

Comentario

El IX Congreso Internacional de Cirugía

Antiguamente eran los prelados y los doctores de la Iglesia que en los concilios se reunían para discutir y resolver por medio de solemnes sentencias las cuestiones de dogma y de culto. Hoy día, son los sabios de un determinado ramo del saber humano que se reúnen para comunicarse el resultado de sus trabajos, debatir y dilucidar diferentes teorías y los puntos científicos susceptibles de controversia.

Estas asambleas científicas nacionales o internacionales, verdaderos concilios de la inteligencia, se celebraron por vez primera en el siglo XIX, correspondiendo a los alemanes la prioridad de esta idea.

El éxito alcanzado por estas reuniones hizo que el número de las mismas aumentara extraordinariamente. Todas las grandes asociaciones científicas tienen hoy sus congresos, que se reúnen a intervalos fijos, tendiendo el movimiento a desarrollarse tan rápidamente, que en estos últimos años ha sido y es grandísimo el número de congresos celebrados.

Merced a los progresos modernos, los hombres científicos del mundo médico han visto la necesidad de aunar todos los esfuerzos para combatir las distintas dolencias que azotan a la humanidad. Los médicos, hombres de ciencia, dándose cuenta en seguida de la importancia y provecho de estas reuniones, organizaron también sus congresos. En un principio, cuando la Medicina no había adquirido aún tan amplio campo, en estas reuniones se debatían puntos generales de todos los ramos de la ciencia médica; a medida del desarrollo científico de la misma, estos congresos se

especializaron y los temas elegidos eran más concretos; y este camino, señalado por los extranjeros ha culminado en el IX Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía, que tuvo lugar en Madrid del 15 al 18 de marzo próximo pasado.

Para los no habituados a presenciar Congresos de tipo Internacional bien organizados, ha constituido una verdadera sorpresa la marcha singular de esta magna asamblea. En este congreso estuvo ausente la disputa; los ponentes y deliberantes aportan sus experiencias, sus métodos e ideas en sentido de franca colaboración científica y con arreglo a un ritmo cronométrico para mejor aprovechar el tiempo.

El reparto de las ponencias impresas se ha hecho con mucha antelación, y las peticiones de palabra se efectúan del mismo modo y por escrito al secretario de la Sociedad.

No se presentan comunicaciones, puesto que la presentación de temas aparte de las ponencias del Congreso y exposición de casos clínicos, creemos son más propios para academias y sociedades científicas e interrumpen la marcha del congreso. Está calculada con exactitud matemática cuándo debe empezar y terminar cada sesión, pudiendo así asistir cada congresista a la exposición y aportación de cada una de las ponencias que se desarrollan, al propio tiempo que a los diferentes actos organizados en obsequio de los mismos.

De dicha forma llegan los temas debatidos a agotarse completamente, sacándose la impresión de que el tema aportado ha sido estudiado con toda extensión.

Los que hemos asistido a diferentes congresos y hemos podido evidenciar la distinta técnica de organización, hemos sabido apreciar el valor de la seguida en este reciente Congreso de Cirugía.

* * *

Del 15 al 18 de marzo 1932 tuvo lugar en Madrid la celebración del IX Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía,

La víspera de la inauguración del Congreso, el presidente, Dr. DE QUERVAIN, obsequió a los delegados y congresistas con una fiesta en el Hotel Ritz, siendo éstos recibidos por el Comité organizador, presidido por el Decano de la Facultad de Medicina de Madrid, Prof. RECASENS, quien pronunció unas elocuentes palabras de salutación a los congresistas, congratulándose de la brillante representación médica que asistía,



Grupo de asistentes al Congreso

que ha constituido un verdadero acontecimiento médico por el ercido número de cirujanos que de todas las naciones han llegado a nuestra capital para asistir y tomar parte en esta magna reunión científica, y que por la importancia de los temas debatidos y por la calidad de los ponentes, conocidos ya en el mundo médico por sus importantes trabajos realizados, auguraban la importancia del mismo.

siendo correspondido en el cordial saludo por el profesor DE QUERVAIN, quien agradeció las frases de encomio y en nombre de los extranjeros dirigió frases laudatorias para los cirujanos españoles.

En la mañana del día 15 tuvo lugar en el Palacio del Senado la sesión inaugural del Congreso de Cirugía, bajo la presidencia del excelentísimo señor Presidente de la República, don Niceto Alcalá Zamora; el

jefe del Gobierno, señor Azaña, y el ministro de Instrucción Pública, señor de los Ríos. Ocupando el estrado presidencial figuraban el alcalde de Madrid, señor Rico; el presidente del Congreso, Prof. DE QUERVAIN; el presidente del Comité Internacional, Prof. VERHOOGEN, y los profesores RECASENS, HARTMANN, GIORDANO, con los secretarios MAYER, DUARTE y CATALINA.

Abierta la sesión, el presidente del Comité Internacional Prof. VERHOOGEN pronuncia en francés un discurso de salutación, en el que historia la marcha de la Sociedad de Cirugía, los distintos congresos por la misma celebrados y la importancia de los temas debatidos, expresando su satisfacción

por haber sido Madrid la capital elegida para la reunión de este noveno congreso.

Pide un minuto de silencio en recuerdo de los cirujanos fallecidos durante el pasado trienio y termina saludando a España, a los congresistas y a la República Española en la persona de su Presidente.

Seguidamente, el alcalde de Madrid en breve parlamento da la bienvenida a los congresistas y se congratula de que sea en estos momentos la celebración del Congreso, para que podamos apreciar cómo sabe recibir la República a los que trabajan y se esfuerzan por el bien de la Humanidad.

El secretario general del Comité Internacional, representando a 42 naciones, pro-

Gardénal
 FENIL-ETIL-MALONILUREA

**EPILEPSIA
 CONVULSIONES
 ESTADOS ANSIOSOS
 INSOMNIOS REBELDES**

EN TUBOS DE COMPRIMIDOS A 0^{gr}10, 0^{gr}05 Y 0^{gr}01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"
 MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE - 86, RUE VIEILLE DU TEMPLE - PARIS - 3^e

nuncia su discurso en castellano, agradeciendo al gobierno español y al jefe de Estado el apoyo prestado a este certamen. Recuerda las estrechas relaciones científicas existentes entre Bélgica y España, consecuencia de largas tradiciones y recuerdos conmovedores con motivo de la gran guerra. Seguidamente lee la Memoria reglamentaria y denuncia las hábiles negociaciones que debidas a los profesores DE QUERVAIN y SCHOEMAKER y a la confraternidad de la Sociedad de Cirugía Alemana, vese de nuevo asociada al IX Congreso la cirugía austro-alemana; termina dedicando un elogio a los doctores RECASENS, DUARTE y CATALINA, por los trabajos realizados para asegurar el éxito de esta IX reunión.

El presidente del Congreso, Prof. DE QUERVAIN, saluda al jefe de Estado y miembros del Gobierno español, y en elocuentes frases pone de relieve la importancia y trascendencia de estas reuniones científicas internacionales, avaladas por el prestigio de las ilustres personalidades que en las ponencias y discusión de los temas toman parte; hace una llamada a los países germanos y latinos para la definitiva unión científica de los mismos, y pone de relieve la importancia de las especializaciones en cirugía.

El discurso del jefe de Estado

Al levantarse a hablar el señor Alcalá Zamora, pónense en pie todos los asistentes al Congreso, tributándole una cariñosa ovación.

