà és el fet de poder accelerar aquest procés a partir de l'exercici de la crítica permanent i objectiva.¹² Sembla existir un cert consens en el fet que cal potenciar la perspectiva científica en cirurgia.^{13 14} I és aquí precisament on hi entren les societats científiques.

Les societats científiques han sobreviscut perquè han conduït la gestió del coneixement, més enllà de la universitat, potenciant la recerca, liderant la docència, acreditant l'experiència, canalitzant el contrast d'experiències diverses, cercant sinergismes i simbiosis en la posta en comú i, naturalment, avaluant críticament totes les tasques anteriors en un exercici d'auditoria interna contínua. De fet han representat la posta en pràctica de la màxima de Karl Popper (1902-1994) segons la qual: "l'augment del coneixement depèn del tot de la discrepància"; constituint una part insubstituïble del debat.

Les societats científiques han d'oferir informació vàlida, entenen com Popper que "informació vàlida és aquella que se sotmet a crítica i la resisteix". Però la informació, a més de vàlida, ha de ser fiable, honesta i útil. És fàcil avui en dia accedir a les grans possibilitats que ofereixen la tecnologies de la informació i la comunicació (TIC), però és més difícil destriar quina informació és l'adequada i quina és contaminant, quina cal incorporar com a coneixement i com és pot emprar de manera correcta en un lloc i un moment determinat; per això cal saviesa, cal experiència, cal seny, aquell que proporciona el sentit comú, compartit per una majoria d'experts, amb tot el rigor metodològic que calgui i amb totes les evidències contrastades.^{15 16}

Però, a més, les societats científiques continuen sent útils, també perquè permeten incorporar un altre valor que cada dia resulta més necessari: l'ètica. De fet si bé és cert que "no tot allò que s'hauria de fer es pot fer, perquè no en sabem, i per això necessitem la ciència", no ho és menys que "no tot allò que es pot fer s'ha de fer, encara que en sapiguem, i per això necessitem l'ètica". En paraules de l'historiador Richard Olson: "Sense la ciència, la moralitat és cega; però sense moralitat, la ciència és inútil, innecessària i paralítica".^{17 18}

Naturalment un dels components essencials de la crítica és la lògica, regida pels principis de coherència, de racionalitat i d'objectivitat, però l'ètica no te perquè ser estranya a cap d'aquests factors.

Cal preguntar-se per l'objectiu fonamental de la ciència per adonar-se, com han ressaltat molts epistemòlegs, que és, en última instància "la felicitat de l'home"; un objectiu que comparteix plenament amb l'ètica.¹⁹ Un dels gran promotors de la recerca mèdica, Claude Bernard (1813-1878) va fer un gran panegíric de la cirurgia quan va establir que "calia potenciar la dissecció en el viu, per veure funcionar les parts interiors, esperonant la recerca sobre les propietats dels teixits" però al mateix temps afegia que "és immoral experimentar sobre un home, de forma que pugui ser perillós per la seva vida, encara que el resultat de l'experiència pogués beneficiar als altres".²⁰

Puig Sureda ho recollia en un discurs a la Reial Acadèmia: "La tècnica quirúrgica avança contínuament, malgrat estar encara lluny d'assolir la meta de les seves possibilitats. Però això és tan sols secundari al costat de la importància i diversitat dels problemes de nivell molt superior que esperen solució. La majoria d'aquests problemes, no serà certament l'operador, home d'acció, el cridat a resoldre'ls, sinó el cirurgià home de ciència. Al costat de la medicina experimental que s'esforça en interpretar a l'home a través del conill i la granota, el cirurgià – fisiòleg d'oportunitats insuperables - crea una altra medicina experimental més elevada que estudia a l'home a través del propi home; i no a través de la malaltia provocada artificialment si no per l'autèntica lesió i pertorbació funcional de l'home malalt".²¹ Però, compte, aquest és un avantatge col·lateral; mai pot ser una justificació que pugui perjudicar ningú.

¹⁵ *Where is the wisdom we have lost in knowledge? Where is the knowledge we have lost in information? (Choruses from the Rock).* T.S. Elliot. (On és la saviesa que hem perdut en el coneixement? On és el coneixement que hem perdut en la informació?)

Els criteris de qualitat

Ha estat aquest component ètic indispensable que ha fet que els grans investigadors en el camp de la qualitat de l'assistència sanitària, mèdica i quirúrgica, com el prestigiós metge nord-americà, d'origen armeni i aïnat al Líban: Avedis Donabedian (1919-2000), remarquessin la importància de la participació i de la implicació de professionals, col·legis, gestors, administració i societats científiques en la gestió de qualitat, per escapar de les visions parcials o deformatades pel corporativisme professional, pel científisme misantròpic o per l'economicisme pur i dur, evitant com més fonts de biaix millor.

La qualitat assistencial en cirurgia, per al pacient, inclou aspectes com, en primer lloc, l'evitabilitat, és a dir: si existeix alguna alternativa més eficaç i menys agressiva a la intervenció quirúrgica. Assegurada la manca d'una alternativa millor, entren en consideració altres aspectes com: la rapidesa global del procés i de les seves parts més traumatitzants, el grau d'afectació del seu confort habitual, el mínim cost tant en termes econòmics directes com indirectes incloent els aspectes socials associats, l'efectivitat previsible en el seu cas, l'absència de complicacions i naturalment la minimització de seqüeles.

Fins i tot sense perdre de vista els anteriors punts de vista, per al professional, sovint agafen més importància altres aspectes com: la perícia necessària per portar a terme el procediment, el poder disposar de mitjans adequats, la confiança del pacient en el cirurgià, la col·laboració del personal col·laborador en tots els seus nivells, el coneixement de l'eficàcia del procediment pel problema que es vol solucionar, la creença en la morbimortalitat mínima i, com no, també l'esperança d'una certa autosatisfacció, perfectament comprensible i necessària si es te en compte la duresa física i emocional de la seva tasca.

La societat, per altra banda, directament o a través de la seva representació mitjançant els poders públics democràtics, acostuma a valorar aspectes de caràcter general, centrats en l'equitat, com la indicació de la intervenció, la seva adequació en l'espai i en el temps, és adir que es realitzi en el lloc adequat i en el moment oportú, atenent a criteris de qualitat estructural i tenint en compte principis de prioritització en funció de necessitat, urgència i utilitat. Sense oblidar l'eficiència en el sentit de permetre el màxim rendiment al menor cost, la utilitat per la persona i per la societat en general i el grau de satisfacció que comporta tot plegat en l'individu de manera que li permeti valorar positivament al sistema.

Tots tres grans grups de criteris de qualitat contenen elements de valoració lícits i tots tenen aspectes que cal tenir en compte, però a la vegada, només aquest simple exercici de recol·lecció de paràmetres de rellevància per avaluar la qualitat, que permetria afegir-n'hi d'altres, ens dóna idea de la complexitat d'una valoració conjunta.

Donabedian va dividir els possibles indicadors de la qualitat assistencial en tres grans grups:

- els indicadors d'estructura: es refereixen als mitjans disponibles, tipus d'hospital o centre d'atenció, personal etc.
- els indicadors de procés: tenen en compte els diferents passos que cal seguir per aconseguir un fi determinat. Són especialment útils quan les variacions en l'atenció no modifiquen els resultats de salut o quan la freqüència és prou baixa com per permetre valorar resultats fiables.
- els indicadors de resultat: valoren els aspectes clàssics de morbiditat, millora de la qualitat de vida i supervivència. Els resultats poden reflectir tots els aspectes de l'atenció, incloent l'experiència i l'habilitat de l'operador.

No és infreqüent que encara que l'estructura i els resultats siguin bons, un procés deficient, com pot ser aquell amb mal tracte personal o amb una inadequada informació, espatlli la percepció global de la qualitat assistencial.^{23 24}

Establir un consens respecte als indicadors més apropiats no és una tasca fàcil, d'aquí que, des de principis del mil·lenni, hagin sorgit diverses iniciatives per a valorar la qualitat assistencial a partir d'indicadors.^{25 26 27 28 29} Una de les experiències pioneres, sorgida a la Universitat de Califòrnia ha editat diverses guies que han estat més o menys adaptades a diferents països.^{30 31 32} Com a conseqüència d'aquestes trobades multidisciplinàries de consens s'han creat agències per a la seguretat del pacient, en tots els països avançats.³³ I naturalment la cirurgia, que ha estat un focus d'atenció central en aquests processos, ha començat també a elaborar els seus indicadors específics en diferents circumstàncies.^{34 35}

La gestió del coneixement

Les societats científiques no poden renunciar a participar en l'elaboració i control dels indicadors de qualitat.³⁶ Però tampoc han de deixar de liderar la recerca en tots els seus àmbits: promovent àudits i revisions permanents de com es fan les coses en el nostre àmbit territorial, estimulant tot tipus d'estudis multicèntrics, premiant els millors treballs inèdits i col·laborant a fer-ne difusió, potenciant la màxima participació dels seus socis de tots els nivells i de totes les categories.^{37 38}

Com tampoc poden deixar de liderar la docència, establint els criteris de la formació bàsica, organitzant els cursos d'acreditació en els diferents camps necessaris, oferint les vies adequades per a una formació continuada eficaç i efectiva, aprofundint en l'aprofitament de l'ensenyament electrònic (TIC), facilitant la posta al dia dels professionals en els aspectes més pràctics.³⁹ Seguint els criteris en boga del nostre entorn cultural: des de la unió europea^a fins als programes oficials vigents.^{b 40} (Taula I)

^a Union Européenne des Médecins Spécialistes (U.E.M.S.) (European Union of Medical Specialists). European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)®. European Board of Surgery Qualification (EBSQ). <http://www.uemssurg.org/>

^b <http://www.aecirujanos.es/>

Taula I

Any de residència	Cursos de formació*
R1	Metodologia de la Recerca
	Bioètica
	Gestió clínica
R2	Formes de producció científica
	Cirurgia major ambulatoria
	Infecció quirúrgica
R3	Paret abdominal
	Iniciació pràctica a la cirurgia endoscòpica
R4	Cirurgia endocrina
	Cirurgia de la mama
	Cirurgia esofagogastrica
	Assistència al politraumatitzat
R5	Cirurgia hepatobiliopancreàtica
	Cirurgia colorectal
	Cirurgia laparoscòpica avançada
	Transplantament d'òrgans

* Cursos recomanats en el Programa de formació de metges Interns i Residents de l'Especialitat de Cirurgia General i de l'Aparell Digestiu.

