

L'ESTIMACIÓ EN L'EXERCICI DE LA CIRURGIA

Claret Coromines I.

La cirurgia és un art que neix espontàniament, per mor de la seva necessitat. És ben palès que emprar instruments rudimentaris per intentar solucionar el desbridament d'abscessos, extirpar tumoracions, amputacions, fins i tot practicar trepanacions, ja es feia a les primeres civilitzacions. Mirem sinó els coneixements que els egipcis i perses tenien dels malalts. Ara bé, fins a l'edat mitjana, la cirurgia constituïa només un acte brutal i molt dolorós, que gairebé sempre acabava amb la mort del pacient. Després esdevindrà un acte purament tècnic, sense donar massa importància a la persona amb la qual es treballava, ja que el que primava era, sobretot, la rapidesa en l'execució. No serà fins el decenni 1830-1840 i gràcies a Dupuytren a París, Asley Cooper a Londres, Dieffenbach a París i a tants d'altres menys coneguts, que finalment la cirurgia esdevé un acte solidari entre metge i malalt, i que va fer dir al famós cirurgià Marjolin el 1836: "La cirurgia ha arribat fins el punt de no tenir res per adquirir". Aquestes dues paraules, metge i malalt, han de caminar molt unides, ja que són dues realitats fonamentals dins la nostra vida professional. Amor per la cirurgia sí, però sobretot, amor als nostres pacients. L'acte quirúrgic no és més que la sublimació d'uns estudis i experiències que avalen la nostra profunda vocació per ajudar als qui pateixen. Si trèiem l'amor que ha d'acompanyar tota la nostra professió, tot quedaria reduït a un fet mecànic més o menys robotitzat i recompensat per uns efectes econòmics.

Sempre he sentit amor per la cirurgia i pel seu poder de fer reviure els nostres semblants. És una manera de viure la solidaritat entre les persones sense tenir en compte la seva raça, la confessió religiosa o la situació econòmica en què es trobin.

Catalunya ha gaudit sempre de extraordinaris cirurgians i l'escola Catalana ha estat reconeguda arreu del món. Ella ha fet de fructífera llavor en totes les subespecialitats.

La cirurgia pediàtrica, que aquesta nit represento amb orgull en nom de tots els meus companys, té una curta història dins de l'ample ventall de la medicina. Esdevé una realitat en desmembrar-se de dos grans troncs: la cirurgia general i la pediatria mèdica. L'essència de la seva independència es desprèn del seu propi nom, "cirurgia dels nens". No ve determinada per cap caracte-

rística anatòmica del sistema humà, sinó que es basa únicament i simplement en la peculiar anatomia madurativa i la fisiologia de l'infant, d'una manera especial durant el període neonatal i àdhuc, avui en dia, del prenatal.

Són profètiques les paraules de Potts, que a principis de segle escrivia: "Hi ha molta confusió sobre el paper que correspondrà a la cirurgia pediàtrica dins les grans especialitats, però ben segur que d'aquí a 25 anys, tota escola de medicina o centre mèdic important comptarà amb un servei de cirurgia pediàtrica", sempre dins de l'ampli context de la cirurgia general.

Tornant a la cirurgia en general, recordo que parlant amb un cirurgià de l'hospital de Harras, prop de Jerusalem, on treballen junts jueus i palestins, es tractaven igual aquells que havien sigut afectats per una guerra, tan absurda com sanguinària, sense pensar que a la sortida podien ser atacats per fanàtics de qualsevol comunitat.

La cirurgia no només s'ha de dedicar a estudiar noves tècniques operatòries sinó fonamentalment, a humanitzar el treball de les nostres mans. La descripció que el cirurgià ha de ser una persona amb vista de falcó, cor de lleó i mans de cotó, queda curta davant la realitat que tracta amb éssers humans.