Restablecido el silencio, el señor Alcalá Zamora dirige un saludo cordial de bienvenida a los congresistas en nombre de la República española.

Manifiesta que sería empeño difícil, imposible en él, adentrarse en la entraña científica de lo que este Congreso representa,

y al que acuden hombres de ciencia de todos los países.

—Y es para mí—dice—dificultad incomparable, ya que en la misma rama quirúrgica existen, como acaba de decir el profesor QUERVAIN, diferentes especialidades que precisan de mayores y más exquisitos conocimientos.

Y ni aun en metáfora puedo hacer referencia a ello, ya que el advenimiento de la República en España no precisó la cirugía, porque encontró un cuerpo sano dentro del mejor espíritu, y así, en vez del dolor sanguiario, hubo de hacer acto de presencia la alegría placentera del entusiasmo patrio por el nuevo régimen instaurado.

La cirugía—continúa—es una de las cosas que con más derecho puede llamarse internacional, ya que en los campos de batalla, donde los odios y rencores imperan, ella, con la anestesia, la amputación, la ligadura o el vendaje, pone los primeros rayos de sol, de una fraternidad universal, primeros engarces de la hermandad humana entre los enemigos más irreconciliables.

Hicisteis bien en escoger España para la celebración de vuestro IX Congreso, ya que al constituirse en su nuevo Estado supo reflejar los principios internacionales más nobles, más generosos, más audaces, si preferís la expresión, al escribir el Código fundamental patrio.

Y al pretender algunos que en ese Código fundamental entrase lo que a vuestra profesión hace referencia, las oposiciones surgieron, fundamentadas en que allí se traía lo que dividía, no lo que une.

Termina saludando a los congresistas, y declara abierto el IX Congreso Internacional de Cirugía.

Finalizada la sesión inaugural, el presidente de la República, con el jefe del Gobierno y demás personalidades, visitó la ex-

posición aneja al Congreso, instalada en los pasillos amplios del palacio del Senado.

Seguidamente fué servido un espléndido "lunch" en el salón de conferencias, ofreciéndose un champaña de honor al señor Alcalá Zamora y demás invitados.

Después de la sesión inaugural tuvo lugar la primera sesión científica, en la que se desarrolló la exposición y discusión de las ponencias que versaron sobre cirugía de esófago.

La desarrollada por el Prof. RAYMOND GREGOIRE, de la Facultad de Medicina de París, sobre el estado actual de la cirugía del esófago, se ocupa: a) De las nuevas adquisiciones en los medios de exploración; b) De las adquisiciones nuevas en patología y en terapéutica. Dice que después de treinta años, la cirugía del esófago ha hecho bajo este triple punto de vista progresos consi-

derables; la aplicación de la radiología y de la endoscopia permite, en el momento actual precisar el diagnóstico de los divertículos de esófago por lo que se refiere a la localización y naturaleza. Divide a éstos en divertículos del esófago torácico y del esófago cervical.

Los primeros, cuando están localizados a nivel de la bifurcación traqueal, se denominan epibrónquicos, y epifrénicos cuando están situados un poco por encima de la línea diafragmática. Se presentan muy raramente y son difíciles de diagnosticar; generalmente se descubren por azar en el curso de una comprobación radioscópica. Después de un estudio bibliográfico de los casos publicados, expone un caso de sus práctica profesional de divertículo epifrénico, cuya estructura era la misma que la de los divertículos faringo-esofágicos.

Artríticos - Gotosos - Calculosos - Hepáticos

En ayunas y en las comidas beba las aguas minerales naturales de

VITTEL

FRANCIA

GRANDE SOURCE

ACCION ELECTIVA SOBRE EL
RIÑON

SOURCE HEPAR

ACCION ELECTIVA SOBRE EL
HIGADO

ESTABLECIMIENTO TERMAL
TEMPORADA: 20 DE MAYO - 23 DE SEPTIEMBRE

H O T E L S
de Lujo y Gran confort
y de todos los órdenes

Cura de aire, de bebida
de reposo - Clima se-
dante y vida deportiva

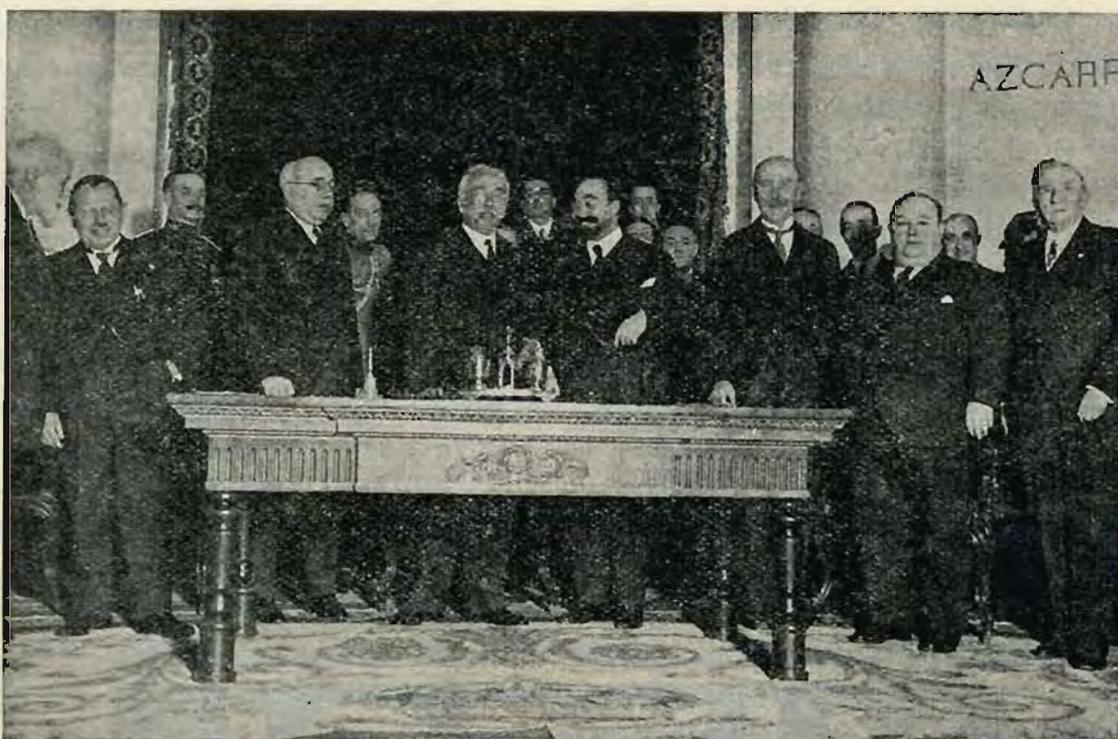
INFORMES

Société Générale des Eaux Minérales à VITTEL (France)



Los divertículos del esófago cervical, mejor llamados faringo-esofágicos, radican siempre en la unión de la faringe y del esófago, con orificio de comunicación en la pared posterior. El autor ha tenido ocasión de observar dos casos cuyo orificio de comunicación ocupaba la pared lateral del esófago. Después de un estudio de la patogenia y

no suprimen la lesión, exponen por este motivo a la recidiva, y deben ser abandonadas. Las intervenciones que suprimen el divertículo son las únicas recomendables. Las intervenciones en dos tiempos se fundan en el temor, poco real actualmente, de infección del tejido periesofágico y mediastínico, que no es de temer con las técnicas



En el Senado. Inauguración del Congreso por el Presidente de la República, Sr. Alcalá Zamora, autoridades y miembros del Congreso.

sintomatología de los divertículos del esófago cervical, hace una crítica de los procedimientos operatorios, que los reúne en: 1.º, invaginación; 2.º, diverticuloplexia; 3.º, extirpación en dos tiempos, y 4.º, extirpación en un solo tiempo. Describe minuciosamente el fundamento y la técnica de tales procedimientos, junto con el estudio de estadística de cada uno de ellos, aportando las siguientes conclusiones: "Las intervenciones que no suprimen el divertículo, son de una extrema benignidad; pero como ellas

actuales. Además, la larga duración del tratamiento por la operación en dos tiempos, hace preferir la operación en un tiempo, que permite un restablecimiento rápido y definitivo, puesto que la bolsa diverticular ha sido suprimida."

