

dos completamente diferentes en las obstrucciones hidronefrósicas. Tampoco deben practicarse aquellas intervenciones plásticas, que son motivos de muchos dibujos, como fruncidos, suturas con colgazos, etc., y que dicen tener como fin el disminuir el volumen de la cavidad. Nada de esto debe hacerse, porque en cuanto desaparezca la presión intrapiélica, si no hay atrofia fibrosa, el tejido muscular se retraerá y esta pelvis de un volumen que supondremos como 10, al cabo de unos días se reducirá a 5 ó 3 sin necesidad de ningún fruncido.

El Presidente, Dr. COROMINAS, agradece al Dr. PUIGVERT su magnífica conferencia y hace observar que, a pesar de que por causas involuntarias no se hayan podido proyectar las películas como estaba anunciado, la palabra del con-

ferenciante es tan clara y su técnica operatoria tan perfecta, que ello ha permitido que el público se haya podido dar cuenta exacta de su maravillosa y clarísima manera de obrar. Ver operar al Dr. PUIGVERT equivale a seguir las láminas de un libro dibujadas por el mejor técnico. Además, su experiencia es ya tanta, que le permite una magnífica explicación anatómica y fisiológica de los motivos de todos los pormenores de su intervención. A pesar de su juventud, es ya un anciano en su técnica y ello hace que no se decida a practicar ninguna intervención sin saber antes cuál puede ser el resultado de la misma; estudia minuciosamente cada caso en particular y procura hacer el menor traumatismo posible al enfermo a fin de que éste quede en las mejores condiciones posibles para recuperar su posición ante la vida.



#### AFECCIONES PRECANCEROSAS DEL RECTO

Dr. J. BARBERA VOLTAS

Miembro corresponsal

26 de Febrero de 1957

Dice el Dr. BARBERA que el estudio de los tumores benignos del recto precancerosos es de gran

transcendencia para el estudio de la profilaxis del cáncer.

Es importante saber que los tu

mores epiteliales del recto pueden evolucionar durante muchos años, e incluso podría decirse que durante toda la vida, de una manera sorda, asintomática, o revelarse solamente por pequeños signos clínicos, lo cual obliga a pensar mucho en ellos para poderlos descubrir.

En este sentido, nunca se insistirá bastante sobre la importancia que tiene valorar el menor síntoma, ya que este pequeño sintoma es el que ha de conducir, como única guía, a descubrir los tumores benignos precancerosos del recto. Téngase presente que si se logra descubrir los tumores epiteliales del recto antes de su degeneración maligna, se logrará el verdadero diagnóstico precoz del cáncer rectal, con lo cual podrá evitarse el desarrollo del verdadero cáncer a gran número de personas.

Esos tumores se traducen clínicamente por el síndrome anorectal que, en las afecciones que nos ocupan, tiene por síntoma primordial la pérdida de sangre roja por el ano. Pérdida pequeña, discreta, insignificante, raras veces abundante, de aparición intermitente y representada por unas gotitas de sangre roja en la defecación. Lo cual hace que todo ello se atribuya para la existencia de almorranas. E insistimos en ello porque el atribuir toda pérdida de sangre a unas pretendidas hemorroides constituye el mayor obstáculo para el diagnóstico precoz del cáncer.

Otro síntoma importante de esta

clase de tumores lo constituyen las expulsiones nicromucosas, unas veces grandes, otras pequeñas, que constituyen el síntoma principal por su gran abundancia. Frecuentemente, esos tumores vellosos con sus secreciones abundantes, encubiertos por una colitis, pasan inadvertidos hasta que los descubre un tacto rectal.

Existen otros signos que son propios de los tumores epiteliales benignos, excepcionalmente del adenoma y del tumor viroso. Uno de estos signos menos frecuentes, algo raro, pero que el disertante considera de gran interés, es el prolapso del tumor. Otro signo, propio también de estas afecciones, lo constituyen las pequeñas crisis de invaginación intestinal, generalmente pasajeras, incompletas, pero que si van acompañadas de pérdidas hemáticas anteriores obligan a pensar en él.

En los tumores virosos, grandes, antiguos, se observa a veces la expulsión de fragmentos del tumor. Este signo es raro y, además, difícil de observar, porque se pueden expulsar fragmentos junto con las deposiciones. Ello tiene un valor diagnóstico absoluto, ya que la expulsión del fragmento permite practicar un examen histológico y determinar la naturaleza del tumor. Además, tiene un doble valor, ya que siempre se observa en tumores antiguos, grandes y con intensidad maligna manifiesta; o sea, que no se trata ya de un tu-

mor que pueda convertirse en maligno, sino que es ya un cáncer constituido.