No es pot deixar de banda el desenvolupament de nous projectes que incloguin la formació continuada en habilitats tècniques bàsiques per cirurgians, com l'entrenament amb simulació, però tampoc les encaminades a desenvolupar les habilitats clíniques bàsiques per cirurgians o la formació fonamental.⁴¹ També en la línia més actual cal posar en marxa un programa de formació en les denominades habilitats no tècniques per cirurgians⁴² que inclou la formació en aspectes com: l'avaluació, planificació i coordinació de l'equip, la comunicació i treball en equip consensuant les interaccions, establint una eficient dinàmica de grup, planificant conjuntament tasques complexes i cercant la millor manera de poder realitzar tasques molt precises com les que exigeix la cirurgia sota estrès i pressió temporal.⁴²

Això vol dir establir pautes de conducta al quiròfan, aprendre a manejar l'error i conèixer els principis de la presa de decisions, entrenant en el registre i justificació del raonament, l'evidència científica, la pràctica de l'auditoria i la cultura de la seguretat del pacient i de l'equip quirúrgic complet.⁴³⁻⁴⁴ Tot plegat, aspectes del procés d'indubtable influència en els resultats i, per tant, d'inexcusable posta en marxa davant la creixent complexitat tecnològica que només pot ser aplicable amb seguretat a partir de la implicació de tots els agents sanitaris i socials.

I naturalment, molt lligat a la docència, no es pot perdre el prestigi aconseguit en l'acreditació de l'experiència, impulsant l'establiment d'exàmens de competència professional o en els diferents camps, augmentant l'acreditació de cursos, ajudant a

⁴² NOTSS – Non Technical Skills for Surgeons

generar els criteris de desenvolupament de la carrera professional del cirurgià i facilitant l'accés als diferents nivells d'acreditació individual.⁴⁹ Sense deixar de transmetre els valors de la cirurgia que semblen oblidar-se en les noves generacions.

4546 47

I no cal dir que s'han d'implicar en el control i gestió de les xarxes relacionals en cirurgia no tan sols del nostre país si no a nivell global. La transversalitat és fonamental en un règim democràtic. Si bé l'existència dels partits polítics canalitza les idees i regula la llibertat a través del control del poder legislatiu sobre l'executiu, la utilització del valor que representen les societats científiques com a expertes en camps d'interès general però de complexitat suficient com per no estar a l'abast de tothom, ha de permetre una més gran influència social de les opinions expertes, en bé de tots i al marge d'interessos purament partidistes. Tenint en compte la complexitat de la trama social i sense pretendre usurpar cap dret democràtic ni impulsar cap aristocràcia intel·lectual, sense justificar cap separació de la societat en classes o capes, cap entronització de la desigualtat econòmica ni cap forma forçada de divisió del treball, les societats científiques haurien de ser d'obligada consulta en qualsevol decisió política del seu àmbit de competència.⁴⁸

Fins i tot entre les societats científiques es poden generar contradiccions derivades d'experiències diferents o d'interessos corporatistes diversos que, només a partir del debat crític, en una praxis multidisciplinària imprescindible però també integradora, podem esquivar el perill de caure en l'economicisme monetarista com a únic discurs conductor de la política sanitària.⁴⁹

Pot ser cal recordar les paraules de John Stuart Mill (1806 – 1873): "L'ànim de la pràctica política consisteix en situar tota societat en el major nombre possible de circumstàncies amb tendències beneficioses, eliminant o contrarestant les tendències lesives, fins on sigui possible. Només el coneixement d'aquestes tendències ens dóna aquesta capacitat, al menys fins a una considerable extensió, encara que no tinguin el poder de predir acuradament el resultat conjunt".⁵⁰

Si són aquests o d'altres els paràmetres que regiran l'evolució de la nostra Societat Catalana de Cirurgia, el temps ens ho dirà, però procurarem estar preparats pels previsibles i pels imprevistos, contribuint a l'aptitud de tots plegats i al millor encaix en el medi possible. Sense perdre el fil de l'evolució.

Joan Sala Pedrós

⁴⁹ Tenint en compte les directrius europees: *European Board of Surgery Qualification (EBSQ)*, *Surgical Education*, *Surgical Training*, *Continuing Medical Education (CME)*, *Continuing Professional Development (CPD)*

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Arsuaaga JL. El Reloj de Mr. Darwin. Ed. Temas de Hoy. Madrid, 2009.
- ² Darwin c. L'Origen de l'Home i sobre la Selecció en Relació amb el Sexe. Biblioteca Clàssics de la (ciència). Ed. Científiques Catalanes. Barcelona 1984.
- ³ Moalem S. Survival of the Sickest. The surprising connections between disease and longevity. Harper Collins Pub. London 2008.
- ⁴ Bryson B. Una Breve Historia de Casi Todo. Edición especial ilustrada. RBA. Barcelona, 2006.
- ⁵ Margulis L, Sagan D. Captando Genomas. Una Teoría sobre el Origen de las Especies. Ed. Kairós. Barcelona 2003.
- ⁶ Kaku M. Visiones. Como la ciencia revolucionará la materia, la vida y la mente en el siglo XXI. Ed. Debate. Madrid, 1998.
- ⁷ Kurzweil R. The Law of Accelerating Returns. KurzweilAI.net. March 7, 2001.
- ⁸ Fernández-Cruz L. General Surgery as Education not as Specialization. Llibre Commemoriatiu. Inauguració del Curs 2004-05. Societat Catalana de Cirurgia. Barcelona , 2004: 63-77.
- ⁹ Vanderveen K, Bold RJ. Effect of Generational Composition on the Surgical Workforce. Arch. Surg.; 143 (3). March, 2008: 224-6.
- ¹⁰ Macip S. Immortals, Sans i Perfectes. Com la Medicina Canviarà les Nostres Vides. Llibres a l'Abast. Ed. 62. Barcelona, 2008.
- ¹¹ Schulte PA, Salamanca-Buentello F. Ethical and Scientific Issues of Nanotechnology in the Workplace. Environmental Health Perspectives. Jan, 2007; 115 (1): 5-12.
- ¹² Cox K. Little Science of the Case and the Surgeon. AZ. J. Surg. 2004; 74: 514-5.
- ¹³ Morris PJ. Academic Surgery in the United Kingdom. ANZ J. Surg. 2008; 78: 341-2.
- ¹⁴ Townsend CM. Training the Surgical Scientist: How Can that Be Accomplished?. The Am. Surg. Feb. 2007; 73 (2):171-3.
- ¹⁵ McCulloch P. Surgical Professionalism in the 21st Century. The Lancet. Jan 14, 2006;367: 177-81.
- ¹⁶ Rodríguez-Montes JA. Diagnóstico y Gestión del conocimiento en un Servicio de Cirugía. Cir. Esp. 2006; 80 (2): 72-7.
- ¹⁷ Olson R. Science Deified and Science Defied. University of California Press. Berkeley 1990.
- ¹⁸ Ball P. Critical Mass: How one Thing Leads to Another. Arrow Books. London 2005.
- ¹⁹ Burniston Brown G. La Ciencia, su Método y su Filosofía. Ed. Destino. Barcelona, 1954.
- ²⁰ Bernard C. Introducció a l'Estudi de la Medicina Experimental. Biblioteca clàssics de la (ciència). Edicions Científiques Catalanes. Barcelona, 1983.
- ²¹ Alsina Bofill J, Puig Sureda, tal com jo l'he conegut. Actas de las Reuniones Científicas del Cuerpo Facultativo del Instituto Policlínico. Barcelona, Julio, 1980. Vol XXX: 155-8.
- ²² Stane KC. The Paradox of the Parts and the Whole in Understanding and Improving General Practice. International Journal for Quality in Health Care. 2002; 14 (4): 267-8.
- ²³ Mant J. Process versus Outcome Indicators in the Assessment of Quality of Health Care. Int. J. for Qual. in Health Care. 2001; 13, (6): 475 - 480.
- ²⁴ Mant J. Process versus Outcome Indicators in the Assessment of Quality of Health Care. International Journal for Quality in Health Care. 2001; 13 (6): 475-80.