L'any 1957 vaig operar amb èxit la primera atrèsia d'esòfag que se salva al nostre país. Durant vuit dies vaig estar al costat del pacient, vigilant-li les constants. El mateix em passava a l'Àfrica quan treballava com a metge missioner independent, a l'Hospital de Lunsar enmig de la selva, fundat pels germans de l'ordre de Sant Joan de Déu. Allà, ajudat per la meva sacrificada esposa, operàvem nadons i adults amb unes condicions molt precàries. El goig que sentia en donar-los d'alta no és comparable als guardons que s'atorguen als herois. Havia donat vida a un infant gràcies a la capacitat que Déu m'havia donat i que jo havia desitjat de la cirurgia. Amb quin amor i quin carinyo les mares de Sierra Leona ens abraçaven plorant en silenci!. Tractar amb malalts m'encisava i era en el quiròfan on treballava amb una seriositat i entrega que no semblaven pertànyer a l'home frívol per com era conegut moltes vegades.

La vida d'un cirurgià és llarga i plena d'anècdotes. Tots en podem explicar alguna. Jo ara recordo aquestes. Vaig operar el fill de Mobutu, a la primitiva Clínica Teknon, fundada el 1960 amb cinc companys i que ha esdevingut el reconegut Centro Médico Teknon i del qual ara sóc el President Honorífic del cos facultatiu. Aquell dia, els voltants de la clínica van quedar plens de guardaespatlles, metralleta en mà. Entre tots, i amb molts companys del President Mobutu, van posar un toc de color arreu del barri.

Sentia una gran admiració pel cirurgià austríaco-alemany Sauerbruch i per la seva càmera hiperbàrica. Això explica el meu interès per la cirurgia toràcica infantil, cosa que provocà l'assistència a molts malalts, entre ells, una nena de dos mesos, filla d'un gran futbolista navarrès. Me la van remetre des de Pamplona per un emfisema molt important i incapacitant. La vaig intervenir amb èxit del primer emfisema lobar congènit conegut al nostre país. De manera semblant també operava d'urgència una nounat, neboda i afillada meva, que presentava un quist pulmonar gegant amb comunicació directa a l'arbre bronquial i amb una gran desviació de mediastí. Li vaig practicar una de les primeres neumonectomies en el nostre entorn.

Tinc present també la ben coneguda picardia dels components de la raça gitana. Una vegada, abans d'operar el fill d'un d'ells, vaig dir-li al pare: "No es preocupi, que tot anirà bé". I el pare em va contestar, tot ensenyant-me una navalla: "No, si va malament, qui s'ha de preocupar és vostè". Després, molts d'aquests malalts i d'altres, m'han convidat al seu casament, amb els quals he pogut retrobar noves emocions.

No voldria donar la impressió que vull ressaltar els meus mèrits quirúrgics, però em passa com a tots els cirurgians, que el que més ens agrada és parlar de cirurgia. Vaig ser President de la Societat Catalana de Pediatria i President de la Primera Societat Espanyola de Cirurgia Pediàtrica. De les dues, guardo els millors records, tant per les seves sessions científiques com per les seves, de vegades, acalorades discussions.

Voldria afegir que cada dia s'obre mes camí per als nostres tractaments, tant de diagnòstic com de pauta tècnica operatòria. Primer, la radiologia i l'ecografia; després, la TAC i la ressonància magnètica, i així mateix la radiologia no invasiva assoleixen una gran importància. I en el camp del quiròfan, la laparoscòpia, la microcirurgia, el làser i, sobretot, els trasplantaments, tant renals com de cor o pàncreas. Em sorprenen, i em produeix una sana enveja no poder practicar-les.

Totes aquestes novetats han estat possibles gràcies al progrés de l'anestèsia, que començava Morton amb l'aplicació d'èter sulfúric, òxid nítrós o gas hilarant. Però es pot dir que va ser el mateix Morton, l'any 1846, que va usar l'èter actual, i Simpson l'any 1847, que va començar a usar el cloroform en obstetrícia. És llavors quan s'inicia l'edat daurada de la cirurgia. Nosaltres anestesïàvem els nadons i lactants amb Whisky, que el Dr. Roviralta, el primer dels meus mestres, portava directament d'Escòcia com si fos un veritable tresor. En l'actualitat vivim un moment molt delicat i perillós: la cirurgia fetal, la reproducció assistida amb òvuls congelats, juntament amb la clona-

ció, que pot atorgar a la ciència un poder extraordinari en la formació de l'home fins a dirigir-ne les gàmetes que lideraran la seva personalitat.

