

Por lo que hace respecto a las relaciones del cáncer es evidente que la úlcera inflamatoria no produce cáncer, pero puede llegar a producirlo si aquélla es muy intensa y dura mucho tiempo; pero el porcentaje de estos casos es casi despreciable.

El Dr. BARBERA VOLTES insiste en la discutida posibilidad de la

transformación cancerosa y dice que en una revisión de 130 enfermos observados por espacio de 10 años no ha podido hallar una sola vez la transformación cancerosa. En sentido inverso, en un total de 200 cancerosos de recto no ha visto uno sólo desarrollado sobre una mucosa inflamada, sino que todos lo han sido sobre una mucosa normal.



ANATOMIA PATOLOGICA DE LA COLITIS MUCOHEMORRAGICA

Dr. F. GALLART MONES
Miembro numerario

14 de Marzo de 1957

Existen cuatro tipos de colitis ulcerosas:

1.º La tuberculosa; 2.º La disenterica bacilar; 3.º La amibiana y 4.º La colitis ulcerosa grave no específica.

Las tres primeras son específicas, porque se sabe cuál es su causa productora; en cambio, de la última no se sabe cuál pueda ser su causa. Los demás estados que se describen como colitis no son tales, sino trastornos funcionales del colon debidos a numerosas causas, dependientes a veces del mismo colon y, de 100 enfermos que sufren trastornos de colon irritables con diarreas el 90 por 100 tienen lesiones orgánicas.

Dice el Dr. GALLART que desde 1950 se ocupa del estudio de esta afección, o sea de la colitis ulcerosa grave no específica. Por aquella fecha consideraba esta enfermedad como una afección inflamatoria de la mucosa del colon, con ulceración de la sigmoidea y del recto y muchas veces, del colon ascendente que, en algunos casos, llega a abarcar totalmente la totalidad del intestino grueso. En este último caso las lesiones ulcerativas pueden ser de diversos tamaños, provocando deposiciones hemorrágicas y purulentas, siendo el síntoma pus un valor definitivo para asegurar la naturaleza de la enfermedad.

A medida que se han visto más

casos, que la casuística ha aumentado, se ha podido demostrar que el pus no es el signo preciso de la colitis ulcerativa, sino que única y exclusivamente es una complicación de la misma. Y esto se ha podido demostrar con la aparición de sulfamidas, ya que con éstas se logra disminuir, e incluso desaparecer el pus, pero la enfermedad ulcerosa continúa exactamente igual.

Antes los autores que se preocupaban del estudio de estas ulceraciones de la mucosa del colon las consideraban como primitivas y provocadas por bacterias, por un sinnúmero de microorganismos que atacaban directamente a la mucosa; pero el Dr. GALLART ha demostrado que estas lesiones ulcerativas no son primitivas de las mucosas, sino que son secundarias a lesiones evidentes demostrables de la submucosa y de todo el mesénquima.

Los trastornos vasculares, que son los responsables de la malignidad de esta dolencia (ya es sabido que los vasos están íntimamente ligados al sistema neurovegetativo) permiten suponer que este sistema, principalmente el simpático, ha de tener una gran importancia en la formación del proceso.

¿Pero, a qué es debido esta excitabilidad del sistema nervioso? Esto es todavía un enigma. El conferenciante pudo ya, en 1935, en colaboración con el Dr. Pedro DOMINGO, demostrar de una manera evidente: 1.º, que las lesiones radi-

caban en la submucosa y 2.º, que no eran producidas por ninguna bacteria y menos por el pretendido diploestreptococo de Berguer, ya que éste se encuentra también en individuos sanos.

La colitis ulcerosa es una enfermedad grave, que evoluciona por temporadas igual que lo hace la úlcera gástrica. La úlcera gastrointestinal no es una lesión de la mucosa y hoy se habla ya por muchos autores de un posible origen psicosomático, por cuya razón algunas veces dan muy buenos resultados los tratamientos que se dirigen a corregir aquel estado psicosomático. Es también una enfermedad que evoluciona por etapas y es fácil demostrar que la lesión no parte de la mucosa, ni es producto de la infección bacteriana, sino que las lesiones destructivas son consecutivas a las lesiones que se fraguan primitivamente en la submucosa, siendo éstas de origen vascular.

La anatomía patológica de estas lesiones se ha podido estudiar a base del examen rectoscópico y de las piezas obtenidas por biopsias o por necropsia.

Al llegar a este punto el conferenciante proyecta una serie de magníficas fotografías en negro y en color demostrativas de cuanto va diciendo.

El Presidente, Dr. COROMINAS, hace un cumplido elogio de la magnífica conferencia del Dr. GALLART,

al cual, dice, se le escucha siempre con la mayor atención por la maestría con que expone cuanto quiere. Realmente sorprende que la enfermedad estudiada, que no es demasiado frecuente y que, por lo tanto, el médico pantiatra o médico de familias, vé raras veces haya podido dar ocasión al Dr. GALLART para hacer de ella un estudio tan completo y detallado, tanto en su proceso anatomopatológico y clínico como en su etiología y en la forma de tratarla. Hace incapié en el hecho de que pueda influir en su desarrollo un estado psicossomático y pregunta al Dr. GALLART cuál es el porvenir de los enfermos a los

cuales se les ha extirpado la totalidad del colon desde el ciego hasta el recto, a lo cual contesta el conferenciante que estos enfermos, generalmente personas jóvenes, viven perfectamente bien y pueden sobrevivir muchos años y afirma que alguno de sus enfermos, que hoy goza de perfecta salud, fué operado hace más de cuarenta años. Y termina el Dr. COROMINAS su intervención poniendo de relieve las dotes que adornan al Doctor GALLART MONÉS como médico eminente, que hace un estudio tan completo y metódico de todos los enfermos que pasan por sus manos.



PARO CARDIACO Y SU TRATAMIENTO

Dr. D. MONTON RASPALL

26 de Marzo de 1957

Dice el Dr. RASPALL que la muerte por paro cardíaco, sin ser muy frecuente, es muy temible. Con el descubrimiento de la anestesia en 1846, y especialmente usando el cloroformo, aquel accidente aumentó tanto que representaba un positivo riesgo para el enfermo, que debía someterse a una intervención, aunque fuese poco grave. Durante los últimos cincuenta años los médicos han ido

descubriendo las causas de la muerte por paro cardíaco y los tratamientos adecuados. A pesar de ello, es todavía grande el número de pacientes que muere por aquella causa, tanto en los casos de intervención importante como en el consultorio del médico por una simple inyección de pantopal y de novocaína, tanto si es joven como si es viejo, y lo mismo ocurre en el nosocomio más humilde