-
- ²⁵ Khuri SF, Daley J, Henderson W, Hur K, Demakis J, et al. The Department of Veterans Affairs' NSQIP. The First National, Validated, Outcome-Based, Risk-Adjusted, and Peer-Controlled Program for the Measurement and Enhancement of the Quality of Surgical Care. *Ann. Surg.* Oct. 1998; 228 (4): 491-507.
- ²⁶ Matke S, Epstein AM, Leatherman S. The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background. *International Journal for Quality in Health Care.* Sept, 2006: 1-4.
- ²⁷ Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. . *International Journal for Quality in Health Care.* Sept, 2006: 5 – 13.
- ²⁸ MaLoughlin V, Millar J, Matke S, Franca M, Jonsson M, Somekh D, Bates D. Selecting Indicators for Patient Safety at the Health System Level in OECD countries.. *International Journal for Quality in Health Care.* Sept, 2006: 14-20.
- ²⁹ Kelley ET, Arispe I, Holmes J. Beyond the Initial Indicators: Lessons from the OECD Health Care Quality Indicators Project and the US National Healthcare Quality Report. *International Journal for Quality in Health Care.* Sept, 2006: 46-51.
- ³⁰ Guide to Prevention Quality Indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Evidence-Based Practice Center (EPC). University of California - San Francisco. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> October 2001 Version 3.1 (March 12, 2007).
- ³¹ Guide to Inpatient Quality Indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Evidence-Based Practice Center (EPC). University of California - San Francisco. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> June 2002. Version 3.1 (March 12, 2007).
- ³² Guide to Patient Safety Indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Evidence-Based Practice Center (EPC). University of California - San Francisco. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> March 2003. Version 3.1 (March 12, 2007).
- ³³ Borrell-Carrió F. Ética de la Seguridad Clínica. Contribuciones desde la Práctica Médica. *Med. Clin. Barcelona.* 2007; 129 (5): 176-83.
- ³⁴ McGory ML, Shekelle PG, Rubenstein LZ, Fink a, Ko CY. Developing Quality Indicators for Elderly Patients Undergoing Abdominal Operations. *J. Am. Coll. Surg.* Dec, 2005; 201 (6): 870-83.
- ³⁵ Maggard MA, McGory ML, Ko CY. Development of Quality Indicators: Lessons Learned in Bariatric Surgery. *The Am. Surg.* Oct, 2006; 72 (10): 870-4.
- ³⁶ Rogers SO. The Holy Grail of Surgical Quality Improvement: Process Measures or risk-Adjusted Outcomes?. *The Am. Surg.* Nov. 2006; 72 (11): 1046-50.
- ³⁷ Copeland GP. The POSSUM System of Surgical Audit. *Arch. Surg.* Jan 2002; 137: 15-19.
- ³⁸ Boulton M, Maddern GJ. Clinical Audits: Why and for Whom. *ANZ J. Surg.* 2007; 77: 572-578.
- ³⁹ Thoma A, Cornacchi SD, Lovrics PJ, Goldsmith CH. User's Guide to the Surgical Literature: How to Assess an Article on Health-Related Quality of Life. *Can. J. Surg.* Jun, 2008; 51 (3): 215-24.
- ⁴⁰ Parrilla Paricio P, Landa Garcia JI, Moreno González E, Alarco Hernández A, Martínez Rodríguez E, Rodríguez Montes JA, Trias Folch M, López Peña E, Gómez Alonso A, Ortega Deballón P, Cantín Blázquez S. Proyecto de Programa de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. *Cir. Esp.* 2006; 80 (3): 133-44.
- ⁴¹ Moorthy K, Munz Y, Sarker SK, Darzi A. Objective Assessment of Technical Skills in Surgery. *BMJ.* Nov, 1 2003; 327: 1032-7.
- ⁴² Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N, Rowley D. Development of a Rating System for Surgeons Non-Technical Skills. *Medical Education.* 2006; 40: 1098-1104.
- ⁴³ Rebasca P, Mora L, Luna A, Montmany S, Vallverdú H, Navarro S. Continuous Monitoring of Adverse Events: Influence on the Quality of Care and the Incidence of Errors in General Surgery. *World J. Surg.* 10 Dec. 2008; on line.

⁴⁴ Maier RV. What the Surgeons of Tomorrow Needs to Know About Evidence-Based Surgery. Arch. Surg. Mar, 2006; 141: 317-23.

⁴⁵ Crile G. Surgery, in the Days of Controversy. JAMA. Jul 14, 1989; 262 (2): 256-8.

⁴⁶ Thirlby RC. The Top 10 Reasons Why General Surgery Is a Great Career. Arch. Surg. May, 2007; 142: 423-9.

⁴⁷ Brundage SI, Lucci A, Miller CC, Azizzadeh A, Spain DA, Kozar RA. Potential Targets to Encourage a Surgical Career. J. Am. Col. Surg. Jun 2005; 200 (6): 946-53.

⁴⁸ Sitges Serra A. Professi3, pol3tica i societat civil en temps confusos. Annals de Medicina. 2008; 91: 10-12.

⁴⁹ Mumford L. The Culture of Cities. Secker & Warburg. London 1938.

⁵⁰ Mill JS. Sobre la Llibertat. Ed. Laia. Textos filos3fics. Barcelona, 1983.

LA CIRURGIA I LA GUERRA AL TEMPS DE JAUME I

Lluís CIFUENTES i COMAMALA*

Cal que els bons cirurgians acudeixin als Estudis de medicina i a justes i a molts fets d'armes perillosíssims

Enric de Mondeville, *Chirurgia*, llib. II, *Notabilia introductoria*, XXV

Per als cirurgians, la guerra ha estat, històricament, la conjuntura més delicada, però també la més eficient, on exhibir i millorar la tècnica i el valor del saber. Durant el segle XIII, es desenvolupà una societat més mentalitzada a favor d'una medicina regulada i amb garanties, que exigia que la salut fos cada vegada més patrimoni de la col·lectivitat i no de les minories de l'elit, sorgiren escoles de cirurgia, es redactaren tractats acadèmics llatins que inscrivien la cirurgia en la medicina galènica que, per iniciativa d'alguns cirurgians, aviat es traduïren a les llengües vernacles, i es revolucionà a poc a poc l'assistència sanitària que podien prestar aquests pràctics (els únics a l'abast per a la majoria de la població) tant en la vida civil com en la militar. El *Llibre dels fets* de Jaume I, convenientment contextualitzat, aporta dades precioses que il·lustren aquest procés de transició en el món de la guerra, alhora que, durant el mateix regnat, el que seria un dels primers bisbes de València va impulsar un dels tractats més importants de la “nova cirurgia”.

1. L'assistència als combatents al segle XIII

L'Europa medieval va veure sorgir, entre altres novetats, la preocupació pels ferits en la guerra i la creació d'un sistema organitzat d'assistència, tant als exèrcits de terra com a les armades navals. Igual com en el cas d'altres de les novetats en l'àmbit de la salut, Europa recuperava antigues tradicions que havien estat vigents a la civilització grecoromana, i que continuaven vives entre els bizantins i els àrabs. Era una recuperació, però, que bevia en un procés social propi, que s'enriquia amb el contacte amb aquestes dues grans civilitzacions, sobretot l'arabomusulmana.

La guerra era, a l'Europa feudal, una conjuntura freqüent, gairebé una realitat quotidiana, i l'exportació de la violència als seus límits exteriors en forma de croades no la va fer menys present i pròxima. Les croades, de fet, amb el contacte amb bizantins i musulmans que van permetre i amb els gravíssims problemes sanitaris que van comportar, incitaren uns canvis pel que fa a l'assistència sanitària als combatents que, a poc a poc, gràcies a una conjuntura social i mèdica receptiva, es van anar difonent per l'Occident europeu.

* Universitat de Barcelona. Facultat de Filologia. Centre de Documentació Ramon Llull. <http://www.sciencia.cat>. Aquest text és una reelaboració de sengles presentacions efectuades l'any 2008 a la Societat Catalana de Cirurgia i al congrés commemoratiu del centenari de Jaume I celebrat a Gandia, a les actes del qual se'n publicarà la versió extensa.

Una de les traduccions catalanes del *Secretum secretorum*, una important obra d'origen àrab de didàctica política adreçada als governants que va arribar a Europa en dos estadis redaccionals i per dues vies de penetració diferents al llarg del segle XIII, donava consells ben clars al monarca sobre aquesta qüestió:

Com deu anar lo rey en batalla. — Quant seràs en la ost ho en la batalla hordena un çert lloch on puguen la tua gent recórrer a beure si-ls pend[r]ja gran set ho si an fam on puguen menjar. Ages un altre lloch on recorren aquells qui seran nafrats, en lo qual lloch tingues almenys deu bons metges sirurgians, los quals prenguen bona quitaçió e bon sou de tu; e açò serà un clau de amor que metràs en los coratges dels teus soldats, car vehent que han hon poden recórrer de bons metges pus valentment e ab menys paor se metran avant en la batalla. [...] Ten sment, axí mateix, que si sabràs los pous o les fonts de les quals beuen los enemichs, e ab les tues aspies trachtes que y vagen e que y meten verins per coses que cor[r]jopen les aygües, axí com plom e forment e semblants coses, en guisa que mates tos enemichs sens colp e sens farida, car bevent ells de les aygües axí corruptes metràs en ells enfermetat e morran axí tos enemichs sens que tu no y despendràs diner negú...^a

Aquesta versió catalana, però, no és del segle XIII sinó produïda, aparentment, al sud d'Itàlia a principis de la segona meitat del segle XV. El seu text, amb interpolacions com aquesta, ens transmet una realitat pràctica, en l'àmbit que aquí interessa, ben diferent de la coetània de Jaume I.

En efecte, fins molt a finals del segle XIII l'assistència sanitària que els combatents podien esperar durant i després de la batalla, quan existia, tenia ben poc d'organitzada i menys encara d'eficient i instruïda. Els monarques i altres caps militars destacats podien comptar amb els propis metges a sou, habitualment els de cirurgia, que tenien l'obligació d'acompanyar-los a la guerra. L'assistència sanitària que aquests metges prestaven es limitava als seus patrons i, com a molt, als membres de l'elit.

Més enllà d'aquests metges, posseïdors d'una formació valorada, entre la milícia reclutada la presència d'altres individus que practicaven l'ofici quirúrgic —cirurgians i molt sovint simples barbers— no era estranya, per bé que més o menys escadussera i gairebé sempre a títol personal, no estimulada pels organitzadors o comandants de l'exèrcit, i els soldats havien de pagar-se els serveis d'aquests cirurgians quan els necessitaven.

En els exèrcits més preparats, els combatents potser podien comptar amb un lloc a recer, protegit per carros i apartat de la línia de batalla, on tenir a l'abast aigua, vi, menjar i el més elemental material quirúrgic: benes i estopa. Allí podien guarir-se les ferides, rentar-les, refer-se'n i reposar. Per a aquestes accions, generalment havien de valdre's per ells mateixos o de la solidaritat entre ells —com s'exposa al capítol 173 del

^a Ps.-Aristòtil, *Secret dels secrets*, llib. XI, cap. 6, segons la versió del ms. Madrid, Biblioteca Nacional, 1474 (s. XV), ff. 47v-48r.

Libre dels fets, amb la implicació directa del monarca—, de l'assistència de frares o de dones, més que no pas esperar la presència d'algun cirurgià o barber.