Tant de bo l'experimentació no vagi per aquests camins, sinó que s'encamini a ajudar a treballar en el tercer món, on tants infants moren de gana o de malalties fàcilment curables. Jo mateix, a través de la Fundació Ajudant a Ajudar, de la qual formo part del Consell Assessor, vull destinar el meu temps a crear professionals autòctons. És impossible que els cirurgians cobreixin tot el món, però sí que poden contribuir a formar professionals a cada país. No és un problema econòmic, és qüestió de vocació per l'ensenyament, la qual cosa demostraria la solidaritat que hi pot haver arreu del món.

No puc acabar aquest breu parlament, sense donar novament les gràcies a la Societat Catalana de Cirurgia, i en el seu nom, al seu president, el benivolgut professor Laureano Fernández-Cruz, que m'han escollit, en un dia tan important com és el 75 aniversari de la Societat, per lliurar-me el Guardó que més il·lusió m'ha fet a la meva vida, el Gran Premi Virgili que no mereixo, però que accepto de tot cor. Tampoc puc deixar de recordar el meu pare, metge vocacional, que em va inculcar els primers coneixements de cirurgia. Ni la meva recordada mare, que em va ensenyar a estimar els malalts. Ni la meva recordada mare, que em va ensenyar a estimar als malalts. Ni tampoc a tots els que han treballat amb mi per ajudar a tirar endavant el nostre esperit: en primer lloc, el Prof. Luis Morales Fochs, ja Catedràtic, i a qui tinc pel fill científic més estimat; com també els doctors Salarich, Rovira, Montaner, Ribó, Mulet, Obiols i tants d'altres als quals he intentat fer combregar amb el meu ideal: "Sempre, el primer, és el malalt". Axioma que predico constantment i amb èxit a la meva dolça filla Patrícia, que segueix la nostra professió amb gran dedicació.

Finalment no vull deixar d'esmentar al professor Manuel Cruz Hernández que des d'un principi em va confiar els seus "malaltets" de la Càtedra de Pediatria.

Moltes gràcies.

Prof. Isidre Claret Coromines

Premi Virgili 2002 de la Societat Catalana de Cirurgia

THE SPIRIT OF ENDURANCE

Launois B.

Mr President,
Dear Colleagues,
Ladies and Gentlemen,

It is a great honour and a great privilege to be here with the Catalan Society of Surgery. It is a great pleasure to celebrate with you the 75th anniversary of the Foundation of your Society. France and Catalonia were always very close and this anniversary is a good opportunity to feel each others closer. But I would like to thank you and to express my gratitude to the members of his society for receiving the prestigious Gimbernat Award.

Unfortunately, I was, an orthopaedic surgeon. My thesis was written on experimental data of the fracture of the neck of femur. A bone graft was inserted in the head of femur with its muscular pedicle, in order to obtain revascularization and reconstruction of the necrotic bone.

At the end of my residency I went to Beaujon hospital ; the head of the department was Jean-Louis Lortat-Jacob. In July 1944, he had performed the first Sweet procedure in France. One month later the patient was walking in the Streets of Paris. It was the liberation of Paris. It was recommended to him; "please do not be killed by a bullet".

But the following 12 patients died. And in 1947 only 4 patients survived. In 1952, he performed the first right extended hepatectomy. When I arrived in Beaujon in 1962. I was so impressed by this surgery, as I decided to become a digestive surgeon and to stay with this team. In GI surgery, you need to plan the type of surgical procedure; eventually a more complete procedure, to assess the risk and to know how to deal with the surgical complications. The surgical technique should be perfect with an excellent exposure, a prophylactic hemostasis, to know that dissection is division and to remember that it is a symphony for the left hand. During my stay we meet many surgeons: Nakayama, Barrett who was discussing Barrett epithelium vs endobrachyesophagus. However in 1963 a young surgeon published the first three homografts of the liver. I decided to fly to Denver. The first transplant patient I saw was a very sick patient and died. But the liver biopsy was normal. The success were rare but the first 5 year survival was obtained.

En 1972, I was appointed head of department in Rennes. Because of a randomised trial showing the efficiency of ALG, we used this drug to obtain

our first success of liver transplant in 1978. But the liver transplantation was not very popular. T.E. Starzl was fired from Denver. The use of Cyclosporine changed suddenly the context. Any way, in 1985, few cities succeed in liver transplantation : 3 in France of which Rennes was and one in Spain : Barcelona. In 1988 for the 80th birthday anniversary of J.L. Lortat-Jacob, T.E. Starzl received the title of *Doctor Honoris Causa* of Rennes.