En capítulo aparte se ocupa del *tratamiento del megaesófago*, afección ya de mucho tiempo conocida por los hallazgos de autopsia; esta afección la designan los diversos autores con distintos nombres, como son: dolicoesófago, frenospasmo, cardioes-

pasmo, dilatación congénita, dilatación idiopática y atonía de esófago, denominaciones distintas que testimonian la imprecisión en la interpretación de las causas de esta afección. Esta afección no comprende la totalidad del conducto esofágico; se localiza principalmente en el esófago cervical y torácico; el esófago abdominal no ha sido jamás objeto de esta lesión. La dilatación termina siempre a nivel del anillo muscular del diafragma; esta afirmación ha sido comprobada en las autopsias, por radioescopia, por endoscopia y en el curso de las intervenciones quirúrgicas.

La naturaleza de la lesión o del obstáculo que produce el éxtasis y que provocará más tarde la lesión, además del alargamiento del esófago, se puede atribuir a tres razones: a) Espasmo del anillo muscular del diafragma; b) Incoordinación funcional, y c) Hiperplasia muscular. Respecto al pri-

mero, las causas de irritación del esfínter (inflamación local, fisura, úlcera, etc.) son susceptibles de exagerar su normal contracción y de transformarla en espasmo, lo que se traduce en megaesófago tardío.

Los trastornos del ritmo, o sea, la falta de correspondencia entre la llegada de la onda peristáltica y la abertura del cardias, hacen que el peristaltismo esofágico luche en vano, y por ende, la pared esofágica se dilate.

La hipertrofia del anillo muscular diafragmático o su estrechez congénita explican los megaesófagos idiopáticos.

El tratamiento racional quirúrgico de esta afección, según REISSINGER, es la operación en dos tiempos, extirpando un colgajo de la pared esofágica de unos quince centímetros de largo por dos o tres de ancho. WILLYMEYER y ZAAIGER actúan sobre el obstáculo diafragmático, cualquiera que

FLUIDKALCIUM

OLIVER - RODÉS

PRODUCTO DEL PAIS

RECALCIFICANTE FOSFATADO EFICAZ

Muy útil en los casos de
Raquitismo, Osteomalacia, Fosfaturia,
Crecimiento defectuoso, Escrofulismo

No presenta contraindicaciones

Uso: Adultos. - Dos cucharadas de sopa en un poco de agua, tres veces al día, en las comidas.
Niños. - Hasta los cinco años, dos cucharaditas de las de café; de cinco años a nueve, una cucharada de las de sopa, tres veces al día, en las comidas.

Depósito general:

LABORATORIOS DEL DR. B. OLIVER Y RODÉS

Consejo de Ciento, 304 - BARCELONA

sea la causa patogénica que produzca los accidentes del megaesófago.

Describe detalladamente el autor el tratamiento común a los obstáculos canaliculares, como son los métodos no operatorios (dilatación), métodos operatorios (plastias y anastomosis), siendo su opinión personal de que en todo megaesófago, una operación racional deberá llevarse a cabo sobre el orificio diafragmático y sobre la porción esofágica dilatada, utilizando para este objeto la vía combinada tóraco-abdominal.

Tratamiento de los cuerpos extraños en el esófago. Respecto a esta cuestión, constata la disminución de indicaciones de extracción por procedimientos operatorios de los cuerpos extraños, debido, tanto a los adelantos en cuestión de técnica exploratoria, como de diagnóstico de lesiones antes poco conocidas o ignoradas, quedando reducidas las indicaciones quirúrgicas a un 3,2 %, según deduce KILLIAN de la confrontación de 529 casos, porcentaje que el autor estima difícil de igualar mientras no existan mayores facilidades para encontrar en caso de necesidad, especialistas muy prácticos en la endoscopia.

Al lado de casos en que la indicación operatoria es puramente circunstancial debida a la posición baja del cuerpo extraño, a insuficiencia de los conocimientos técnicos o a insuficiencia del instrumental, hay otros indiscutiblemente tributarios del acto quirúrgico, causados por complicaciones con heridas o infección esofágica o periesofágica, en los que la mortalidad alcanza un 20-25 %. Otros casos no complicados en los cuales la indicación operatoria es formal, son debidos casi siempre a no haber sido intentada precozmente la extracción.

Los cuerpos extraños detenidos en el esófago cervical son con mucho los más numerosos, y se fijan ya en la parte inferior de

la faringe ya en el orificio de entrada del esófago. Durante su extracción operatoria es preciso procurar evitar la sección del nervio recurrente; y por lo que respecta al peligro de infección del tejido periesofágico, el autor opta por dejar un taponamiento de la incisión cutánea, previa sutura de la pared esofágica.

Son mucho menos numerosos los cuerpos extraños detenidos en el esófago torácico y que no dan lugar a complicación; en casos raros ha sido posible empujarlos hacia el estómago con el aparato de endoscopia. Varios procedimientos han sido puestos en práctica, desde la introducción del esofagoscopio por la incisión cervical del conducto, o el intento de despegamiento del cuerpo extraño por medio del índice introducido por la misma herida, la tentativa de extracción por medio de una gastrotomía, o la incisión del esófago por vía mediastínica; siendo este último el preferible según ENDERLEN y HENLE después de comprobar las casi insuperables dificultades prácticas de la gastrotomía.

Las complicaciones, unas son debidas a la forma del cuerpo extraño y a su larga permanencia en el conducto, y otras a las tentativas de extracción. Mientras que son poco de temer las hemorragias graves, el absceso de la pared esofágica constituye el primer estadio de los accidentes infecciosos que más tarde invadirán el mediastino. En estos casos aconseja el autor abstenerse de toda maniobra esofágica que pudiera causar o provocar una perforación.

Las operaciones llevadas a cabo para abordar los cuerpos extraños tanto en el esófago cervical como en el torácico son causa de una elevada mortalidad.

Resumiendo, podemos decir que los cuerpos extraños del esófago deben ser de diez veces nueve, extraídos por vías naturales;

la extracción cruenta está cada vez menos indicada y la intervención es sumamente grave cuanto más tardía.

El problema de la *cirugía del cáncer de esófago* parece estacionado, puesto que la mayor parte de los cirujanos abandonan de momento este proceder terapéutico dejándolo a los esfuerzos que realizan los radioterapeutas.

Las técnicas operatorias se han perfeccionado en los medios de abordar el esófago en todos sus segmentos; pero en especial a nivel del esófago inferior. Los procedimientos extraserosos han permitido evitar el peligro de infección de la pleura y del peritoneo, y por último, la aportación operatoria del esófago se ha enriquecido con la práctica de una nueva operación que es la constitución de un neoesófago pretorácico.