En el capítol esmentat del *Libre dels fets*, el rei Jaume, personalment, va tenir cura de la ferida de fletxa que va rebre a la cama el seu oncle, Bernat Guillem d'Entença (o de Montpeller), durant el setge de Borriana. Jaume va extreure la fletxa i va netejar la ferida amb estopa i aigua, i a continuació li va fer embenar. Així és reportat a la crònica reial:

E dix-nos un escuder:

— *Senyor, ferit és Don Bernat Guillem [d'Entença] d'una sageta per la cama.*

E nós dixem:

— *E enviem per estopa a la host e tragam-ne la sageta.*

E faem-ho. E nós mateix traguem-la-li e metem-li de l'estopa ab aigua e faem-li lligar la nafra ab un tros de camisa d'un escuder; e, quan hac lligada la nafra, pregam-lo que es n'entrà's a la host, que nós li daríem consell e l'estalviarem tro ell fos millorat. E ell dix:

— *Senyor, no faré, qui també gorré aquí e mellor que no faria en la host.*

E anc negun ric hom non li venc acórrer si nós no. E vim que ell deïa valor gran, e sofrim-ho.

Un cop efectuats els primers auxilis, el ferit solia traslladar-se a un lloc a recer, a l'host, real o campament, on poder-se recuperar lluny del combat. Tot i que l'evident intenció del capítol és subratllar el valor i la fidelitat d'alguns nobles més pròxims al monarca, i beu en la literatura cavalleresca (vegeu a continuació), transmet una situació ben versemblant, tant per la intervenció del monarca, sobre la que després s'insistirà, com sobre l'existència d'aquests indrets a recer.

Sobre aquests últims, segons la crònica de Lluís VI de França escrita per l'abat Suger de Saint-Denis vers 1137-1143, al gran exèrcit aixecat per fer front a l'atac de l'emperador el 1124

hom proveí també que, on fóra que l'host entrés en combat, sempre que el lloc fos avinent, carros i carretes amb aigua i vi per als combatents fatigats i els ferits fossin col·locats en cercle, com els castells, de manera que aquells als qui les seves ferides els forcessin a abandonar la lluita s'hi poguessin reconfortar bevent i embenant-se ben fort les ferides, perquè, així envigorits, poguessin tornar al combat per tal d'obtenir la palma.^a

^a Traducció catalana a partir de Suger, *Vie de Louis VI le Gros*, éditée et traduite par H. Waquet, Paris, 1929 [reimpr.: Paris, 1964], § XXVIII, p. 226.



Les cançons de gesta escrites a partir de finals del segle XI, transmeten, fins cap al segle XIII, situacions molt limitades a l'autoajuda entre els guerrers i la participació de religiosos i de dones. La més antiga, la cèlebre *Chanson de Roland* (poc abans de 1100), reflecteix un d'aquests episodis quan Rotllan socorre l'arquebisbe Turpi, li treu l'ausberg i li estripa el brial per embenar-ne les ferides que té (estrofa CLXI). A la mateixa obra, els clergues s'encarreguen de recollir els ferits i de transportar-los, i també de sepulturar els morts (estrofes CCXII-CCXIV), per evitar que siguin menjats pels llops, els porcs i els gossos (estrofa CXXXII). A *Girart de Roussillon* (mitjan s. XII) el protagonista és ferit i només té a prop un monjo, del qual exclama que "no hi ha metge semblant fins a Babilònia". A la *Chevalerie Vivien* (o *Covenant Vivien*), de la mateixa datació, un cavaller n'atén un altre de ferit, posa estopa a la ferida i li embena amb el brial. A la *Chanson de Jérusalem* (o *La conquête de Jérusalem*), del s. XII, Jofré de Bouillon fa anar les dames a assistir els ferits del primer assalt a la ciutat. A la *Chanson d'Anseïs, fils de Girbert* (ss. XII-XIII) "els clergues van per tot arreu, a la dreta, a l'esquerra, fins entre les potes dels cavalls; entre els seus braços prenen molts homes que han perdut els sentits i curen molts ferits".

El testimoni d'aquestes obres és d'un gran interès, i ha estat emprat pels investigadors, però cal extremar-hi la precaució i tenir en compte les refaccions posteriors inherents al seu procés de difusió. Així, la cançó *Renaud de Montauban* (o *Les quatre fils Aymon*), datable vers 1195, té una llarga història que inclou reelaboracions a la cort borgonyona del segle XV, cosa que obliga a ser cauts quant a la cronologia correcta de les descripcions de l'actuació dels metges (*mires*) i dels seus mètodes terapèutics durant la guerra.

Certament, però, algunes obres del segle XIII sí que inclouen referències més fiables a la presència de metges entre la milícia. Tant al *Lancelot* com al *Tristany* en prosa (primera meitat del segle XIII) hi ha una certa presència de metges en relació amb situacions bèl·liques o de combats personals. Al primer, els metges són cridats després d'una batalla per atendre Gawain. Al *Tristany*, els *mires* atenen els cavallers que arriben ferits del combat i algun guerrer queda tan mal ferit “ki n'a de mire mestier”. Escrita en un context més meridional, i més sensible a la cirurgia salernitana, la segona part de la *Canson de la Crosada* (vers 1228) esmenta la presència de metges instruïts (“metges sapiens”) en la guerra de setge i potser amb una certa organització al darrere.

Frares i dones solien ser els responsables, amb els propis mitjans, de fer front a la situació posterior a la batalla. Podien disposar de coneixements mèdics empírics més o menys rudimentaris, encara que no cal dir que valuosos en aquell context. D'altra banda, els cirurgians i els barbers que hi hagués a la milícia tampoc no solien tenir coneixements més enllà de l'empirisme, cosa que els va valdre les crítiques radicals dels primers autors i traductors quirúrgics, com ara el bisbe Teodoric o Guillem Corretger.

El recurs a les dones o donzelles per al tractament del cavaller malalt o ferit, encara que difícil de documentar, no devia ser estrany, tant a la reraguarda dels exèrcits com en altres circumstàncies de la vida violenta d'aquells. Alguns testimonis escrits o iconogràfics i també algunes representacions literàries, com ara les cançons de gesta esmentades o el *Lancelot* en prosa, així semblen provar-ho.

A part dels monjos o els frares mendicants que podien acompanyar els combatents, els monestirs podien ser sol·licitats per tenir cura dels cavallers ferits, com il·lustra novament el *Lancelot*; un catàleg de situacions que és la reminiscència d'una Europa sense creació intel·lectual ni assistència mèdica amb garanties més enllà dels recintes religiosos i més concretament monàstics.

Aquest és el panorama que devia donar-se en temps de Jaume I i que en res no és contradit per la imatge transmesa pel *Llibre dels fets*, tot i que convé tenir present —i no sempre es fa— que tant aquest tipus de textos (a cavall entre la història, la literatura i la propaganda) com la documentació oficial conservada tenien objectius diferents dels que sovint ens vindrien de gust: uns i altres són importants tant per les seves declaracions explícites com pels seus silencis.

En aquest sentit, la crònica reial no aporta notícies sobre la presència de metges prop del monarca durant les seves campanyes militars, encara que suposem —només per la datació d'alguns documents— que alguns dels que habitualment eren al seu servei, tant jueus com cristians, que després rebrien importants donacions al nou regne de València, l'hi acompanyaren. De fet, si el capítol 173 respira urgència i improvisació, la narració de la ferida de ballesta al cap del rei (capítol 266), tot i que no l'esmenta en cap moment, deixa entreveure la participació d'un cirurgià. Però hi tornarem més endavant.



Amb les croades sorgiren nous ordes religiosos i militars alhora, amb comeses relacionades amb les necessitats dels que acudien a Terra Santa, ja fossin pelegrins o combatents. La protecció dels pelegrins, la defensa dels llocs que visitaven i l'assistència als pobres, els malalts i els ferits eren els seus objectius fonamentals. D'entre els nous ordes, els hospitalers s'especialitzaren en l'objectiu assistencial, i fundaren grans centres d'acollida a Jerusalem i a Acre, i més tard a Rodes i a Malta. L'altre gran orde, el dels templers, tenia objectius més militars que assistencials, però uns i altres, com a guerrers, posseïen aquells coneixements empírics que els permetien l'assistència sanitària mútua i, d'altra banda, es mostraren molt sensibles als sabers i a les maneres de fer de l'enemic musulmà en aquest àmbit.

Els àrabs, superiors intel·lectualment i pràctica, transmeteren coneixements, obres escrites i idees destinades a tenir una forta influència a l'Occident europeu, en part gràcies a l'activitat d'aquells monjos-soldats. Així, tot i la seva comesa prioritàriament militar, a principis del segle XIV, en el moment de la dissolució de l'orde, els templers posseïen, als seus dominis catalans, alguns exponents importants d'aquests contactes culturals, entre ells la traducció catalana més antiga que tenim documentada del *Secretum secretorum*, i altra literatura tècnica relacionada amb els sabers mèdics i quirúrgics.

Tot i que les notícies d'aquestes obres tècniques són posteriors a Jaume I, convé tenir present, a l'hora d'interpretar l'actuació del monarca en el capítol 173 del *Llibre dels fets*, el lloc on fou educat durant la seva joventut: el castell de Montsó, centre dels dominis de l'orde del Temple a la Corona d'Aragó, que participà activament a la conquesta de València i hi rebé més tard importants donacions.

2. Cap a un sistema organitzat

Empès per aquestes influències exteriors i per les transformacions internes, l'Occident europeu va veure canviar el panorama de la sanitat militar al llarg del segle XIII. Al tombant del segle XIII al XIV són perceptibles, a diferents punts de la geografia de l'Europa llatina, els primers batecs d'un sistema organitzat d'assistència, que a partir d'aleshores aniria esdevenint la norma en tots els exèrcits i també sobre el mar. Des d'aleshores, l'assistència mèdica ja no seria privilegi de les elits sinó cada vegada més patrimoni de la col·lectivitat. L'aparició de la burgesia i l'interès que demostrà per la salut, autèntica garantia del gaudi dels béns terrenals, portà a la creació d'un nou sistema mèdic fonamentat en una medicina racional representada pel galenisme, en la institució universitària i en el model de metge que n'emanava, i es forçà a poc a poc els que quedaven fora d'aquest model a incorporar-s'hi superant exàmens i obtenint llicències per practicar.

