

MELCIOR, PIGEM SERRA, VALLEJO NÁGERA, FROUCHTMAN, FERNÁN PÉREZ, SALLERAS LINARES, MARTÍ GRANELL, CAPELLA BUJOSA, PUIGVERT GORRO, RUIZ LARA y OBIOLS VIÉ entre los españoles, y Dr. Paul HAUDROY, de Lausanne; Juan NASIO, de Rosario (Argentina); DOUVILET, de Nueva York; Norberto HENNING, de Erlangen, y Juan CIVET, de Lyon.

Expuso luego los informes que hubo de evacuar la Real Academia a petición de diversos organismos oficiales, la mayor parte procedentes de Magistraturas de Trabajo, que fueron resueltos en número de veintitrés.

Asimismo se refirió a los honores y distinciones con que fueron premiados algunos de los miembros de nuestra Corporación en atención a sus méritos científicos y

a su labor profesional, que fueron los siguientes: Dr. NUBIOLA ESPINÓS, con la Medalla de Plata de la Excelentísima Diputación Provincial; Dr. COROMINAS PEDEMONTE, con el grado de «Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique», condecoración que le fué impuesta por el embajador de la República Francesa, Dr. GARCÍA TORNEL con la Presidencia de la «World Medical Association»; Dr. SALARICH TORRENS, la Gran Cruz de Sanidad Civil; Dr. SAFORCADA ADEMÁ, con la Cruz Distinguida de San Raimundo de Peñafort.

Y terminó su relación dando cuenta de la asistencia de diversos representantes de nuestra Corporación a multitud de actos académicos de distintas entidades científicas, culturales y benéficas.

\* \* \*

A continuación fué pronunciado el discurso inaugural del Curso académico por el Académico Numerario Muy Ilre. Sr. Dr. D. Luis SAYÉ,

versando sobre el tema *Algunas características de la tuberculosis en la actualidad*, que se publica *in extenso* en este mismo número.



## TUMORES ENDOBRONQUIALES BENIGNOS

Dr. E. BIETO REIMAN  
(Académico corresponsal)

31 de Enero de 1956

El conferenciante justifica la elección del tema por el hecho de que los tumores endobronquiales benignos puede decirse que están hoy a la orden del día por sus par-

ticularidades de evolución hasta el punto de constituir una discusión constante en los medios neumológicos.

Hasta hace pocos años, hubiera

carecido de sentido aplicar el calificativo de benignidad al tratar de la patología tumoral broncopulmonar, cosa que se comprende, ya que no se disponía de otros medios de examen que el examen clínico, los rayos X y las autopsias. Así y todo, ya a finales del siglo XIX algunos patólogos llamaron la atención sobre ciertos tumores que no evolucionaban en la forma acostumbrada, apartándose de todo lo conocido hasta aquellas fechas. Sin embargo, aquellas advertencias pasaron poco menos que como simples curiosidades, como rarezas sin mayor importancia.

Fué a principios de este siglo cuando en Norteamérica se empezó a llamar la atención sobre estas neoplasias del aparato respiratorio. Pero aquellos trabajos tardaron en llamar la atención en los medios europeos y han sido necesarios los grandes progresos de la cirugía torácica para que, en un espacio de tiempo no mayor de quince años, se transformara radicalmente la cirugía pulmonar, para llegar a un conocimiento más amplio de las neoplasias de estos órganos.

Así se ha llegado al conocimiento de que hay tumores del aparato respiratorio que no evolucionan en la forma que se tenía por corriente. Por esta razón es útil hablar de estas formas benignas de tumores endobronquiales ya que de su diagnóstico correcto depende la vida del enfermo. Además, se ha de te-

ner en cuenta que cuanto más se vaya estudiando y conociendo la patología bronquial más se irá reduciendo el número de síndromes: tos irritativa, espasmódica, etc.

Para mayor claridad en la exposición del tema, divide el conferenciante su exposición en tres partes:

- 1.<sup>a</sup> *Aspectos anatómicos e identificación histológica;*
- 2.<sup>a</sup> *Clínica;*
- 3.<sup>a</sup> *Medidas terapéuticas que deben emplearse.*

**Estudios anatómicos e histopatológicos.** — Estos tumores, que se desarrollan en la entrada o en el tercio inferior de los bronquios principales, pueden adoptar las formas de una pequeña esférula o una forma alargada. Por lo general, estos tumores se encuentran en la entrada de los grandes troncos bronquiales. Otras veces, siendo endobronquiales, llegan a crecer dando lugar a una dilatación forzada del bronquio, pero sin llegar a atravesar su pared. En otro aspecto, el tumor no está dentro del bronquio, sino que una parte asoma por la mucosa y el resto se desarrolla por debajo de la misma, y aunque el tumor crezca hacia el pulmón, en lugar de invadirlo, lo rechaza. O sea, que la masa tumoral se desarrolla hacia el parénqui-

ma, pero sin penetrar en él. Es de notar la necrosis constante de la masa tumoral, su dureza y su color, que es tan particular que una vez visto nunca más se olvida; por regla general, no se observan metástasis.