El doctor J. JIANO de Bucarest se ocupa de la "*Esofagoplastia derivatriz pretorácica en las estenosis cicatriciales del esófago*". En el primer capítulo de consideraciones generales de las estenosis, estudia la clasificación de las mismas en congénitas y adquiridas; las primeras muy raras, y solamente han sido consideradas como tales, ciertas estenosis valvulares sin causa definida; las segundas pueden ser producidas por: a) causas físicas y traumáticas, accidentales u operatorias; b) causas químicas, cáusticos; c) causa nerviosa, espasmos; d) causas neoplásicas; e) causas inflamatorias, sífilis, tuberculosis. Estudia detalladamente cada una de ellas lo mismo que cada uno de los métodos de diagnóstico (caterismo esofágico, examen radiológico, endoscopia, examen químico "Lotheissen") y

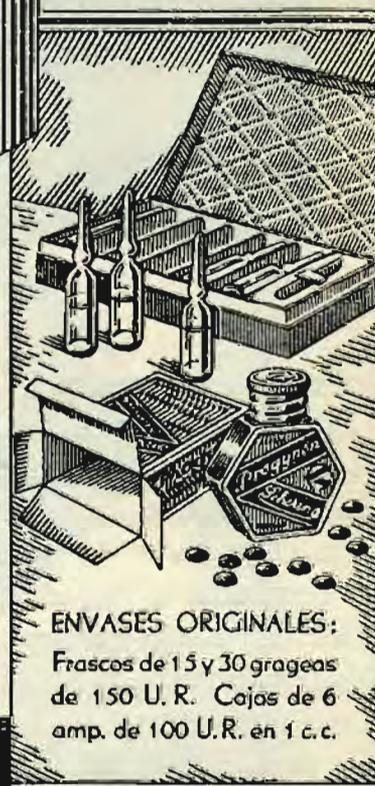
PROGYNON

Hormona sexual femenina (Hormona folicular) para el tratamiento de los trastornos hipoováricos.

- **Concentración elevada**
estandarización exacta
- **Ampliamente experimentada**
en animales (incluso monas)
- **Eficaz por vía oral gracias a la**
adición de lipoides especiales

La experiencia clínica comprueba su eficacia en los trastornos climatéricos y la amenorrea secundaria.

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING, S.A.
Apartado 479, Madrid - Apartado 1030, Barcelona.

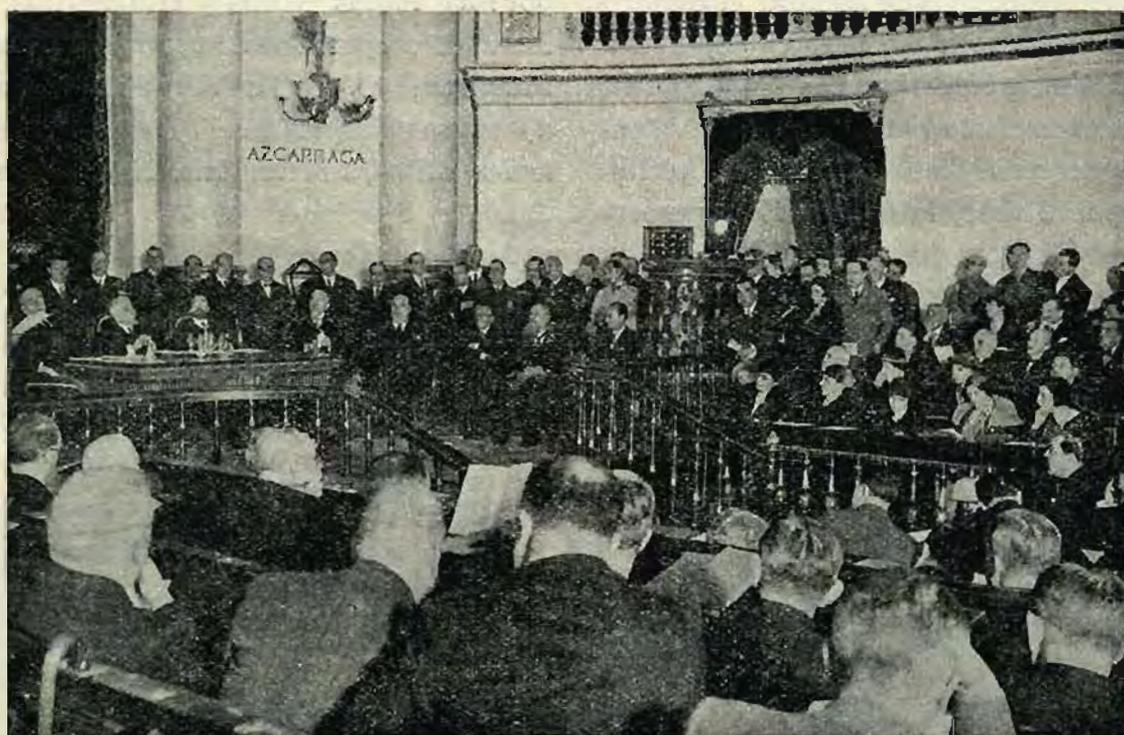


anatomía patológica. En este apartado, en el que distingue dos clases de estenosis, membranosa y callosa, se ocupa del estudio de la forma, número, luz de la zona estenosada, paredes, evolución y examen histológico de las mismas.

En el segundo capítulo expone el autor las nociones generales del tratamiento de las estenosis. Considera dos clases de tra-

el espasmo que predomina y agrava esta lesión.

En el tratamiento quirúrgico expone los métodos directos de: *a)* dilatación forzada; *b)* despegamiento del esófago; *c)* esofagotomía interna; *d)* esofagotomía externa de plastia directa; *e)* esofagectomía. Procedimientos de derivación con relación al sitio: *a)* extra-torácica; *b)* intra-torá-



Un aspecto parcial del acto de la inauguración

tamiento, el preventivo y el curativo. En el tratamiento preventivo de la estenosis, que generalmente se confunde con el tratamiento curativo de la lesión inicial, preconiza el proceder de ROUX, de inmejorables resultados si inmediatamente después del accidente se introduce por vía nasal en el esófago una sonda blanda de permanencia mediante control esofagoscópico. En los casos tardíos cree indispensable la práctica de la gastrostomía, que permite la alimentación, deja en reposo el esófago y suprime

ca. Con relación a la naturaleza de la operación: por anastomosis o mediante tubo con abandono o extirpación de la lesión. Describe detalladamente la tóraco-laparatomía de GREGOIRE y termina con la conclusión de preferir la esofagoplastia pre-torácica a las esofagoplastias con derivación por vía endotorácica.

En el tercer capítulo estudia las indicaciones de la esofagoplastia pretorácica según el estado local, el estado general, la edad y el sexo. Dice es una satisfacción

para el cirujano poder restablecer, gracias a su inteligencia, su perseverancia y su técnica, un neo-esófago que permite al enfermo estenosado una alimentación normal; pero no debemos olvidar la gravedad de esta intervención con su elevada mortalidad, y por lo tanto, de acuerdo con LOTHEISEN, la esofagoplastia pretorácica debe estar reservada como el último recurso terapéutico previo fracaso de otros tratamientos.

En el capítulo cuarto, expone la historia de la esofagoplastia yeyunal con las técnicas de ROUX y HERZEN. En los dos procedimientos se trata de llevar por debajo de la piel del tórax una asa de yeyuno hasta el nivel de la región cervical y anastomosarla a esta altura con el esófago. A pesar de los éxitos de ROUX y HERZEN, otros autores que han ensayado este proceder se-

ñalan el frecuente esfacelo y eliminación parcial del asa yeyunal excluida a pesar del control extemporáneo de la circulación durante la operación.