Aquestes grans novetats, originades als països de l'arc mediterrani nord-occidental, influïren i transformaren aviat molts àmbits de la vida quotidiana, i aparegueren així el sanejament urbà i els metges contractats per les ciutats per assistir els ciutadans que ho necessitessin, tant si eren a la vila com si anaven a la guerra amb la milícia comunal. No ha d'estranyar que sigui en els exèrcits ciutadans, especialment en els de les zones més conflictives (Itàlia o Flandes), on primer es documenti la novetat del metge cirurgià contractat per al servei comú, ja a la primera meitat del segle XIII, com ho fou Ugo Borgognoni a Bolonya. Al llarg d'aquell segle la presència de sanitaris a les milícies comunals s'intensificà i es diversificà, sobretot a Itàlia.

A finals del segle XIII i principis del XIV els monarques anaven a la guerra amb un important nombre de metges de cirurgia i de metges de física o físics —els graduats universitaris, experts en el galenisme i en la biologia aristotèlica—, i també d'altres individus amb comeses sanitàries sobre els humans i sobre els animals (barbers, apotecaris i manescals). La documentació informa que són els metges i sanitaris del rei i no és gens explícita sobre l'abast social de la seva pràctica al camp de batalla. Les campanyes dels reis anglesos contra Escòcia i Gal·les d'aquells anys forneixen dades importants. Els exèrcits francesos també comptaren amb personal sanitari, entre el qual el mateix Henri de Mondeville, autor quirúrgic de gran talla.

A la Corona d'Aragó, a partir del segon quart del segle XIII, es documenta la presència d'alfaquins i torsimanyans jueus, que també eren metges, en el seguici militar de Jaume I durant les conquestes de Mallorca, València i Múrcia. Així, Bahiel Alcostantini acompanyà el comte Nunyo Sanç de Rosselló a la conquesta de Mallorca (1229-1232), probablement participà en el setge de València (1238) i fou present en el primer setge de Xàtiva (1240-1241). Salomó Alcostantini, germà de Bahiel, acompanyà el rei a la conquesta de Mallorca i, possiblement, també als setges de València i Xàtiva, i Astruc Bonsenyor l'acompanyà a la campanya de Múrcia (1265).

Per altra banda, al setge de Llutxent (1249) Jaume sembla que va comptar amb el seu cirurgià Baldoví de Baldoví. Més tard, les actuacions militars de Pere el Gran a Sicília (1282), en el setge d'Albarrasí (1284) i en la defensa del Principat contra la croada francesa (1285) aporten noves dades en aquest sentit.



Durant el regnat de Jaume II la documentació conservada és més rica en informació, segurament perquè els canvis s'acceleraren. El rei marxà contra Almeria l'any 1309 amb una important comitiva sanitària que reflectia totes les funcions mèdiques. No es tractava només dels sanitaris al servei del rei sinó d'un nodrit nombre d'altres individus reclutats per a l'ocasió a iniciativa de l'organització de la campanya i com a element integrant d'aquesta. L'abast social de la seva actuació anava clarament més enllà del rei i el seu cercle. Ho prova el sistema de pagament dels sanitaris, especialment els cirurgians, que llavors apareix o almenys transcendeix a la documentació per primera vegada, consistent en la cessió d'un dia de soldada per part de les hosts que desitgessin accedir als seus serveis. Semblava talment com si els consells presents en aquella versió catalana del *Secret dels secrets* fossin ben presents a la ment del rei i dels seus comandants.

Aquesta gran preparació no impedí un desastre sanitari aparentment important, i significativament magnificat per la literatura àrab. Aquests desastres, i aquesta reacció del contrincant musulmà, foren freqüents durant les croades. La vuitena i última havia acabat precisament així l'any 1270, davant els murs de Tunis, i amb el mateix Lluís IX de França com a víctima de la situació epidèmica, de la mateixa manera que el 1285 una altra croada, ara dels güèlfs francesos contra la gibel·lina Corona d'Aragó acabaria amb la mort de Felip III en les mateixes circumstàncies, que segons Dante *mori fuggendo e disfiorando il giglio* (*Divina Commedia*, Purgatorio, VII.105).

Aquests desastres, més enllà de la tragèdia humana, constituïen autèntiques debacles per a la hisenda i per als interessos polítics dels organitzadors dels exèrcits i les motivacions econòmica i política no tingueren poc pes en la recerca i consolidació d'un sistema amb garanties que pogués evitar aquells fracassos. Les campanyes sardes de la Corona d'Aragó durant el segle XIV en són un bon exemple.

La temptativa autoritària de Pere III i el sentit organitzador propi de la seva personalitat es manifestaren, a mitjan segle XIV, en un sistema sanitari més racional i dirigit. Les campanyes militars que acabaren amb el regne de Mallorca creat per Jaume I (1343-1344) portaven una quantitat important de sanitaris, però aquesta vegada a sou directe del fisc reial. Aquest canvi racionalitzador fracassà com la temptativa política del monarca, i en els conflictes bèl·lics posteriors es tornà al sistema tradicional d'un dia de soldada. El rei, però, donà un paper preponderant al seu metge major, que fou comissionat per a la selecció del personal sanitari que havia d'acompanyar l'exèrcit a Sardenya el 1354. Igualment, en les campanyes de Pere III els metges foren proveïts de tendes en les quals s'intueix el germen dels hospitals de campanya —ja assajats pels ordes militars— més tard tan lloats pels cronistes a la guerra de Granada. Els estrets contactes entre la Corona d'Aragó i Castella, esdevinguts més íntims encara a partir del Compromís de Casp (1412), comportaren una assimilació de les pràctiques en tot el que fa referència a la sanitat militar, ben visible a Granada, que després seria transmesa a Europa pels terços de Flandes.

A l'Europa dels segles XIV i XV els manuscrits il·lustrats, especialment els literaris i d'història, no deixen de reflectir aquestes novetats. Tornem, però, al segle XIII.

3. Cap a una nova cirurgia

Paral·lelament a l'aparició d'un nou sistema mèdic a l'Europa llatina dels últims segles medievals, i d'una organització sanitària clara als exèrcits i a les armades navals, es dona un canvi importantíssim en la creació escrita i en la difusió del coneixement, pel que aquí interessa del coneixement mèdic i més concretament quirúrgic. A partir del segle XIII, sobretot de les últimes dècades d'aquell segle, la llengua de la universitat, el llatí, que fins aleshores havia dominat en exclusiva aquells àmbits, va haver-los de compartir amb les llengües parlades, dites vernacles o vulgars.

Molt significativament, aquesta emergència de les llengües vulgars va afectar de forma ben primerenca i sobretot continuada els tractats de cirurgia, redactats en llatí a les escoles italianes dels segles XII i XIII i a França durant el segle XIV. Tots ells foren traduïts al vulgar, a tots els vulgars d'Occident.

Els manuals de cirurgia havien aparegut, a l'Occident llatí, a finals del segle XII, però va ser durant el segle XIII que experimentaren dues transformacions fonamentals: una relativa al contingut, l'altra a les vies de difusió. La primera tradició quirúrgica, produïda a de l'entorn de l'anomenada Escola de Salern, bevia de la tradició antiga i, en part, àrab, i sobretot de l'empirisme pràctic, que era llavors portat a la lletra escrita per primera vegada... en l'única llengua en què en aquell moment era concebible escriure una obra tècnica, el llatí.

A aquesta primera tradició pertanyen els tractats de Roger Frugardo, també dit de Parma o de Salern (c. 1180), Roland de Parma (c. 1240) i el conegut com Glosses dels Quatre Mestres, que recull i comenta les dues obres anteriors (mitjan s. XIII).

A partir de mitjan segle XIII, al voltant de les escoles de medicina del Nord d'Itàlia, aparegudes en un ambient urbà i burgès i a l'entorn de les naixents universitats, s'elaborà el que s'ha qualificat de "nova cirurgia". Nous i importants textos àrabs (Albucasis) i, sobretot, una nova perspectiva que buscava inserir la tècnica manual en la doctrina mèdica (galenisme) que triomfava a les universitats, informaren els tractats de Bru de Longobucco o Longoburgo (1253), Teodoric Borgognoni, també anomenat de Lucca o de Cervia (vers 1265), i Guillem de Saliceto (1276), aquests dos últims amb un procés d'elaboració llarg i complex. A finals del segle XIII, les lluites entre güelfs i gibel·lins van fer exiliar-se a França Lanfranc de Milà, on elaborà un nou manual (1296) que marca la difusió extraitaliana d'aquella "nova cirurgia", i on destacarien autors com Enric de Mondeville (1306-c. 1320) i Gui de Chaulhac o Chauliac (1363).

Tots aquests autors escrivien en la llengua consagrada per la tradició i de seguida també per l'acadèmia, el llatí. Aquesta opció, lògica a l'època, es va manifestar aviat com un greu problema per arribar al seu públic, que no estava constituït només pels qui vivien de la pràctica de la cirurgia (cirurgians i barbers) sinó també pels no metges (nobles i burgesos) que desitjaven tenir a mà aquests coneixements pràctics que, en forma escrita i sobretot si pertanyien a la "nova cirurgia", generaven prestigi. Així fou com, ja durant el segle XIII (i sobretot durant el XIV), aquests manuals foren traduïts i adaptats a les llengües vernacles o parlades, molt més assequibles tant per uns com per altres.

La literatura de creació, que començava a omplir l'oci dels feudals i els burgesos, oferiria els models a seguir. El primer d'aquells manuals quirúrgics, l'escrit vers 1180 per Roger Frugardo a l'entorn de l'anomenada Escola de Salern (*Practica chirurgie o Rogerina*), fou objecte de seguida, abans de 1209, d'una traducció a l'occità que té la particularitat d'estar confegida en vers. L'autor de la traducció, Raimon d'Avinhon, l'adreça explícitament als nobles combatents necessitats d'una guia tècnica que complementi els seus coneixements empírics. Aquesta traducció en occità circulà també per Catalunya i hi fou, de fet, el primer text quirúrgic que hi devia circular en vulgar: l'únic manuscrit que la conserva fou copiat a Catalunya a finals del segle XIII. L'ús del vers facilitava la memorització en un context bèl·lic on no sempre era possible tenir el llibre a mà, però també en un context sociocultural a mig camí entre l'oralitat i l'escriptura i habituat a la poesia trobadoresca i a les cançons de gesta.