In spite of the liver transplantation, I stay always a digestive surgeon. In 1974 we decided to resect the Klastkin tumor with a resectability rate of 60%. We showed the results were depending of the stage of the disease but the resectability depends on hepatectomy rate.

In 1990 we proposed a more simple technique of hepatectomy with a transfissural approach: the posterior approach of the liver hilum. A book was written with Gl. Jamieson, during his sabbatical in Rennes. We improved the long-term survival. We were also interested in neo-adjuvant therapy and evidence based surgery.

One of the great pleasures of our field is that surgeons are in a international club, a club of friendship. For the first time, an European surgeon belongs to the court of examiners of the Royal College of Surgeons of England.

At the present time I am Professor of surgery at the University of Adelaide (SA) for 5 years. From time to time, I spent a week in Port-Augusta Hospital, close to the Spencer Gulf, at the Cross-road of the highways Perth-Sydney, Adelaide-Darwin. In the momitains, there is the Gasneau tree. Gasneau was a French photographer who took this picture in the 1930's. The name of this tree is "Spirit of Endurance".

And the Spirit of Endurance, that's the symbol of digestive surgery.

Prof. Bernard Launois

Premi Gimbernat 2002 de la Societat Catalana de Cirurgia

SALUDO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS

Moreno Azcoitia M.

Ilmo. Sr. Consejero de Sanidad de la Generalitat, Sr. Presidente de la Societat Catalana de Cirurgia, Autoridades, amigos todos.

Cuando a principios de este año, acordamos con el Prof. Fernández Cruz que se celebrase una reunión de la Junta Directiva de la Asociación Española de Cirujanos en Barcelona con motivo del 75 Aniversario de la fundación de la Sociedad Catalana de Cirugía, entendimos que era un honor y una deferencia nuestra asistencia a este acto.

La Junta Directiva de la A.E.C. ha tenido su reunión acordada y, muy gustosamente, nos encontramos en este acto solemne de la Sociedad de Cirugía más antigua de nuestro país, que hoy celebra el 75 aniversario de su Fundación, siendo ocho años más antigua que la Asociación Española de Cirujanos que se fundó en 1.935.

Puedo afirmar que las relaciones de la A.E.C. con la Sociedad Catalana y con los cirujanos catalanes, han sido siempre fecundas e intensas y buena prueba de ello es la representación de la cirugía catalana en la Presidencia de la AEC con Puig Sureda, Cortes Llado, Piulachs Oliva, Puig Lacalle y nuestro próximo presidente que será Eduardo Jaurrieta Mas, que presidirá el congreso nacional de noviembre en Madrid. También ha habido, a lo largo de todos estos años, cirujanos catalanes muy representativos en las diferentes juntas directivas y comités científicos de la AEC. Actualmente nuestra junta directiva se enriquece y enorgullece de contar en su comité científico con los Profs L Fernandez-Cruz y A Sitges-Serra, con el Prof J Fernández-Llamazares como coordinador de la sección de postgraduados y con el Dr Targarona como jefe de redacción de nuestra revista Cirugía Española. En términos futbolísticos, el entrenador y la mitad de la selección.

En Barcelona se han celebrado 3 Congresos Nacionales y 2 Reuniones Nacionales y quiero recordarles que el 1º congreso nacional, se celebró en Barcelona en el año 1.949 y que cuando se celebó el 3º, en Barcelona, en 1.980, fueron los cirujanos catalanes, elegantemente, los que hicieron la propuesta de que a partir de entonces, los congresos Nacionales se celebrasen en Madrid por ser de más fácil acceso para todos los cirujanos.

La aportación de la Cirugía Catalana siempre ha estado en el nivel de la excelencia y una prueba de ello, son los premios que hoy se entregan que llevan

el nombre de dos ilustres cirujanos de estas tierras: Virgili y Gimbernat que enriquecieron no sólo la cirugía española sino que sus trabajos se extendieron más allá de nuestras fronteras.

Esta aportación continúa hoy en día, pues es conocido por todos el nivel de la cirugía catalana y, si alguien lo duda, que lea detenidamente el programa del próximo XXIV Congreso Nacional con las ponencias de la mesa redonda de la Sociedad Catalana de Cirugía. Todos ellas son de temas muy actuales y de gran nivel quirúrgico.