El segundo defecto es la insuficiente longitud del asa y la dificultad de anastomosarla con el esófago cervical. En vista de estos hechos la mayoría de los autores han abandonado el proceder de ROUX, modificado por HERZEN, reconociéndole su valor, puesto que ha dado origen a métodos mixtos que han dado excelentes resultados en el tratamiento de estas lesiones.

El capítulo quinto lo dedica a la descripción de las técnicas de esofagoplastia cutánea, especialmente al procedimiento de BIRCHER, con las modificaciones relativas a la extensión del colgajo, forma del mismo, calibre del conducto, modo de cubrir las superficies cruentas, manera de verificar el

El
específico
de los
NERVIOS, los HUESOS
y la SANGRE

Vitophos

La asociación natural de las sales de Calcio
y Magnesio del ácido inositaefosfórico
con las vitaminas antipirretica,
antineoplásica y la del crecimiento

+

CRISTALLO S.A.
THU/17 (JUIZA)

CHEMIROSA IBERICA S.A.
Mallorca 313-Pal
BARCELONA
Tel. 77679

enlace y las relativas a la región a expensas de la cual son cortados los colgajos.

A este particular el autor expone las modificaciones que ha introducido al proceder de BIRCHER por razones de estética, al propio tiempo que presentar la ventaja de preservar a la región torácica anterior de cicatrices que dificultan la vitalidad del colgajo.

A continuación relata la técnica y los resultados de la esofagoplastia mediante los injertos libres de piel, con la exposición clínica de 16 observaciones, tres de ellas operadas por el autor.

En el capítulo sexto describe el autor las técnicas de la esofagoplastia con tubo gástrico, métodos de BECK-CARREL, A. JIANO, HALPERN, que se fundan en utilizar la gran curvatura para confeccionar un largo tubo gástrico que haga a la vez de gastrostomía continente y sirva para la práctica de una esofagoplastia en un segundo tiempo. La base del tubo está situada hacia el fondo del estómago y el calibre del mismo debe ser suficiente para permitir el paso fácil de los alimentos. La nutrición la asegura la arteria gastro-epiploica derecha que penetra por la base del colgajo. Termina el autor este capítulo exponiendo el resultado de 27 observaciones, y después de señalar la elevadísima mortalidad y exponer las dificultades que han tenido que vencer los autores para poder presentar un caso de curación, no sabe qué admirar más, si la paciencia y la técnica impecable del cirujano, o el heroísmo del enfermo que ofrece su cuerpo a las innovaciones plásticas diversas.

El capítulo séptimo, trata de la esofagoplastia por transposición del estómago. Este procedimiento se funda en acercar los dos órganos que se quieren unir mediante la movilización de uno de ellos y obtener con

esta tentativa el resultado buscado. KIRSCHNER ha ensayado de realizar esta operación por transposición del estómago debajo la piel del tórax, y practicando la anastomosis de la región pilórica al esófago cervical. El procedimiento de KIRSCHNER, descrito con todo detalle, ha sido objeto de modificaciones por FINK-HERSCHEN, KÜMMEL y RITTER. De siete casos operados por este procedimiento con la modificación de RITTER se obtienen cinco curaciones, tres de ellas de duración.

El capítulo siguiente lo dedica el autor a la descripción de la esofagoplastia cólica. La idea de emplear el colon para sustituir el esófago se funda en la especial vascularización del colon transversal que permite una amplia exclusión bilateral sin peligro de gangrena. Cita los procedimientos de WULLIET (antiperistáltico), KELLING (isoperistáltico) y los mixtos de FONIO, LOTHEISEN, etc., que verifican la unión del colon con el esófago mediante tubos cutáneos de variable longitud.

Los capítulos noveno y décimo los dedica el autor a la detallada descripción de los procedimientos mixtos de esofagoplastia, dejando para el siguiente la exposición de las complicaciones que se presentan en el curso de la práctica de los métodos de esofagoplastia.

Al final de su trabajo, resume el autor:

1.º Las estenosis totales del esófago diagnosticadas por la Radiología, la Endoscopia y la prueba cromoscópica, encuentran en la esofagoplastia derivadora un recurso terapéutico importante.

2.º Las estenosis cicatriciales cerradas y de evolución progresiva refractarias a la dilatación retrógrada y a la electrólisis, pueden beneficiarse con la práctica de la esofagoplastia.

3.º En el momento actual, el método

cutáneo intestinal ha demostrado su valor, dado el mayor número de casos observados.

4.º La esofagoplastia verificada con el colon, tubogástrico, o transposición de estómago, métodos ingeniosos, que honran a sus autores, pueden emplearse en contadísimos casos.

5.º La esofagoplastia pretorácica debe ser preferida a las intervenciones directas sobre el esófago por ser éstas de una mayor gravedad.

6.º La esofagoplastia debe reservarse a las estenosis cicatriciales. Las estenosis por cáncer, mejoran notablemente con una buena gastrostomía.

7.º La indicación de la esofagoplastia no deberá establecerse sino después de una colaboración íntima entre el cirujano y el especialista a fin de evitar la formación de un nuevo esófago cuando el del sujeto podía

ser reparado suficientemente por procedimientos más simples.

De los distintos trabajos que sobre la misma ponencia se han desarrollado en esta primera sesión científica, a fin de no repetir conceptos, expondremos únicamente el resumen, pudiendo el lector fácilmente asimilar el criterio científico de cada uno de ellos.

BIRCHER opina que el restablecimiento operatorio de un esófago, que funcione bien gracias a una técnica actualmente muy perfeccionada y en los casos de formal indicación, es una operación que debe ser aconsejada. Diferentes métodos están a nuestra disposición que proporcionan resultados satisfactorios siendo la dermo-esofagoplastia la técnica más simple, menos peligrosa, y más empleada en estos últimos años. Por razón de menos gravedad le sigue la coloplas-

DIGI-VAL



Tintura de digital valorada biológicamente
Cada cm.³ equivale a una unidad Magnus
Tiene la mitad de actividad de la solución de digitalina
cristalizada al uno por mil, a pesar de contener sólo
0'2 gr. por mil de digitalina, porque contiene todos
los principios activos de las hojas *digitalis purpurea*

Preparada por el farmacéutico:

A . G A M I R

Laboratorio : Padre Jofré, 9 - Valencia

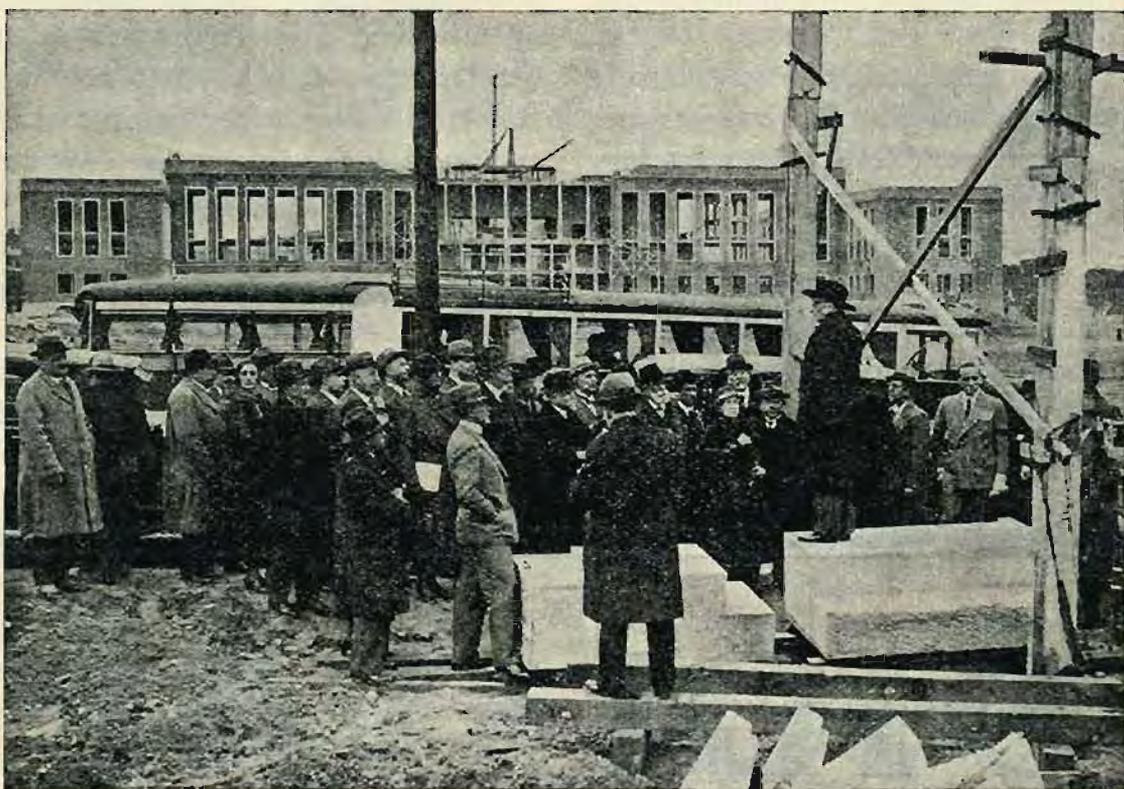
La valoración de esta tintura es comprobada por el Dr. ALDAY REDONNET en el Laboratorio del Dr. HERNANDEZ y por el Dr. BELLIDO en el Instituto de Fisiología de la Facultad de Medicina de Barcelona

tia. La yeyunoplastia, de técnica complicada, es de una mortalidad más elevada. Las plastias gástricas constituyen una operación de tal manera peligrosa, que no deben arrostrarse más que en casos excepcionales.

El profesor Gustave LUSENA de Génova cree contraindicadas la radiografía y esofagoscopia en las heridas del esófago. Acon-

La extracción de los cuerpos extraños debe practicarse casi siempre mediante la esofagoscopia. En los casos en que esté contraindicada, debe recurrirse a procedimientos cruentos.

El tratamiento de elección de los divertículos del esófago, es la extirpación en dos tiempos por el método de MAYO. En los ca-



En las obras de la Facultad de Medicina en la Ciudad Universitaria

seja la sutura en dos planos, y en los casos de resultado dudoso la práctica de la gastrostomía. Igualmente desaconseja el sondaje del esófago en los casos de graves quemaduras. En las estenosis, la dilatación gradual y progresiva es el tratamiento de elección y eficaz en la mayoría de casos. En los casos de impermeabilidad absoluta y permanente, aconseja, previa gastrostomía, la práctica de la esófagoplastia pretorácica por el procedimiento dermato-intestinal.

En los casos de megaesófago primitivo la dilatación forzada a nivel del hiatus da buenos resultados. La intervención cruenta está raras veces indicada; pero en los casos en que lo esté, es preferible hacer la esófago-gastrostomía abdominal o la esófagolisis con hiastostomía.

Para el tratamiento del cáncer del esófago cervical o del esófago-abdominal preferimos la resección. En el carcinoma torácico, la radioterapia.

El trabajo que aporta al estudio de esta ponencia sobre la Cirugía del Esófago el profesor de cirugía de Leyden (Holanda) doctor J. H. ZAAIJER se refiere al punto de vista terapéutico.

Dados los dudosos y exiguos resultados que se obtienen en el tratamiento del cáncer de esófago mediante la terapéutica física, no debe ser abandonado el tratamiento quirúrgico del mismo; siendo de una extremada importancia el establecer precozmente el diagnóstico.

En las deformaciones congénitas de los niños, especialmente en los recién nacidos, el examen minucioso y el diagnóstico exacto de la deformación contribuye a la posibilidad de un tratamiento eficaz. La fístula congénita esófago-traqueal es incurable y debemos abstenernos de practicar la gastrostomía.

En el tratamiento de los divertículos del esófago cervical la operación en un tiempo debe ser la de elección.

La extracción de los cuerpos extraños debe efectuarse mediante la esofagoscopia; pero la evacuación quirúrgica y especialmente la esofagotomía cervical no debe abandonarse por completo.

En las estrecheces orgánicas, débese ante todo ensayar los diferentes métodos a fin de evitar tener que recurrir a las grandes y graves operaciones. En las estrecheces funcionales, verdaderos espasmos pueden ser confundidos con estrecheces de etiología carcinomatosa y precisa evitar este error.

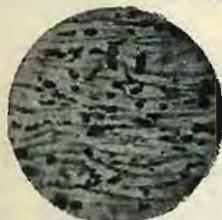
En la mayoría de los casos el cardiospasmó es una insuficiencia funcional del aparato dilatador del cardias, de aquí el nombre *achalasia del cardias* propuesto por HURST.

OESTROL

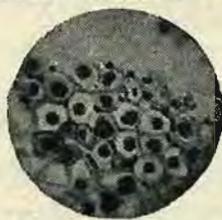
Dr. S. Pagés Maruy

Hormona sexual femenina del ovario y del lóbulo anterior de la hipófisis

Estándarizada biológicamente en U. R. (Allen y Doisy)



DIOESTRO



PROOESTRO



OESTRO



METOESTRO

Ciclo sexual de ratón castrado, provocado por una (U. R.) del OESTROL.

NUEVO tratamiento de las dismenorreas, oligomenorreas, amenorreas secundarias, amenorrea por climaterio precoz, fenómenos climatéricos, castraciones quirúrgicas, etc. etc., de reciente y gran predicamento entre el cuerpo facultativo.

DOSIS HIPODERMICA: Una inyección diaria durante seis días consecutivos con una semana de intervalo o en días alternos.

DOSIS POR VIA ORAL: Una píldora diaria durante 26 días o 3 píldoras durante los seis días que se calcule deben preceder a las reglas o menstruación.

Laboratorio Químico Biológico Dr. S. Pagés Maruy
Entenza, 78 - BARCELONA

En la discusión de esta ponencia tomaron parte el profesor DE QUERVAIN, exponiendo el nuevo método para la cirugía de los divertículos, los doctores DONATI (Torino), SAUERBRUCH (Berlín), DELAGENIÉRE (le Mans), CHIAROLANZA (Nápoli), HABERLAND (Köln), SOUPAULT (París), LILIENTHAL (New-York), DENGEL (Lodz), SEGALÉ (Génova), ARCE (Buenos Aires). Casi todos los profesores han proyectado dibujos, esquemas, láminas y películas sobre métodos quirúrgicos personales. SAUERBRUCH presenta preparaciones anatómopatológicas de cáncer de cardias, fibroma y divertículos de esófago.

A las siete de la tarde tuvo lugar la recepción del Ayuntamiento de Madrid ofrecida a los congresistas. La Banda Municipal, dirigida por el maestro Villa, interpretó un selecto programa de música española. Terminado el concierto fué servido un espléndido lunch.