Els autors de la primera literatura culta en vulgar d'Occident, els trobadors, van tenir un paper destacat i segurament demandat en la difusió d'aquests coneixements en la llengua parlada. Raimon d'Avinhon sembla identificable amb el trobador homònim, que també fou metge, de la mateixa manera que un altre trobador, Daude de Pradas, elaboraria un compendi en vers de falconeria adreçat al mateix tipus de públic i també difós a la Catalunya medieval.

Però aquesta difusió no es limità a les obres en vers. Aviat se'n van fer versions en prosa, i Roger fou un dels primers objectius dels traductors i del seu públic. Interessa destacar-ne aquí una de les traduccions occitanes en prosa, gens estudiada fins fa poc, que tot i ser llenguadociana ha estat transmesa en una versió en la qual, novament, els trets catalans són evidents. Aquesta particularitat s'explicaria per una circulació a Catalunya durant la segona meitat del segle XIII.

En tots dos casos, els manuscrits supervivents no tenen cap luxe, però en alguns altres de datacions pròximes és evident l'afany d'ostentació d'uns adinerats comitents nobiliaris o burgesos, com ara en alguns testimonis de les traduccions en francès.

D'entre les obres quirúrgiques que circularen en català destaquen les dues traduccions de la *Chirurgia* de Teodoric Borgognoni, elaborades en la primera dècada del segle XIV. Es tracta d'una de les obres quirúrgiques més representatives d'aquella "nova cirurgia" i a través d'aquelles traduccions va arribar a tenir un paper de primer ordre en la formació dels cirurgians catalanoaragonesos del segle XIV. L'existència d'aquestes traduccions tan primerenques (fetes només 40 anys després de l'original) és deguda a la demanda social, però també a les circumstàncies de producció de l'obra original, estretament relacionades amb l'àmbit catalanoaragonès, en aquest cas amb València.

El dominicà català Andreu d'Albalat (mort el 1277), de qui fra Teodoric havia estat capellà a la penitenciaría apostòlica, i en va conèixer l'interès per la cirurgia, el va empènyer a redactar un manual, i li va sol·licitar insistentment que li'n trametés una versió corregida i completa a la diòcesi que tot seguit (1248) li havia estat encomanada: la València tot just conquerida. Teodoric, quan ja era bisbe de Bitonto (1262-1266), el satisféu i li dedicà l'obra en un bell prefaci que li adreçà en forma d'epístola:

A l'honorat pare e amich molt car e noble baró, a N'Andreu, per la gràcia de Déu, bisbe de València. Frare Thederich, d'aquela mateixa paciència [=orde], de la esgleya dels Betons [=Bitonto] ministre no digna. La obra desygada lonch temps a vós tramet. O pare molt car, estans ensems sa enrera en la cort de Roma, en aquel temps que jo era vostre capelà e penitenciari del senyor Papa, vós me pregàs molt desiyadament que jo a vós alsunes coses de la art de medicina e de cirurgia, ço és assaber, amagades e no explanades e de los antichs dites no acabadament, sobre assò faent .I. libre segons lo dictament del senyor maestre Hugo de Luca, baró en la devant dita sciència molt savi, declaradament escrivís he breument esplanàs. Jo, emperò, volent en partida e si no en tot, satisfer als desigs vostres, adonchs lo libre componí, lo qual, en aquell temps, enaxí con ben conagués no acabat e no corregit, per zo con no pogués aturar ab vós, en Espanya portàs. E-n après, per molts misagges demanàs, per espesses lettres, que a vós aquel matex libre tramesés esmenat, complits los defalimens d'aquel, la qual cosa molt he trigat a fer. Mas are, quant me acost a vayllea, appellada l'ajuda de nostro senyor Jesuchrist, qui és maestre sobiran de la art de cyrurgia, d'aquela totz los secrets posada tota enveya, vos ho manifest obertament. Donchs, pare molt car, regeb aquesta obra poca per voluntat e molt gran per forces. Mas cor jo esteguí poch de temps ab lo devantdit maestre Ugo, e no puxí veer ni retenir complidament les molt beneventuroses e esprovades cures sues, per amor d'assò hauré cura d'acabar en aquesta part lo meu libre, acabat per mon propi provament he de los antichs, e mayorment per Galièn, lo qual nós avem sabut que en neguna cosa s'i desacordàs ab lo demontdit noble baró maestre Ugo...^a

Destaquen les referències a Ugo de Lucca, el seu pare i mestre, i que hem citat abans al servei del comú i dels exèrcits de Bolonya; i a l'obra de Galè (i al galenisme) com a puntal de la seva.

Albalat, com el mateix Teodoric, són típics representants de l'alt clergat il·lustrat del segle XIII, amb una profunda preocupació per la filosofia natural i la medicina escolàstica, com ho foren també Pere Hispà (Joan XXI) o Albert el Gran, entre molts altres. Aquest vessant és força menys conegut en qui, d'altra banda, va ser una figura molt destacada de l'Església i de la política durant el regnat de Jaume I, de qui va ser canceller i confessor.

La primera i més important d'aquestes traduccions catalanes fou elaborada pel cirurgià Guillem Corretger, ja esmentat abans, amb el propòsit clar de millorar la formació dels qui practicaven la cirurgia en els dominis de Jaume II, tant a la vida civil com a la guerra. Corretger, llavors ben jove, fou, precisament, un dels cirurgians que acompanyaren Pere

^a Teodoric Borgognoni, *Cirurgia*, pròleg, segons el ms. París, Bibliothèque Nationale, Esp. 212 (mitjan s. XIV), f. 1r^o.

el Gran al setge d'Albarrasí de 1284. La demanda existent, explica l'aparició, gairebé al mateix temps i, sembla, que en els mateixos cercles de cirurgians, d'una altra traducció, en aquest cas anònima, però corregida vers 1310-1311 per un metge universitari, Bernat de Barriac, llavors al servei de Jaume II de Mallorca. Una i altra són testimonis fefaents de l'evolució d'un procés que s'havia iniciat durant el segle XIII.

Als països de l'arc mediterrani nord-occidental la cirurgia, representada en textos com els que hem vist i altres, va formar part dels currículums universitaris (N d'Itàlia, Montpeller, Lleida). Corretger, per exemple, va traduir l'obra de Teodoric mentre estudiava i impel·lit pel contrast entre l'ambient acadèmic que observava i la realitat pràctica que coneixia.

Les obres quirúrgiques i també mèdiques en vulgar esdevingueren aviat objectes cobdiciats pels barbers i els cirurgians, que n'estimularen o en protagonitzaren les mateixes traduccions, i formaren part de les seves biblioteques. Hi van veure guies tècniques i teòriques valuoses, que milloraven la seva formació i els capacitaven per passar els exàmens i aconseguir les llicències que se'ls exigia. Però al proporcionar-los accés als coneixements universitaris cada vegada més valorats per la seva clientela, sobretot per la més adinerada, hi van veure també una eina ideal que els facilitava la promoció social.

La guerra, conjuntura freqüent i delicada per als governants, constituïa la millor escola pràctica per als cirurgians, especialment per als joves i inexperts, que no disposaven encara d'una posició i una clientela estables. La profusió de casos, fins i tot els més complicats, impensable en la vida civil, oferia les millors possibilitats per exercitar-se i també per a experimentar. Alguns manuals quirúrgics ho visualitzaven amb la il·lustració de l'"home ferit", útil per a l'aprenentatge de la casuística i de la terminologia.

Els desastres sanitaris tan freqüents a les expedicions militars medievals estimularen la creació d'un sistema organitzat en el qual la presència de físics, experts en les ciències mèdiques i naturals, no fos negligida. Pot dir-se que les epidèmies de pesta estimularen el desenvolupament del sanejament urbà a l'Occident europeu de la mateixa manera que les "pestilències" que acabaven amb exèrcits sencers esperonaren el d'un sistema sanitari organitzat al si de la milícia.

Els autors mèdics no menysprearen l'oportunitat de redactar obres especialitzades sobre la sanitat militar. En són exemples destacats el regiment per a pelegrins i soldats escrit per Adam de Cremona arran de la croada de Frederic II (*Regimen iter agentium vel peregrinantium*, 1227) i, sobretot, el que va escriure Arnau de Vilanova per a Jaume II quan el va anar a visitar al peu de les muralles d'Almeria (*Regimen Almarie*, 1310). Aquestes obres posen l'èmfasi en l'elecció del lloc més adequat per als campaments, les condicions de les marxes, el reconeixement de l'aigua que és potable i les condicions higièniques, aspectes als quals en part i estratègicament ja al·ludia el *Secret dels secrets*.

4. Dards i fletxes

Però els cirurgians i els barbers, que eren els realment pròxims a la gran majoria dels combatents (i de la població en general), era a les nafres, a les fractures i a les luxacions que havien d'enfrontar-se. Les fletxes, en particular les barbades, i sobretot els dards de ballesta, per la seva capacitat penetrativa i dificultosa extracció, causaven les nafres més temibles, que els cirurgians van haver d'afrontar amb enginy i experimentació, com més endavant farien amb les ferides d'arma de foc. Els relats i les il·lustracions, tècniques o no, que ens han pervingut són testimoni d'aquestes dificultats i dels sistemes inventats per superar-les: des de fletxes que havien de ser extretes pel costat oposat al que havien entrat fins a l'ús de tenalles i fins i tot de ballestes armades per aconseguir arrencar els dards més resistents, que a vegades havien de deixar-se a lloc.

Les hemorràgies, la gangrena i també les ferides al cap solien portar al més greu pronòstic. El 1238, Jaume I, a l'exposar-se a tret de ballesta davant les muralles de València i rebre l'impacte només lateral d'un dard, va tenir sort. Ho explica així al *Llibre dels fets* (cap. 266):

E nós, que ens tornàvem ab los hòmens, volvem-nos contra la vila a esguardar los sarraïns, que havia la companya gran defora; un ballester tirà'ns e de part lo capell de sol e el batut donà'ns en lo cap ab lo cairell, prop del front. E, Déus que ho volc, no traspasà lo test, e eixí'ns bé a la meitat de la testa la punta de la sageta. E nós, ab ira que n'haguem, donam tal de la mà en la sageta, que trencam-la; e eixia'ns la sang per la cara enjús, e ab lo mantell de sendat que nós aduíem torcàvem-nos la sang, e veniem rient per tal que la host no se n'esmaiàs. E entram-nos-en en un reial en què nós posàvem, e engrossà'ns tota la cara e els ulls, sí que de l'ull de la part en què nós érem ferit no poguem veer per quatre o per cinc dies. E, quan la cara nos fo deximflada, cavalgam per tota la host, per tal que la gent no fos tota desconhortada.