De acuerdo con las ideas actuales es de mucho interés recalcar que los tumores vellosos, llamados también poliposvellosos, sufren una degeneración tan intensa que debe considerarse fatal en un plazo más o menos largo.

El Dr. BARBERA dice que, en 32 casos, ha hallado 23 formas malignas y 9 benignas, rebasando el 70 por 100 la frecuencia degenerativa.

En el adenoma puro solitario, la frecuencia degenerativa es infinitamente menor que en los vellosos. El disertante afirma que en 80 casos de adenomas solitarios puros, estudiados histológicamente, ha hallado sólo 3 formas degenerativas y de ellas solamente 1 corresponde al adenoma puro, ya que las otras 2 correspondían al adenomatovelloso.

El concepto de benignidad de los adenomas solitarios sugiere la duda de qué hubiera podido ocurrir si estos adenomas no se hubiesen extirpado y hubiesen seguido su curso evolutivo. Este hecho, aunque cierto, tiene importancia relativa porque no es suficiente para hacernos dudar de la auténtica bondad de 1 adenoma, de la misma manera que no cabe ninguna duda sobre la constante malignidad de los tumores vellosos.

En este punto presenta el Doctor BARBERA unas magníficas dia-

positivas para demostrar cuanto acaba de decir.

En resumen, puede afirmarse que:

En cánceres considerados como primitivos clínicamente y en buenas condiciones para operar, existió antes el tumor velloso, que fué el que dió origen al cáncer. Teniendo esto en cuenta, puede decirse que el supuesto cáncer doble no sería más que la evolución de dos tumores vellosos. Si, además, se tiene en cuenta la frecuencia con que se encuentran asociados cánceres y adenomas o tumores vellosos, es lógico suponer que el cáncer considerado como primitivo sea secundario con más frecuencia de lo que se cree.

Todo ello hace que pueda afirmarse la hipótesis de que la degeneración maligna de los tumores epiteliales benignos es cierta y que el origen del cáncer considerado como primitivo sea con mucha frecuencia secundario de la degeneración maligna de un tumor benigno.

El Dr. GALLART MONÉS después de felicitar al Dr. BARBERÁ por su notable comunicación, dice que la palabra pólipo se presta a muchas interpretaciones. Todos los tumores son pólipos macroscópicamente considerados. Los adenomas están formados por tejido adenomatoso, pero cuando se practican cortes seriados se ve que, con mucha frecuencia, hay irregularidades del

epitelio: células claras que luego aparecen oscuras, etc. Y ello podría representar la primera etapa para que el tumor adenomatoso se transformara en vellosos. Hace tiempo que cree que una gran cantidad de cánceres son primitivamente adenomatovellosos o quizás simplemente adenomatosos, que posteriormente se transforman en vellosos.

Insiste en la necesidad de practicar varios cortes seriados al examinar uno de esos tumores, pues si se limita el corte a una sola parte,

es posible que pase inadvertida la posterior degeneración del primitivo adenoma. Por lo tanto, lo interesante no es limitarse a una biopsia, sino que debe practicarse el estudio de todo el tumor. Y por lo que se refiere a las reproducciones del cáncer rectal, es preciso hacer el estudio histológico del nuevo tumor, de los ganglios longitudinales e incluso de la piel, vasos linfáticos y conductos nerviosos, ya que muchas veces se observan embolias que demuestran la malignidad del proceso.



## COMPLICACIONES DE LA RECTOCOLITIS MUCOHEMORRAGICA

Dr. A. GALLART ESQUERDO  
Miembro numerario

8 de Marzo de 1957

La rectocolitis mucohemorrágica puede presentarse a todas las edades y en ambos sexos, pero su mayor frecuencia se ve entre los 20 y 40 años y preferentemente en la mujer.

Se caracteriza por una serie de síntomas bien definidos y por su pronóstico, siempre grave y mortal muchas veces.

La imagen endoscópica de esta afección no se puede confundir con la de las demás enfermedades afines. La exploración radiológica juntamente con la técnica del do-

ble contraste proporciona datos valiosísimos para el conocimiento de la enfermedad y, sobre todo, para conocer la extensión de la misma. Esta afección puede provocar complicaciones extra e intra cólicas. Entre las primeras citaremos sólo la artritis y las lesiones cutáneas mucosas. Entre las segundas, la más frecuente es la pseudopoliposis rectocólica. Pueden producirse alteraciones de la pared, que dan lugar a la formación de colgajos y de pseudopólipos. Los colgajos son fragmentos desprendidos del colon