Por la noche, el profesor DE QUERVAIN, presidente del Congreso, obsequió a los congresistas con una fiesta en el Hotel Palace, en el que se presentó un programa típico andaluz; después se cenó a la americana y el baile se prolongó hasta la madrugada.

El día 16, o sea el segundo del Congreso, a las 9 de la mañana salieron los congresistas en autobuses a visitar la Ciudad Universitaria; el doctor RECASÉNS que bien pudiéramos decir ha puesto un empeño extraordinario y ha trabajado infatigablemente para la realización de esta magna obra, pronunció una conferencia, explicando a los allí reunidos la evolución y alcance de la misma.

A las diez y media, en el Palacio del Senado continuaron las tareas científicas desarrollándose la segunda ponencia, que trata de las supuraciones pulmonares no tuberculosas.

El doctor LILIENTHAL, de New-York, hace un resumen de su aportación a esta ponencia, dividiendo su trabajo en once capítulos. En el primero trata de los procesos patológicos y de la terminología de las condiciones determinadas por ellas; en el segundo divide la cuestión en dos partes: abscesos y bronquiectasias supurativas, por más que, después de un tiempo bastante considerable coexisten las dos afecciones; en el tercero, describe las formas clínicas que deben servir de base para la práctica de la cirugía; en el cuarto, estudia la etiología del absceso, y lo subdivide en otros dos capítulos, tratando en el primero de los traumatismos y otras causas mecánicas con infección consiguiente, y en el segundo describe la infección directa; en el apartado quinto trata de la manera de descubrir el absceso por los métodos clínicos, comprendiendo como tales la radiología y la broncoscopia; en el siguiente se ocupa del tratamiento paliativo y curativo, por las diversas operaciones quirúrgicas ideadas para cada caso; en el capítulo octavo hace hincapié sobre los principios operatorios que deben observarse en el tratamiento de los abscesos; seguidamente se ocupa de las bronquiectasias supuradas con el correspondiente tratamiento, ya sea paliativo o resección. Expone luego la estadística personal de los casos de resección del pulmón por bronquiectasia, y termina citando las diferentes opiniones que sobre el estudio estadístico de la supuración pulmonar han emitido los diferentes autores que han trabajado sobre este tema.

El profesor SAUERBRUCH, aporta seguidamente su trabajo a la ponencia del mismo enunciado, exponiendo su experiencia sobre el absceso de pulmón, declarándose contrario al neumotórax por la frecuencia por él observada de la gravísima complicación

que acarrea la abertura del absceso en la pleura; expone su experiencia de 630 casos en el transcurso de los veinte últimos años, aconsejando para el tratamiento de estos abscesos el plombaje extrapleural, que en caso de fistulización del absceso puede retirarse y reseca la fístula posteriormente, obteniéndose de este modo 70 % de curaciones. Finalmente habla de las bronquiectasias, siendo un decidido partidario de la lobectomía, previo plombaje para formar adherencias. Durante la exposición de su trabajo fué continuamente avalado por la proyección de innumerables y magníficas radiografías y piezas macroscópicas.

A continuación, el doctor Martín LAGOS, catedrático de Patología Quirúrgica de la Universidad de Valencia, resume su *rapport* al tema de los procesos supurados no tuberculosos del pulmón, diciendo que el trata-

miento quirúrgico de los mismos depende de la mayor o menor limitación del proceso, del estado general del enfermo, de la existencia o no de adherencias pleurales extensas y suficientemente resistentes.

En los abscesos y gangrenas pulmonares con adherencias pleurales, es la amplia neumotomía, la operación de elección, aun teniendo en cuenta sus peligros y la frecuencia con que quedan fístulas que más tarde han de cerrarse.

En las lesiones centrales parahiliares con pleura libre (si el estado de la lesión y general del enfermo no nos obligan a la apertura rápida del foco, caso más grave, y por tanto el de resultados más aleatorios), debe ensayarse la terapéutica broncoscópica con aspiración e inhalación de antisépticos, en los períodos agudo e intermedio de la enfermedad; y si con ella no obtenemos re-

LABORATORIOS del D^r MAURICE LEPRINCE

GUIPSINE

Principios utiles del Muérdago (Gui)
Específico de la Hipertensión



REGULADOR del TRABAJO del CORAZÓN

Diurético, Antialbuminúrico,
Antihemorrágico, Antiescleroso

6 a 10 Píldoras al día entre las comidas

↔↔↔

PILDORAS DEL
D^r SEJOURNET

Reconstituyentes
Antidiabéticas



DOSIS:
Una píldora
en cada comida

TRATAMIENTO RACIONAL del DIABÉTES

CON REGIMEN ESPECIAL

EUMICTINE

Santalol - Salol - Hexamethileno-Tetramina

Antigonocócico
Diurético - Analgésico
Antiséptico



BLENORRAGIA
CISTITIS
NEFRITIS

PIELITIS
PIELO-NEFRITIS
PIURIA

8 a 12 Cápsulas al día

62. Rue de la Tour, PARIS (16^o) y todas Farmacias.

sultados, la compresión permite en muchos casos detener y limitar la infección.

En éstos como en los abscesos crónicos, los métodos compresivos a utilizar, son la frenicorexis si el absceso es de base y el plombaje extrapleurales en los demás casos o cuando falla la frenicorexis.

El plombaje extrapleurales es más eficaz y de menos peligro que el pneumotórax y la toracoplastia; y aun cuando la mayor par-

que cuando existen amplias cavidades. En el resto de los casos son los métodos compresivos los que hay que ejecutar.

De los métodos compresivos el pneumotórax no obtiene resultado más que en las bronquiectasias congénitas con pleura libre y lesiones indurativas poco avanzadas (niños e individuos jóvenes).

La frenicorexis es menos eficaz que en los abscesos, y de los dos otros procedimien-



Grupo de asistentes al banquete de clausura

te de las veces no consigue aplastar y curar completamente el absceso, facilita la producción de adherencias pleurales, hace más superficial y por tanto más asequible la cavidad, a veces hasta marca la salida del pus y por consiguiente simplifica y hace menos peligrosa la neumotomía, operación a que casi siempre hay que llegar en último término para conseguir la curación.

En las bronquiectasias, por el contrario, la neumotomía, no tiene más indicación

tos toracoplastia y plombaje, es este último el más simple y benigno y el de mayor eficacia. Todos ellos no son casi siempre más que métodos paliativos; el único tratamiento radical y definitivo es la resección del lóbulo afecto, sistematizada y reglada en estos últimos años por la escuela de SAUERBRUCH. A pesar de ello es una operación grave y cruenta que sólo debe de intentarse en caso de lesiones limitadas a un lóbulo y en enfermos con buen estado general.

Desgraciadamente, los que hoy llegan a nuestras manos lo son en condiciones tan precarias, que aun tenemos que dudar si soportarán una operación paliativa que pueda atenuar sus sufrimientos. Teniendo en cuenta el pronóstico de esta enfermedad y los resultados que se consiguen con los métodos radicales, es necesario convencer a los internistas de que en tanto que la terapéutica médica no consiga mayores éxitos que los que hasta ahora obtiene, estos enfermos como tantos otros, deben entregarlos a manos del cirujano en condiciones tales, que sea factible ejecutar operaciones que nos conduzcan a un resultado curativo.

El Prof. BAUMGARTNER, de París, estudia las supuraciones pulmonares y de una manera particular el tratamiento de las mismas, que han constituido durante estos úl-

timos años la preocupación de muchos hombres de ciencia, tanto médicos como cirujanos.