El projectil no va afectar el crani ni hi va penetrar per l'ull, sinó que va passar sota la pell des del front fins al lateral del cap. Ell mateix se'l va poder arrencar, sense que calguessin els sistemes complicats i dolorosos que transmeten les fonts.

Tot i que no s'hi fa cap referència explícita, la narració permet suposar la participació d'un cirurgià. Si així fou, molt probablement es tractaria del cirurgià del rei, Baldoví de Baldoví. Fos qui fos, va haver de fer front només a la nafra oberta i a la inflamació, possiblement produïda per la teoria del *pus bonum et laudabile*, llavors vigent (defensada per Roger però condemnada per Teodoric), segons la qual calia afavorir la formació de pus, suposat responsable del guariment de la ferida, i deixar que la natura l'eliminés. Teodoric s'enfronta amb escepticisme a aquesta teoria:

No és mester que pos hom cala en lo cap de la custura, enaxí con fan posar los fols metges; e sinó en alcun cas, axí con en lo primer libre avem dit, no devem engendrar brach en les naffres axí con Roger e Rotlant o escriviren e moltz dexebls d'aquells ho ensenyaren, e a penes tots los cyrurgians d'aquest temps o esguarden, que volen engendrar brach en les naffres, cor aquesta és la mayor error qui pusca ésser cor no és altra cosa sinó empatxar la natura e la maleutia perlongar e vedar l'enviscament e lo consolidament de la naffra, e deformar lo membra e empatxar lo cuyrament de la naffra. E ço que és peyor als metges fols fan tant ab lurs cures que moltes de vegades les naffres planes s'encranquexen e les pregones naffres s'i enfiestolexen, la cal cosa a tart pot esdevenir si no per lo mal curament de la cura e per la gran oradura dell metge. E aquell qui gardarà sàviament a-quest libre, lo qual he entitolat Fylla de príncep, gran partida d'aquestes coses que en los cyrurgians d'aquest temps són escrites porà meynsprear per auctoritat de los antichs e per rahó molt manifesta e per la present doctrina. Emperò, yo creu que nós aram en l'arena, ço és, trebayllam emvan, cor per tot assò no-s departexen de les errós; e greu cosa és jaquir les coses acustumades. E per aventura, axí-s cové que aquells qui persaveren en lur error los lex hom errar en lur folia.^a

La ferida al front narrada al *Llibre dels fets* va servir, a mitjan segle XIX, per identificar el suposat cap momificat del rei d'entre les despulles reials recuperades del saqueig que el panteó de Poblet va patir després de l'exclaustració de 1835. Un dels primers investigadors que se'n va fer ressò fou l'historiador de la literatura George Ticknor (1849), segons el qual les restes del rei estaven tan ben conservades que un pintor n'hauria pogut extreure un esboç de la seva fesomia.

El 1856, arran de l'erecció d'un nou sepulcre a la catedral de Tarragona, s'efectuà una fotografia d'aquest cap, que fou publicada per Miret i Sans (1902) i que reproduïm aquí. Aquest daguerrotip ofereix un testimoni gràfic colpidor, que, aparentment, avala el de la crònica tant com ho podria fer el millor document.

S'hi pot observar una cicatriu important sobre la cella esquerra i, segons testimonis que van poder tornar a veure el cap durant el trasllat a Poblet de 1952, en té una altra sobre l'orella. És exactament la trajectòria que descriu la crònica reial: "donà'ns... prop del front... e eixí'ns bé a la meitat de la testa".

^a Teodoric Borgognoni, *Cirurgia*, llib. II, cap. 14 ("De qualche-t plàcia naffra en lo cors, e en carn tan solament, universalment"), segons el ms. París, Bibliothèque Nationale, Esp. 212 (mitjan s. XIV), f. 25^{ap}.



La narració d'aquesta ferida, per real que fos, té una intenció buscada en la construcció d'una determinada imatge mítica del monarca i s'emmiralla, com l'altre passatge de la crònica esmentat abans, en episodis similars de la literatura cavalleresca. Així, per exemple, a la *Chanson de Guillaume* (primera meitat del s. XII) Vivien, durant una batalla contra els sarraïns, és ferit per una fletxa i se l'arrenca ell mateix.

Per altra banda, l'actuació de Jaume I admet paral·lelismes amb altres casos de reis cèlebres ferits per aquest tipus de projectils, sovint mortals. Recordem, a manera de cloenda, el d'un altre gran rei medieval, potser encara més mític que Jaume I, Ricard Cor de Lleó, que 40 anys abans no va tenir tanta sort.

A finals de març de 1199, havent-se acostat a les muralles del castell llemosí de Chastlús (fr. Châlus) i desafiant imprudentment els seus defensors a què el toquessin amb els seus projectils, finalment un dard va clavar-se-li a l'espatlla, prop del coll. En aquest cas, les fonts expliciten la presència d'un cirurgià (qualificat de "carnisser" per algunes). A la tenda del rei va poder extreure el dard, que havia causat una ferida molt més perillosa, però aquesta va gangrenar i no va poder evitar la mort del monarca, que d'altra banda es va demostrar un pacient insensat. És especialment detallat el fiable relat del monjo Ralph of Coggeshall (m. vers 1227) al *Chronicon anglicanum* elaborat a partir d'un testimoni directe del setge, probablement el mateix almoiner de Ricard. Segons aquest cronista, el dard

va tocar el rei a l'espatlla esquerra, prop de les vèrtebres del coll, perquè el tret es desvià cap enrere i es clavà en el costat esquerre en el moment en què el rei s'inclinava cap endavant, però no pas prou, per col·locar-se a recer de l'escut rectangular que hom portava davant d'ell. [...] Va tornar al seu estatge, que era a prop. Allà, volent-se arrencar-se la fletxa del cos, en trencà la fusta; però el ferro, que feia un pam de llargada, es quedà a dintre. Mentre el rei era ajagut a la seva estança, un cirurgià, de la infame casa del molt impiu Mercadier, incidint el cos del rei a la llum de torxes, li va infligir ferides greus i mortals. No va poder trobar fàcilment el ferro, enfonsat com estava en aquell cos tan corpulent; i quan el va haver trobat no el va poder extreure sense fer molta força. S'hi van aplicar acuradament medicaments i emplastres; però tot seguit, les nafres que li havien fet van començar a empitjorar i a ennegrir, i a inflar-se molt de dia en dia, fins a provocar la mort, comportant-se el rei amb incontinença i sense fer cas de les prescripcions dels metges. [...] i així, el 6 d'abril, és a dir, l'onzè dia després d'haver estat ferit, havent estat ungit amb el sant oli, al capvespre, va morir...^a

La providència divina, que tan bé sap fer treballar Jaume al seu llibre, possibilità la supervivència d'un monarca predestinat a grans gestes, però l'habilitat i els coneixements del cirurgià anònim i silenciats segurs que l'ajudà; un cirurgià que era testimoni, i potser part, d'una transformació fonamental en la cirurgia que portaria a una dignificació de la professió, en la qual transformació els manuals divulgats en les llengües parlades i l'experiència obtinguda en temps de guerra van ser ben útils.

Lluís Cifuentes i Comamala

^a Traducció catalana a partir de J. Stevenson (ed.), *Radulphi de Coggeshall Chronicon Anglicanum...*, dins *Rerum Britannicarum Medii Aevi Scriptores, or Chronicles and memorials of Great Britain and Ireland during the Middle Ages [= Rolls Series]*, vol. 66, Londres (etc.), 1875, pp. 95-96; i de J. Flori, *Richard Cœur de Lion: le roi-chevalier*, París, 1999, pp. 244-246.

DISCURS DE COMIAT

Presidència de la Societat Catalana de Cirurgia

A. Sitges-Serra

Dijous, 15 d'Octubre de 2009.

Amfiteatre Gimbernat. Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

Apreciats socis, col·legues, amics,

Fa quatre anys, en aquesta mateixa sala, rebia d'en Laureano Fernández Cruz la medalla de president i, amb ella, la responsabilitat de presidir la Societat Catalana de Cirurgia. Per no dir allò de "com passa el temps"! podria dir el mateix citant el "*lo nuestro es pasar*" de Machado o donar la, no menys culta, versió de Heidegger que va dir que el temps és la mateixa essència de l'ésser. Dit d'una manera més prosaica, avui deixo el càrrec de president i passo a ser un soci més.

No em sembla gaire oportú fer balanç d'aquest període perquè si hagués de repassar amb vosaltres aquests darrers quatre anys de la Societat Catalana de Cirurgia podríem estar aquí fins demà al matí i si ho resumeixo en 10 minuts no faré justícia a la feina feta entre tots. El que si faré es re-avaluar l'eficàcia dels principis genèrics d'actuació que en forma de cinc "ès" vaig presentar en el meu discurs de presa de possessió: exigència, equilibri, estudi, ètica assistencial i ecologia.

Hem avançat en el procés sempre inacabat de l'autoexigència. Les votacions pel premi Corachan, el procés rigorós que hem seguit per a la selecció de les comunicacions als nostres congressos, l'assignació de funcions específiques a cadascun dels membres de la Junta han estat passes decisives en aquest terreny. I n'han de seguir d'altres per tal d'enfortir-nos professionalment i progressar en l'escala del respecte social.