Estos tumores, que crecen lentamente, no invaden el parénquima y no suelen provocar metástasis, deberían demostrar su benignidad por el hecho conocido en patología general, de ser ricos en tejido nutritivo, pobres en células y muy semejantes al tejido de donde procede; pues bien, no siguen ninguna de estas reglas: son ricos en celomas, pobres en tejidos nutritivos y no se parecen al tejido de donde proceden. Sin embargo, son benignos. Pueden parecerse al cáncer, y por esta razón se le ha llegado a calificar de cánceres benignos. ¿Cuál es su origen histológico? Pueden presentarse bajo dos tipos fundamentales: adenoma y cilindroma. El primero, histológicamente, es un tumor celular cuyas células son pequeñas, mal distribuidas, con restos de estroma y muy vascularizados. A veces parece pseudoglandular, por cuya razón se le ha dado el nombre de adenoma; el cilindroma está compuesto también por células pequeñas, redondas y originalmente distribuidas, pero presentan cavidades que le dan el aspecto de queso de Gruyère. Estas dos formas son las que podríamos llamar típicas; pero, a veces, no son tan perfectas y pre-

sentan una mezcla de los dos tipos. O sea, que entre los dos tipos básicos existen infinidad de matices.

**Clinica.** — Considera el conferenciante que el desarrollo de estos tumores pasa por tres fases distintas: 1.<sup>a</sup> Latencia radiológica; 2.<sup>a</sup> Fase de estado; 3.<sup>a</sup> Fase de complicaciones.

1.<sup>a</sup> *Latencia radiológica.* — En esta primera fase, que suele ser muy larga, el enfermo presenta un estado general muy bueno, sin alteraciones visibles, teniendo tan solo una hemotitis de sangre rutilante, que dura dos o tres días y luego desaparece. A veces, si la enferma es una mujer, esta hemotitis corresponde con el período menstrual. En otras ocasiones, el síntoma que presentan es tos seca, irritativa, que no responde a ningún fármaco; y algunas veces, pocas, el único síntoma es un cornaje, que en algunos casos pueden producirse a voluntad.

En general, el enfermo es un individuo joven, entre 30 y 40 años. Lo interesante sería poder diagnosticar el tumor en esta fase precoz, cosa difícil, después de la cual se pasa a la fase de estado.

2.<sup>a</sup> *Fase de estado.* — Además de los síntomas propios de la primera, se añade un elemento nuevo: el radiológico. A aquel enfermo que tenía hemoptisis, tos, etc., se le examina a la pantalla y apa-

rece una zona poco limitada de forma más o menos triangular. En este momento el conferenciante proyecta algunas cintas para demostración de lo que va diciendo.

Siempre que se sospeche la existencia de uno de estos tumores debe practicarse una broncoscopia o, mejor aún, una broncobioscopia. Pero si a pesar de todo no se logra el diagnóstico, se pasa a la fase de las complicaciones.

3.ª *Fase de complicaciones.* — En esta fase el enfermo ya no conserva su buen estado general, sino que, transcurridos años, la obstrucción del bronquio ha llegado a ser total, dando lugar a bronquiectasias, neumonitis recidivantes, etcétera, o sea que ha pasado a ser un enfermo grave. De todos modos, después de una exploración se puede diagnosticar la existencia de un tumor benigno, fundados principalmente en lo largo de su duración, ya que el cáncer maligno lo máximo que dura es de uno a dos años.

**Medidas terapéuticas que deben emplearse.** — Esta posibilidad de diagnóstico es de suma importancia, ya que lleva aparejada la idea de un tratamiento eficaz; para el cual existen tres grandes grupos de medidas terapéuticas: 1.º Radioterapia o radium; 2.º Extirpación de endobronquio; 3.º Exéresis quirúrgica.

1.º *Radioterapia o radium.*—El

campo de acción de este medio en los tumores benignos es bastante limitado, ya que presentan ciertas resistencias a la acción de los rayos X y, además porque por su situación, las dosis de radio necesarias para la curación del tumor podrían perjudicar al órgano en que asientan. Esta terapéutica puede aplicarse mejor cuando el tumor asienta en la tráquea o no está queratinizado.

2.º *Extirpación endobronquial.* —En teoría, este es el medio que debería ser mejor. Como se ha dicho antes, estos tumores suelen desarrollarse en el tercio inferior de la tráquea o en la entrada de los grandes bronquios; de aquí que esta técnica sea la que pueda ofrecer mayores ventajas. Sin embargo, en la práctica, las cosas no son tan fáciles ya que estos tumores sangran enormemente, tanto, que a veces con sólo tocarlos con el broncoescopio se producen hemorragias incoercibles. Así y todo éste parece ser el mejor método, ya que se trata de una terapéutica conservadora.

