

# Sesiones científicas<sup>(\*)</sup>

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 1 de febrero de 1936

Presidencia: *Dr. Cospedal*

### PRESENTACIÓN Y PROYECCIÓN DE UNA PELÍCULA DE LA OPERACIÓN DE TORACOPLASTIA HECHA POR EL DR. TABLANTE (MANILA)

*Dr. Goyanes Capdevila.* — Después de algunas consideraciones acerca de la operación de toracoplastia, el doctor GOYANES hace proyectar una película de dicha operación hecha en Manila por el doctor TABLANTE, película que permite seguir de un modo muy claro la técnica practicada por este autor en varios casos de la intervención que nos ocupa.

*Dr. Lluesma.* — Interviene con el fin de que el doctor GOYANES aclare si los enfermos deben ser operados en posición echada, como aparece en la película que se ha proyectado, o bien en posición inclinada, forma en que él ha visto siempre realizarla en la clínica del doctor VIGUERAS. Igualmente ruega le sea aclarado si la resección de las costillas debe comenzarse de arriba abajo o bien de abajo arriba, ya que el doctor TABLANTE comienza por arriba y SAUERBRUCH, aunque dice que debe comenzarse así, en realidad hace lo contrario.

Termina ocupándose de un nuevo método cinematográfico muy útil para la obtención de películas de actos operatorios que ha tenido ocasión de observar en el último Congreso de la Cinematografía aplicada a las Ciencias Naturales.

*Dr. Verdes Montenegro.* — Los enfermos tuberculosos muestran generalmente un gran temor hacia la toracoplastia, intervención que a su juicio debe ser extendida en sus aplicaciones.

Afirma que se ha abusado mucho, en ocasiones con malos resultados, del neumotórax.

---

(\*) Comunicaciones sobre temas de índole quirúrgica desarrollados en las Sociedades médicas de Barcelona y Madrid.

## LAS ALTERACIONES DEL TRÁNSITO INTESTINAL COMO SÍNTOMA PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE CIEGO

*Dr. Santiago Carro.* — Sabido es que el cáncer de intestino grueso evoluciona muchas veces con gran lentitud, mientras que otras provoca pronto una serie de síntomas y manifestaciones reaccionales por inflamación, o por ambos mecanismos combinados. Particularmente los cánceres de ciego suelen provocar estas reacciones con más intensidad y con la consiguiente respuesta del peritoneo y de los ganglios próximos.

Estas reacciones se manifiestan, a mi juicio, de una manera tardía aun dentro de aquel grupo de síntomas clínicos reaccionales tempranos. Los actualmente reconocidos como tales, las alteraciones gástricas, pérdidas de peso y anorexia, estreñimiento o diarrea, acompañan siempre a procesos cancerosos de bastante difusión y toxicidad, aunque la exploración física sea negativa, y de esta forma poco se puede esperar de la cirugía.

Ahora bien, mucho antes de los síntomas citados pueden presentarse alteraciones radiológicas del tránsito intestinal, que siempre deben hacernos sospechar la evolución clínica silenciosa de un cáncer, particularmente del ciego o del colon ascendente.

En apoyo de lo dicho da lectura a la historia clínica detenida de un caso que ha tenido ocasión de observar en un sujeto de setenta años. Del estudio de este caso se deduce que mucho antes de que hubiese síntoma alguno que pudiera hacer pensar en un cáncer de evolución lenta, se presentaron alteraciones del tránsito intestinal, casualmente halladas en este enfermo, pero que debemos buscar en todos los de aparato digestivo con síntomas al parecer sin importancia, sobre todo si se trata de personas de edad avanzada, en las que los procesos malignos alcanzan su porcentaje más elevado.

*Dr. Goyanes Capdevila.* — Es interesante en el caso descrito por el doctor CARRO la gran distancia de tiempo existente entre el hallazgo del dato radiológico y la terminación mortal del enfermo. El principal valor de la comunicación presentada estriba en que demuestra la necesidad de hacer, en las personas de edad avanzada, una exploración radiológica anual con el fin de prevenir el cáncer. Esto ya se ha hecho en los Estados Unidos, al parecer con buenos resultados.

*Dr. Yagüe.* — Interviene para subrayar el mal pronóstico de las intervenciones quirúrgicas en los enfermos de esta edad tan avanzada.

*Dr. Obdulio Fernández.* — Llama la atención de los médicos y de los cirujanos acerca del papel que en la producción del cáncer pueden desempeñar los hongos y los coccidios. — *R. Gálvez.*

Sesión del 8 de febrero de 1936

Presidencia: *Dr. Cospedal*

### LAS ALTERACIONES DEL TRÁNSITO INTESTINAL COMO SÍNTOMA PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE CIEGO

*Dr. Carro.* (Discusión.) *Dr. Serrada.* — Interviene considerando que las dificultades del tránsito en el ileon no son sintomáticas del cáncer de ciego.