La Asociación Española de Cirujanos se siente orgullosa de todos los cirujanos y de todas las sociedades quirúrgicas autonómicas y, por este motivo, se decidió iniciar una nueva andadura en la cual las sociedades autonómicas organizarían un mesa redonda en los Congresos Nacionales, comenzando este año con la Catalana por ser la más antigua.

El sentir de la Asociación es, como dicen sus estatutos: "Contribuir al progreso de la Cirugía en todos sus aspectos promoviendo la formación, el desarrollo y el perfeccionamiento profesional de los cirujanos, procurando la mejor calidad en la asistencia a los pacientes y fomentando la docencia y la investigación".

Por este motivo, independientemente de los Congresos y Reuniones Científicas que se han realizado y de su publicación "Cirugía Española", hace unos años se emprendieron otros proyectos para garantizar esos objetivos y, por ello se vienen celebrando reuniones para la mejora de la formación de los Médicos Residentes, que han sido organizados por las diferentes secciones (HPB, Coloproctología, Endocrino, Infecciones, Hernia, Endoscopia y Formación). Además, hay otras reuniones anuales para aquellos especialistas que tienen un especial interés en un área determinada que también son organizados por la secciones (Coloproctología, Pared Abdominal, Endoscopia y Mama). Estoy seguro que en un plazo muy breve, cada una de las 12 secciones de la AEC tendrá su curso de formación.

Dentro de estos proyectos, se debe incluir también el trabajo tan importante que están desarrollando las secciones de Gestión de Calidad y de Politrauma, con la incorporación de los acreditados cursos de asistencia a los politraumatizado, ATLS, que han sido un éxito y que al tener las plazas cubiertas hasta el año 2.005, nos obligarán a tener que abrir otra nueva sede para que funcione simultáneamente con la actual de Salamanca.

Como proyectos editoriales, estos se iniciaron con los Consentimientos Informados, una herramienta de trabajo imprescindible en nuestra práctica diaria, actualmente utilizados con o sin modificaciones por el 70% de nues-

tros hospitales, de acuerdo con los datos publicados en Cirugía Española, en el número de Junio del presente año, pasando posteriormente a las Guías Clínicas de las que se han editado ya cuatro (Endocrino, Coloproctología, Esófago-gástrica y Politrauma). Este año saldrán la de Infecciones y pared abdominal, hasta completar todas las secciones.

No podemos olvidarnos de nuestra página web, una de las más visitadas y valoradas entre las diferentes sociedades científicas y que es visitada no solo por los cirujanos españoles, sino también por cirujanos de otros países sobre todo de Hispanoamérica.

Trabajamos también muy activamente en la Comisión Nacional de la Especialidad, actualmente en la elaboración de un nuevo y más actual programa para la especialidad de cirugía general y en nuevos requisitos para la acreditación de los centros donde se formaran nuestros residentes y, con el mismo interés seguimos trabajando en otro importante aspecto de la formación, la Formación Continuada de nuestros especialistas, hecho que la sociedad nos demanda y así, nuestros Congresos, Reuniones, Guías Clínicas, Revista, etc. son las mejores ofertas de formación continuada para los cirujanos españoles.

Gracias a todo el trabajo de los que nos precedieron, así como al desarrollado actualmente por la Junta Directiva, nos aproximamos a los 3.000 asociados, lo cual es un índice muy importante de la aceptación de la Asociación entre los cirujanos españoles, pues supone más del 60% de estos. Es indudable que la puesta en marcha de la Fundación "Cirugía Española" ha contribuido también a estas mejoras gracias a una mejor gestión de los recursos.