A casa nostra encara ens podem fer cirurgians sense passar un sol examen de postgrau, sense doctorar-nos i sense recertificacions periòdiques. Això fa que la dinàmica d'estudi adquirida durant la carrera corri el risc de perdre's. Per aquest motiu la nostra Societat ha de seguir estimulant la formació continuada. Les iniciatives en el terreny de l'estudi crec que han donat els seus fruits. Si comptem les reunions extraordinàries i els cursos per a MIR, veiem que el nombre d'activitats acadèmiques de la nostra societat s'ha incrementat substancialment. Les actualitzacions segueixen sent un punt fort de les nostres reunions mensuals i hem introduït les sessions bibliogràfiques per tal d'estimular la lectura i el debat.

Em sembla que també hem avançat en l'equilibri entre les diferents sensibilitats existents en la nostra Societat. La representació dels MIR a la Junta Directiva, la representació de la creixent feminització de la cirurgia, l'acord amb els successius organitzadors de les Jornades dels Serveis de Cirurgia, són avui fets incontestables i irreversibles, que mostren major voluntat i capacitat integradores.

Sobre ètica i responsabilitat assistencial hem fet també passos endavant. Varem aprovar un document sobre les sessions de morbiditat i mortalitat que hauria de guiar els serveis de cirurgia en el registre i la discussió oberta dels efectes adversos de la cirurgia. Hem incorporat una sessió de mortalitat al nostre calendari anyal i hem escrit una editorial a *Cirurgia Española* i dos articles periodístics sobre el tema. Hem endegat dos projectes prospectius en qualitat assistencial que han mobilitzat les dues terceres parts dels serveis de cirurgia catalans.

En quant als avenços en el camp de l'ecologia quirúrgica sóc més pessimista. Cada cop invertim més diners, més temps de quiròfan i més material contaminant per obtenir guanys més limitats i controvertits. Estem en una posició d'alt risc en l'asímtota sanitària que confronta recursos esmerçats i beneficis obtinguts. La línia divisòria entre tecnologia i tecnolatria es va difuminant i també s'esfilagarsa la línia entre evidència científica i l'agressivitat de la indústria. En front de l'ofensiva del lobby mèdico-industrial ens cal com mai desenvolupar un esperit crític que destrüi la raonabilitat de l'impacte mediàtic i el discurs científic dels interessos crematístics.

Si en els terreny de les cinc "ès" hem assolit fites de les quals podem estar-ne satisfets, dues qüestions han resultat per a mi especialment frustrants (o frustrades!) durant aquesta presidència: el nostre desinterès per a organitzar-nos de cara a millorar els honoraris que ofereixen les mutualitats i la mort per cansament d'una iniciativa que va néixer amb força a primers dels 2000 de la mà del col·lectiu de caps de servei. M'estic referint a la reorganització de les urgències quirúrgiques a Catalunya. En el primer cas, és obvi que els interessos dels cirurgians més involucrats en la pràctica privada a Catalunya divergeixen i que prefereixen la negociació individual, col·legial o, en alguns casos, empresarial, a la negociació com a societat professional. Necessitarem, doncs, una voluntat col·lectiva més decidida, més unió i menys ingenuïtat de la nostra part, si volem realment progressar en aquest camp.

En el cas de la reorganització de les més de 50 portes obertes de cirurgia d'urgències al nostre país, la SCC va donar suport a la iniciativa dels caps de servei, però aviat ens varem adonar que el procés quedaria aturat en quant s'haguessin de prendre decisions de rellevància.

En aquest punt, els caps de servei van deixar el tema en mans de l'administració de la qual només es podia esperar el que ha succeït: una llarga demora per refredar i desactivar el procés, una negociació a les nostres esquenes amb els gerents implicats i, finalment, una absoluta manca d'iniciativa política que ha deixat les coses igual que estaven, es a dir, pitjor. L'equipament adequat en recursos materials i humans de les urgències i la qualitat assistencial han estat subordinats al clientelisme, versió actualitzada del caciquisme electoralista del segle XIX, i un dels punts més febles de la nostra democràcia. En aquest punt potser que us recordi la vigència de "*El árbol de la ciencia*" de Pío Baroja, per aquells que busquin les arrels històriques i antropològiques de la partitocràcia vigent, narrades per un metge i alhora novel·lista genial.

De totes maneres, aquest fracàs ens ha de dur a esbrinar quina part de la culpa és nostra. Com deia Gadamer, “la culpa no és només de l’altre”. El primer anàlisi que cal fer és qui anomena i què són en l’actualitat els caps de servei de cirurgia. Heus ací un tema interessant que és motiu continu de xafardeig i aviat ho serà de mofa si no en fem un debat explícit. El que és clar, és que la participació en aquest camp, ni que sigui a efectes de mera observació, de la Societat Catalana de Cirurgia, ha anat minvant. Només s’ha requerit un representant nostre, en un dels més d’una dotzena de nomenaments de nous caps de servei en els darrers quatre anys. Abans es deia, “*fulanito* ha guanyat la plaça”, ara diem “al *fulanito* li han donat la plaça”. Són girs del llenguatge que, com sempre, tradueixen transformacions substancials de les pràctiques polítiques. I n’hi han més. Primer, va ser el “no cal que ho operi tot bé”, després va ser el “no cal que sàpiga de tot”, després el “que tingui capacitat de gestió”, després el “que s’identifiqui amb els objectius de l’empresa” i ara ja no sabem ben bé que cal ser. L’ostensible menysteniment dels coneixements, dels *curricula* i el secretisme de les convocatòries, xoquen frontalment amb els principis d’equitat, d’igualtat d’oportunitats i de mèrits, que haurien de guiar l’acció política en la medicina pública. D’aquesta creixent discrecionalitat en els nomenaments del principals responsables de la gestió assistencial, no podem esperar-ne res de bo. Fora diferent en un context de lliure competència en el qual qualitat, índex d’atracció o recerca publicada, fossin valors apreciats. Però en l’entorn burocratitzat i semisoviètic que ens envolta, la discrecionalitat és sinònim de confiança i molts veiem ara en les polítiques de personal una prolongació de la pròpia administració. I es així com vivim en el món de les “interinitats indefinides”, dels “càrrecs hereditaris”, dels “barems adaptats” i dels “perfils adequats”. Crec que el final de la odissea de les urgències quirúrgiques a Catalunya ha estat un final tàcitament pactat.

La nostra feblesa en front de les burocràcies sanitàries i l’aparell polític en general no és una novetat, si no que és continuació d’una llarga tradició. Al llarg dels seus 80 anys d’història, la nostra societat ha canviat de nom en cinc ocasions i, com us he dit fa un moment, el girs de llenguatge tradueixen sempre canvis substancials en les directrius polítiques. Tant de bo els presidents que em succeeixin reeixixin en avançar pel difícil camí de l’autonomia professional.

En la meua adolescència vaig pertànyer a l’escollisme català, i del vast llegat d’aquella època en ressaltaria una frase del testament intel·lectual de Baden Powell als escoltes de tot el món: *Try and leave this world a little better than you found it*, mira de deixar les coses una mica millor de com les vas trobar. Espero haver-ho aconseguit amb l’ajut de les magnífiques juntes que he tingut l’honor de presidir.

Antoni Sitges Serra

ENTRE ACABAR I COMENÇAR

Joan Sala Pedrós, Salvador Navarro Soto, Ferran Caballero Mestres, Daniel Del Castillo Déjardin, Maria Jesús López Pereira, Ramon Vilallonga Puy, Francesc Espin Álvarez.

...
Res no s'acaba i tot comença.
Vénen mecànics de remença
amb olis nous de llibertat...
(Ho sap tothom i és profecia - J.V. Foix)

Com en el poema de Foix, tot segueix amb un nou inici cada dia, però els cirurgians no ens conformem en ser mecànics de remença, encara que, com a tot el món en crisi, ens calen olis nous que suavitzin els grinyols de les frontisses i obrin portes de progrés i d'esperança. I així encetem un altre cicle amb voluntat de servei i amb l'ànim i la il·lusió de seguir fent de la nostra Societat un instrument útil, d'acord a les necessitats que els nous temps ens exigeixin.

En la línia d'enfortir les arrels sense deixar de créixer ni mirar endavant, una nova celebració històrica ens espera el proper 2010. En efecte, el 1760 es va crear el Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona pels nostres cada any homenatjats antecessors: Pere Virgili i Antoni de Gimbernat. Personatges i institució que mereixen ser degudament recordats. Es tracta d'un fet que va encetar el camí de la cirurgia científica moderna, antecessora directa de la nostra Societat actual. Es la tercera de tres celebracions en el nou mil·lenni: la de la nostra Societat contemporània que va fer 75 anys el 2002, la de l'antic Gremi que ens va unir molts anys enrere, va fer 600 anys el 2008 i properament l'efemèride central que fa de ponts entre les dues: la creació del nostre Reial Col·legi reconegut farà 250 anys.

Però també enfortint el present, aquest nou curs continuarem amb la posta en marxa de les noves disciplines de formació bàsica, a nivell del tercer any de formació (R3), com estableix la nova normativa vigent. Un nou repte que hem encarat i volem seguir assolint amb l'ajuda de tots. Mantenint la més àmplia participació territorial possible, adaptada a les necessitats i la realitat dels diferents indrets del país. Per això s'han redistribuït les sessions i els hospitals que hi participen, cercant complicitats que facilitin la comunicació entre els centres més petits i llunyans i els més propers i grans de referència. Enfortint lligams i adoptant estratègies comuns, superant enfrontaments i cercant sinèrgies. Amb una estructura dinàmica i oberta, orientada a aconseguir la més àmplia participació possible, procurant donar més espai i temps a aquells que tenen coneixements més valuosos i útils per oferir-nos, però sense oblidar que tot treball ben fet, per modest que sigui el seu origen, és sempre benvingut.

I preparant-nos per al futur, amb nous membres de la Junta, amb una àmplia representació del país, procedents de diferents nivells d'hospitals i serveis, amb una forta incorporació de joves professionals, i atenta als canvis derivats de la cada vegada més equilibrada influència de gènere. Conscients d'agafar el relleu dels magnífics antecessors que ens han marcat el camí. Tots i totes amb il·lusió, amb ganes de treballar en benefici dels nostres companys i companyes, conservant els valors de l'empirisme científic implícit en la pràctica quirúrgica i amb la força de seguir comptant amb la cooperació de tots plegats. Com sempre. Com calgui ara i aquí.

La Junta

