

COLOQUIOS SIMULTANEOS  
(RESUMENES)

## DISCUSION DE LA MESA REDONDA DE LOS «TUMORES ENDOTORACICOS»

A CARGO DEL

Dr. G. MONTES VELARDE

### INTRODUCCION (Dr. MONTES VELARDE)

La idea en el desarrollo de estas mesas redondas es, como ya nos adelantó e insistió GUERRA, su carácter informal, de «tertulia».

Por ello, ninguno de los que han venido conmigo al requerimiento hemos preparado nada en concreto, y nada expondremos, sino contestar en lo que podamos a las cuestiones que pueden plantearse en el curso de este diálogo.

No obstante, ya alguno—los Dres. Cosío y APARICIO—me han adelantado la exposición de un tema concreto. Así, pues, ellos, y los que tengan algo que aportar, que nos lo muestren.

Cuando nos pidieron el tema, más nos limitábamos a los tumores bronquiales y pleurales, pero, por precipitación en la edición del programa, al acortar el título se ensanchó el tema.

A los tumores bronquiales—benignos y malignos—, en cuyo diagnóstico tanta importancia tiene la broncoscopia y ulterior estudio cito-histológico, se añaden todos los endotorácicos.

Los tumores primitivos de pleura, muchas veces de difícil precisión en cuanto a su carácter de primitividad, han podido ser objeto por nuestra parte de un estudio particular, por disponer de una casuística infrecuente en la literatura, por su número, habiendo podido sacar conclusiones diagnósticas y terapéuticas hasta cierto punto precisas: en cuanto a las primeras, su notable capacidad de exudatividad, su carácter hemorrágico, aunque no constante u obligatorio, y el estudio citológico o histológico, éste, cuando es posible la pleuroscopia; en cuanto a las segundas, ante el fracaso de todo intento, muestro una postura absolutamente pesimista.

En fin, también los tumores del mediastino quedan incluidos en el tema—de los que nos ocupamos hace años en una publicación—, procesos que tienen o simulan un abolengo mediastínico, y en los que es clave para el diagnóstico el estudio radiológico transverso, que permite, por su situación en la región mediastínica anterior—superior o inferior—y posterior, un diagnóstico de presunción. El tumor mediastínico puede quedar confinado en el espacio mediastinal o al ganar volumen, alcanzar los campos pulmonares y hacerse endotorácico o ganar otras zonas extratorácicas y quedar vinculado al mediastino por un pedículo más o menos individualizado.

Hemos seleccionado del material que procede de nuestros Centros—éste y el SEAR—algunos casos, por si en el transcurso de esta tertulia pueden servir de

aclaración a determinadas circunstancias, y finalmente, un film endobronquial con expresivas imágenes de tumores benignos y malignos, que pospongo a sus intervenciones, y sólo en el caso de que haya tiempo la proyectaríamos parcial o totalmente.

He pedido el concurso de los Dres. RESINES, MALLAGRAY, GIRONÉS y ESCALONA—mediastinoscopia—, y en la mesa contigua, PUCHOL, para que ellos, con su dilatada experiencia y competencia, puedan en los dos puntos más esenciales, el «diagnóstico cito-histológico» y el «tratamiento quirúrgico» aclarar, respectivamente, estos problemas.

Para empezar, pues, les ruego me digan quiénes tienen alguna aportación, además de los Dres. Cosío y APARICIO, para a continuación iniciar el diálogo.

## DISCUSION

Se inicia con la aportación del Dr. D. SANTOS Cosío (León) con la descripción de casos, a los que acompaña proyección de las correspondientes diapositivas.

A continuación, y después de la discusión de preguntas de diversos componentes de la mesa, se prosigue con la comunicación de los Dres. FRANCISCO PALACIOS CANO y BENITO CABANILLAS BOTELLA (de Oviedo, Sanatorio «Monte Naranjo»), con proyección de diapositivas correspondientes a sus casos, que seguidamente son discutidos, a la que sigue la del Dr. APARICIO.

El Dr. MANUEL TORRES CANSINO (de Sevilla) presenta, a su vez, con proyecciones, procesos de mediastino y endotorácicos, que igualmente son objeto de comentarios por los concurrentes a la mesa.

Le sigue el Dr. ESTEBAN HERNÁNDEZ (del Hospital Militar «Gómez Ulla»), con la presentación y proyección de tumoraciones endotorácicas, siendo también objeto de la correspondiente discusión.

El Dr. YGLESIAS DE OLIVEIRA (de Lisboa) presenta una comunicación de tumoraciones de esta índole, que es ampliamente comentada, dadas sus características de difícil diagnóstico.

El Dr. SANTOS MALLAGRAY, con nosotros, presenta un caso de cáncer pulmonar objeto de lobectomía con resección bronquial, que le da ocasión para plantear la técnica de bronquiectomía y sutura bronquial, para hacer más limitada la cirugía ablativa de los tumores malignos.

Así, pues, han intervenido en diversos momentos, con ocasión de la presentación de estos casos o con aportaciones propias, los Dres., además de los anteriores, TOLEDO, J. DÍAZ, REVENTÓS (de Barcelona), A. RESINES DEL CASTILLO (de Madrid), R. GIRONÉS CONEJERO, J. YAGÜE PARTEARROYO, F. R. DE PARTEARROYO (de Madrid), G. FERNÁNDEZ DE QUIRÓS (de Madrid), JOSÉ MOLINA NAVARRO (de Madrid), FRANCISCO J. BUENO DE LA TORRE, LORENZO SÁNCHEZ, GERVASIO RUIZ BENÍTEZ, NOSOTROS MISMOS, J. ESCALONA ZAPATERO, CHECA, FIGUEROA, ROMERO, etc.

Prescindí de la presentación de los casos seleccionados de nuestra casuística de tumores endotorácicos, así como de la proyección de un film en color con imágenes endobronquiales de tumores benignos y malignos, por haberse agotado el tiempo previsto para este coloquio.

Algunos me han sugerido la publicación de sus comunicaciones.