3.º *Extirpación quirúrgica.* — A veces es necesaria la extirpación quirúrgica amplia, o sea la práctica de lobectomía o neumonectomía. Para decidirse a practicar tales operaciones, es necesario recurrir antes a la tomografía, a la inyección de lipiodol, etc. De todas maneras siempre será el cirujano

quien, una vez abierto el tórax, decida lo que deba hacerse, ya que el médico no podrá hacer más que confirmar la existencia del tumor, pero no determinar sus condiciones.

Según las circunstancias, podrán efectuarse también intervenciones mínimas, como, por ejemplo, una broncotomía posterior o una traqueotomía con tranqueoplastia, que tiene la ventaja de ser conservadora.

El académico corresponsal Doctor MALARET interviene para poner de relieve los méritos del Dr. BIETO en el cultivo de su especialidad. Dice que el diagnóstico no siempre es tan fácil como ha parecido indicar el conferenciante. Más de una vez, previa radiografía, se ha diagnosticado la existencia de un tumor aparentemente benigno, cosa que parecía confirmar el estado general del enfermo, y una vez llevado éste a la mesa de operaciones y abierto el tórax, ha debido volverse a cerrar por comprobar la malignidad del tumor. Hace resaltar que el empleo de los rayos X no puede tener más utilidad que la de asegurar el diagnóstico, pues como método de tratamiento ha de confesarse que ha fracasado.

El académico corresponsal Doctor CARALPS dice que ha tenido siempre en el Dr. BIETO un excelente colaborador que le ha auxiliado mucho en la práctica de biopsias y en el diagnóstico de los tu-

moreos después de la exéresis. El clínico puede decir lo que ha observado por broncoscopia y si hay atelectasia unas veces o en otras hay encisemas; pero lo que no puede aclarar es si el tumor ocupa la luz bronquial y si hay o no mayor o menor compresión. Hasta ahora sólo nos podía decir si existía un tumor que, por biopsia, parecía ser un adenoma de Jackson. Al cirujano le ha ocurrido, en la práctica de las exéresis, que habiendo empezado por llevarse todo el pulmón, ha ido paulatinamente reduciendo su intervención por una especie de remordimiento al ver el estado en que quedaban los enfermos, ya que, si bien salvaban la vida, quedaban tan mutilados que, prácticamente, pasaban a ser incapacitados; por esto hoy se ha pasado de las grandes mutilaciones a resecciones segmentarias o subsegmentarias e incluso a pequeñas resecciones de diminutos glóbulos tuberculosos.

En la actualidad, se dispone de medios para averiguar el tamaño que pueda tener el tumor fuera del bronquio, con lo cual el cirujano puede intervenir un enfermo que esté todavía en estado de latencia practicando la broncotomía y explorar, de esta manera, la extensión del tumor y ver el sitio de su emplazamiento, lo cual permite practicar una lobectomía respetando la mayor cantidad posible de parénquima.

La extirpación de grandes masas

ante la duda de que el supuesto adenoma sea maligno, no siempre es conveniente, ya que el cirujano ha de pensar siempre que la intervención debe ser lo más limitada posible, pues, si conviene, ya podrá hacer más tarde una exéresis total. Y si es posible que con la radioterapia se logre una mejoría, entonces la cirugía da un resultado magnífico.

Cita el caso de una enferma que ha logrado catorce años de supervivencia después de una exéresis total a la cual se añadió un tratamiento radioterápico. En efecto, dando hasta 20.000 r., administrando atropina y antibióticos y esperando unas seis u ocho semanas para practicar la exéresis en mejores condiciones, se consigue una mejoría casi completa.



S. S. PAPA PIO XII ANTE EL PROBLEMA DEL PARTO SIN DOLOR  
ASPECTO CIENTÍFICO Y TÉCNICO

“*Metron to Belliston*”

Dr. V. CONILL MONTOBBIO  
(Miembro numerario)

7 de Febrero de 1956

Empieza el ilustre conferenciante agradeciendo a la Real Academia de Medicina que le haya confiado el desarrollo de este tema que se ha erigido, de una manera aguda en una inquietud colectiva, y dice que en esta inquietud, que más merece el nombre de psicosis colectiva, está el verdadero nudo del problema.

Todo ocurre porque la mujer tiene *miedo* al parto y le han dicho que hay medios de evitar este miedo dándole a entender que es posible poner al mundo un nuevo ser sin sentir los acostumbrados dolores del trance.

En el fondo, se trata de un acto

de sugestión, como en la mayor parte de veces en medicina, y éste parece ser el camino que condujo a READ, en 1933, a interesar a la gestante en la comprensión y control del proceso del parto, al cual dió en su tiempo aquel autor el calificativo de *parto sin temor*.

Para aquel autor inglés, el miedo es el factor más importante del dolor, y este miedo lo ha heredado ya de sus antepasados y de lo que ha oído contar de intervenciones más o menos dramáticas. NIXÓN y VAUGHAM aplicaban, desde 1940, el método de READ en grandes servicios hospitalarios ingleses, y a él se añadieron más tarde nuevos ele-