Para abordar el estudio clínico, las indicaciones operatorias y el tratamiento quirúrgico que de ellas se desprende, fija la terminología tan variable en esta clase de lesiones según las diferentes escuelas y los distintos países.

Nos parece, pues, que dado el estado actual, la clasificación clínica debe apoyarse en las observaciones operatorias precoces que permiten descubrir la variedad de la infección en sus comienzos, antes de las alteraciones anatomopatológicas secundarias y asociaciones bacterianas tardías.

Las supuraciones pulmonares agudas localizadas se manifiestan bajo tres aspectos diferentes:



Instituto Quimioterapéutico Italiano de Florencia

Director: Dr. Profesor JORGE CASTELLI

Productos especiales del Instituto:

NEO I.C.I.

Diaminooaraenobenzolmonometansulfonato sódico
 $C_{11}H_{11}O_2N_4SA_2Na + C_6H_5O_2Na_2K$

PRODUCTOS SUMAMENTE ESTABLES
 en virtud de particula-
 res perfeccionamientos
 técnicos

EVITAN CRISIS NITRIDES

En polvo y en comprimidos para inyecciones uretrales

NEARGIROLO I.C.I.

(NEO Y PLATA)
 Argentodiamino raenobenzolmonometansulfonato sódico
 $C_{11}H_{11}O_2N_4SA_2NaAg + C_6H_5O_2Na_2K$

EN POLVO
 para inyecciones endovenosas

EN SOLUCIÓN ESTABLE
 para inyecciones intramusculares

NÓ PROVOCA NECROSIS.

NEOCRISOLO I.C.I.

(NEO Y ORO)
 Oro diaminooaraenobenzolmonometansulfonato sódico
 $C_{11}H_{11}O_2N_4SA_2NaAu + C_6H_5O_2Na_2K$
 Compuesto de arsénico trivalente orgánico y de oro, en el que el oro está junto al aminogruo de la molécula del arsenobenzol.

ARGIBATHOL I.C.I.

(NUEVO ANTIGONOCOCICO)

ARGENTOTIOSULFATO SÓDICO
 $Na_2Ag_2(S_2O_3)_2$

Agente para España y Colonias: C. A. de SANTIS. - Mallorca, 244 - Tel. 75114 - BARCELONA

1.º El absceso simple por gérmenes piógenos, cuya evolución frecuente es la curación espontánea.

2.º La gangrena, que da lugar a la formación de un bloque de esfacelo y termina con la muerte.

3.º El absceso pútrido de comienzo, donde el triple proceso anatómico de necrosis parcelaria, supuración y esclerosis, evoluciona hacia la cronicidad y extensión progresiva de las lesiones.

Las supuraciones crónicas difusas, son en la mayoría de los casos, el resultado ulterior de una de las formas precedentes, y particularmente del absceso pútrido *d'emblée*. Se manifiestan por la producción de nuevos focos de supuración, el desarrollo progresivo de la esclerosis y la aparición de bronquiectasias.

En este último estadio, sus caracteres se confunden con los de las dilataciones bronquiales primitivas complicadas de absceso.

A medida que se prolonga la duración crónica de una supuración, la repercusión sobre el organismo se acentúa, el efecto de los tratamientos paliativos disminuye, y cada vez se destaca más claramente la indicación de la operación quirúrgica.

La indicación operatoria debe establecerse de una manera precoz, tan pronto como se compruebe la ineficacia de los tratamientos médicos, no debiendo este plazo sobrepasar de dos meses, a contar desde el principio de la enfermedad, para los abscesos y supuraciones crónicas, y quince días para las gangrenas. La operación quirúrgica será tanto menos peligrosa y más eficaz, cuanto más precozmente sea practicada.

El neumotórax artificial es un método terapéutico poco eficaz en los casos rebeldes al tratamiento médico, a menudo peligroso y que hace difícil, si fracasa, la operación directa sobre el pulmón.

Los procedimientos quirúrgicos de colapsoterapia pueden ser utilizados como intervenciones complementarias después de las operaciones, o como tratamientos paliativos en las supuraciones difusas donde la extensión contraindica una operación radical.

La broncoscopia aspiradora es un medio coadyuvante para preparar la operación sobre el foco supurado o mejorar el estado de los enfermos afectados de bronquiectasias.

El verdadero tratamiento curativo de las supuraciones pulmonares es la acción quirúrgica directa sobre el foco, que permite el drenaje lógico del pus, y la resección de los tejidos enfermos donde se mantiene la infección.

Esta acción quirúrgica comprende: 1.º La neumotomía simple para los abscesos recientemente coleccionados sin reacción esclerosa y las gangrenas localizadas en grandes focos de esfacelo. 2.º La neumotomía con resección de la bolsa, para los abscesos pútridos *d'emblée*. 3.º La neumectomía para las supuraciones difusas extensas.

La neumectomía típica fragmentaria progresiva por tiempos sucesivos, es a juicio del autor, el mejor procedimiento para llegar a una destrucción completa y definitiva del foco supurado.

La lobectomía típica debe ser reservada a las supuraciones complicadas con bronquiectasias y a las bronquiectasias primitivas con o sin absceso, cuando la lesión está bien circunscrita a un lóbulo.

El Profesor Manfredo ASCOLI, de Roma, aporta a la ponencia su trabajo sobre las supuraciones no tuberculosas del pulmón, comprendiendo todas las diferentes lesiones que se reúnen bajo el nombre de abscesos pulmonares; para ello distingue tres formas:

1.º El absceso simplemente parenquima-

tosos producido por microbios piógenos, de evolución benigna que puede curar espontáneamente.

2.º El absceso gangrenoso primitivo, tendiendo a transformarse en absceso crónico, que a veces reviste una forma aguda progresiva de mal pronóstico.

3.º Formas crónicas simples, constituidas por lesiones complejas que transforman al pulmón haciéndolo esponjoso con zonas de esclerosis, cavidad de absceso y bronquiectasia.

Los abscesos se forman: por vía linfática, por difusión directa y por vía sanguínea.

El absceso del pulmón es siempre una afección quirúrgica de evolución dudosa. El 30 % de las formas agudas pueden curar espontáneamente. La evolución tiende a la agravación al iniciarse la cronicidad de la

lesión, hasta el extremo que para los abscesos cuidados todo lo más tarde seis meses después de su comienzo, tienen una mortalidad de 19 %; mientras que para los tratados después de los seis meses, la mortalidad alcanza el 75 %.

Las complicaciones más frecuentes son: el empiema por abertura del absceso a la cavidad pleural (eventualidad que algunas veces es afortunada, pues puede conducir a la curación del absceso), el absceso cerebral y la hemorragia.

El tratamiento médico ayudado de la vacuna y seroterapia puede beneficiar solamente en los abscesos que tienden a curar espontáneamente.

La broncoscopia puede ser beneficiosa en los casos de abscesos producidos por cuerpos extraños, suprimiendo la causa.

PEQUEÑAS DOSIS 15 gotas diarias DOSIS MEDIANAS 30 gotas diarias	
COMPUESTO TONICARDIACO Asociación Digitalina-Gabaína	
<h1>DIGIBAÏNE</h1> <p>NOMBRE REGISTRADO</p>	
Laboratoires DEGLAUDE 6, RUE D'ASSAS PARIS VI ^º	Muestras y Literatura: J. M. BALASCH Avenida 14 de Abril, 440 BARCELONA
La DIGIBAÏNE reemplaza con éxito digital y digitalina	