Señala la extraordinaria lentitud de la evolución de las neoplasias de esta naturaleza en casi todos los casos, siendo notable la semejanza existente entre el caso expuesto por el doctor CARRO y uno de MATHIE, que describe brevemente. Le parece bien la idea del comunicante de llamar síntoma de alarma al estasis ilear en los enfermos de edad avanzada, sin ninguna otra sintomatología. También es de un gran valor el resultado de la fórmula leucocitaria, siempre que su investigación se haga al principio de la sintomatología.

Se muestra partidario de operar en este intervalo silencioso de la larga evolución del proceso, siempre que no exista algún fenómeno real que lo impida. A estos enfermos, para que puedan ser operados, es necesario, en los días que preceden a la intervención, prepararlos haciéndoles acumular una gran cantidad de hidratos de carbono en su hígado, haciéndoles también, cuarenta y ocho horas antes, una inyección intraperitoneal de estafilococos y coli, para evitar en lo posible la infección del peritoneo.

*Dr. Larra.* — La modificación del tránsito intestinal en el caso expuesto por el doctor CARRO, signo radiológico al que ha concedido gran valor para el diagnóstico precoz, es un síntoma que se expone a variantes y que puede ser provocado no sólo por trastornos de localización cecal o cólica, sino también por trastornos de evacuación gástrica o ilear.

Mayor valor para este diagnóstico presentan, a su juicio, los síntomas directos, explorando al enfermo en varios decúbitos. Expone la técnica a seguir para hacer una exploración radiográfica detenida del ciego, señalando el hecho de que al aparecer una imagen lacunar se debe repetir la investigación. El diagnóstico de los tumores intestinales ha de basarse en síntomas directos obtenidos con una exploración radiológica muy completa.

Sesión del 15 de febrero de 1936

Presidencia: *Dr. Cospedal*

### RESECCIÓN TRANSURETRAL DE LA PRÓSTATA. SUS INDICACIONES. CUIDADOS PRE Y POSTOPERATORIOS

*Dr. Alfonso de la Peña.* — Se ocupa de la resección transuretral de la próstata que considera como el acontecimiento urológico más importante en los últimos tiempos. Son numerosos los maestros que han adoptado este método, sobre todo los cirujanos americanos, hasta el punto de que en la Clínica

Mayo se han practicado el año pasado más de 800 resecciones transuretrales por 2 prostatectomías únicamente.

Los fracasos de esta intervención se deben a que había sido practicada la intervención por sujetos que no conocían bien su técnica y no estaban prácticos en la endoscopia. También algunos de los fracasos pueden atribuirse a que la operación no estaba bien indicada o a que los enfermos no eran preparados de un modo adecuado ni se atendía debidamente el curso postoperatorio.

En suma, puede decirse que cada día se encuentra más desplazada la prostatectomía, que acabará por ser borrada del todo. En algunos enfermos es necesario practicar una segunda resección.

La resección transuretral encuentra sus indicaciones en todos los casos de disuria, adenomas, cáncer de próstata, etc., y por no alterar, al contrario que la prostatectomía, la función sexual, estará indicada en todos los sujetos jóvenes.

La preparación del enfermo debe ser igual que para la prostatectomía (masaje de próstata previo, radiografía del aparato urinario, análisis de sangre, de orina, de líquido prostático, etc.). Debe hacerse después un drenaje con sonda permanente durante algunos días.

Expone el doctor DE LA PEÑA la técnica de la intervención y proyecta fotografías del material empleado, explicando con ayuda de ellas los diferentes tiempos de la operación.

En su estadística, que comprende 50 casos operados en España, los resultados obtenidos — aunque alguno de estos casos era muy malo — han sido altamente satisfactorios, siendo la mortalidad casi nula.

*Dr. Cubillo.* — Interviene para, después de hacer un estudio detenido de los métodos empleados, mostrarse partidario de la extirpación de la próstata por vía suprapúbica.

## EL MERCUROCROMO EN OFTALMOLOGÍA Y SU IMPORTANCIA EN LA PROFILAXIS DE LA OFTALMÍA NEONATORUM

*Dr. Marín Amat.* — Estudio detenido que permite concluir que el mercurocromo instilado en el ojo es de un gran valor en el tratamiento, y sobre todo en la profilaxis de la oftalmia blenorragica del niño recién nacido, substituyendo al nitrato de plata empleado en el método de Credé.

Es preferible a los demás métodos hasta ahora empleados, primero por su sencillez y segundo por su inocuidad, ya que no determina ningún caso de conjuntivitis química.

También sería muy útil la solución de mercurocromo en el tratamiento de la conjuntivitis blenorragica del adulto.

En la discusión de la comunicación del doctor MARÍN AMAT intervienen los doctores VITAL AZA, BRAVO, MÁRQUEZ y DE LA PEÑA, que mostrándose de acuerdo con la posible utilidad del mercurocromo en estos procesos, hacen algunas consideraciones al tema expuesto. — *R. Gálvez.*