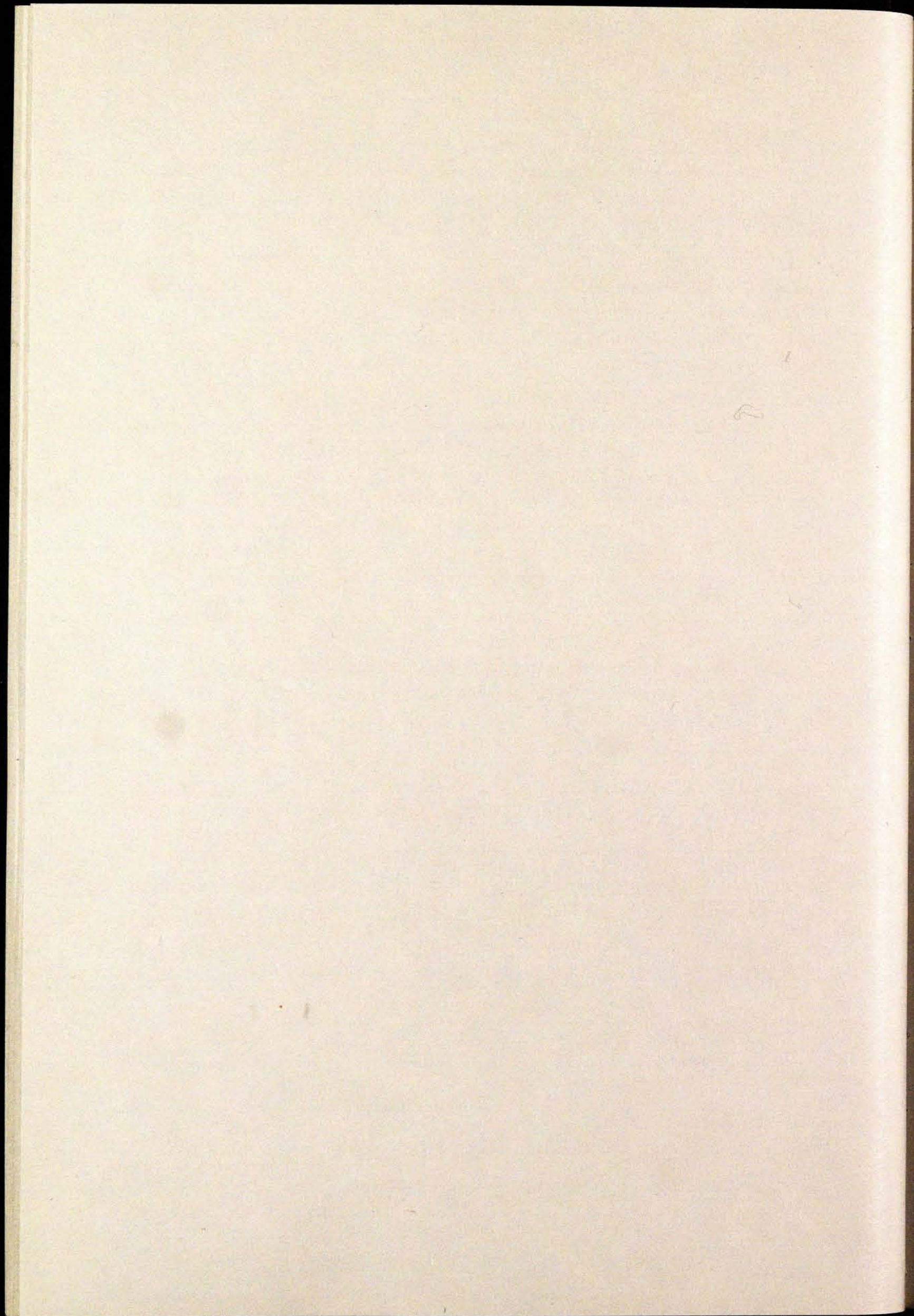
Considero que el panorama de la Cirugía en nuestro país ha mejorado notablemente en los últimos años y por todos es sabido que está a la cabeza en muchos campos. Esto se ha hecho gracias al esfuerzo desinteresado de muchos cirujanos en todas las Comunidades Autónomas. Cataluña siempre ha estado en vanguardia, pero afortunadamente para el resto de las comunidades las diferencias se van acortando, tratando de igualar hacia arriba.

En cuanto al futuro no es difícil saber lo que va a ocurrir. Estoy seguro que la próxima Junta Directiva que presidirá el Prof. E Jaurrieta continuará trabajando y nuestra Asociación seguirá esa línea ascendente iniciada hace algunos años.

Muchas gracias

Mariano Moreno Azcoita

Presidente de la Asociación Española de Cirujanos



FROM ANT HEAD TO DA VINCI ROBOT

Jeekel J.

Surgery began long before Christ. 125 Years ago Shushruta performed plastic surgery for the nose and closed wounds with stitches made from heads of big ants. The jaws of the ants closed the wound edges when pinching the ant behind the head. A great impact on the development of surgery came from the treatment of arrow wounds for more than 10.000 years. Treatment of these wounds gained knowledge about treatment of organs and wounds. This disappeared as a surgical entity. Presently again diseases disappear but now by treatment or better early diagnostics and may be in the future by genetic engineering and prevention of diseases. For example: surgery for gastric ulcer more or less disappeared by treating the helicobacter bacteria as a cause of the disease. The occurrence of gastric cancer can be reduced by dietary methods. Better diagnostics for polyps in the colon may virtually eliminate the colon cancer disease. Endoscopy of the colon can be avoided with the development of virtual colonoscopy with multi Spiral CT scans or new MRI technology and ultrasound technology for virtual colonoscopy. Other epidemiological studies have also demonstrated that colon cancer can be prevented by the use of NSAID's with a 40 – 50% reduction in mortality due to colorectal cancer.

In the future the early diagnosis of pre-cancer state of oesophageal cancer and breast cancer may prevent the disease.

Insight in the pathogenesis of many diseases will be further developed. The genetic model of colorectal cancer will be completed. Cyclo-oxygenase and prostanoid production appear to play an important role in the pathogenesis of colorectal cancer. NOS gene therapy may develop the use of nitric oxydes as a tool for gene therapy in vascular surgery, wound healing, transplantation and oncology. Genetic prodrug activation therapy is developed for certain cancers like pancreatic cancer. This therapy uses differences in transcription between normal and malignant cells to express non-mammalian suicide-genes that convert a non-toxic prodrug into a highly cytotoxic chemotherapeutic agent at the tumour site by conferring selective sensitivity. In pancreatic cancer a new enzyme activated prodrug therapy strategy is developed using the methionase gene (MET). The efficacy of this strategy has been tested in mice and showed a 60% survival rate in the treated group versus 0-% in all controls. Another strategy is the anti-sense therapy which

involves of complementary strands of small segments of target mRNA that modify gene expression at the translational level. Certain matrix metalloproteinases, which are a group of proteolytic enzymes are expressed more in certain cancers, like again in pancreatic cancer. Matrix metalloproteinase inhibitors have been developed and one such drug, marimastat has been used in clinical trials in patients with cancer and appeared as effective as gemcitabine.

Further insights in immunology will lead to more immune therapy regimens. Various types of immunotherapy are possible: passive immunotherapy is used with the administration of monoclonal antibodies, active immunotherapy aims at the activation of components of the immune system such as lymphocytes or antibodies against tumour associated antigens presented by the tumour or tumour growth factors. Adoptive immunotherapy involves sensitised lymphocytes or dendritic cells, which are infused into patient. Lymphocyte activated killer cells may play a future role in cancer treatment.

New imaging techniques will improve diagnostic procedures and also aid in surgical procedures. 3-dimensional imaging diagnostic techniques will support surgery. Examples nowadays are three dimensional surgical techniques for computer assisted surgery for various skeletal locations. 3-dimensional video endoscopy will be further developed for laparoscopic surgery and telerobotic surgery. Our future operating rooms need to be designed in such a way that new diagnostic and precision targeting machines can be installed and tele-robot surgery can be performed.

An exciting new technology is developing in endo-vascular surgery. Presently patients with an acute ruptured abdominal aneurysm can be treated under local anaesthesia without the 40 – 50% operative mortality rate in open surgery and a hospital stay of 2 days. Endovascular surgery will develop fast in the twenty-first century, also for smaller vascular structures.

New technology is developing in GI surgery, for example in anal incontinence. Two techniques are developing: the dynamic Gracilus-plasty with neuromuscular stimulation system implant that allows the sphincter muscle to contract. Another method is the sacral nerve stimulation to modulate neural reflexes that influence pelvic floor, bladder and sphincter. Electrodes are placed on sacral nerves to stimulate the neural reflexes of the sphincter. Studies have been performed for urinary incontinence and are presently done for anal incontinence.

Less invasive techniques will develop in the future. Presently laparoscopic techniques are still used on moderate scale. Minimum invasive techniques

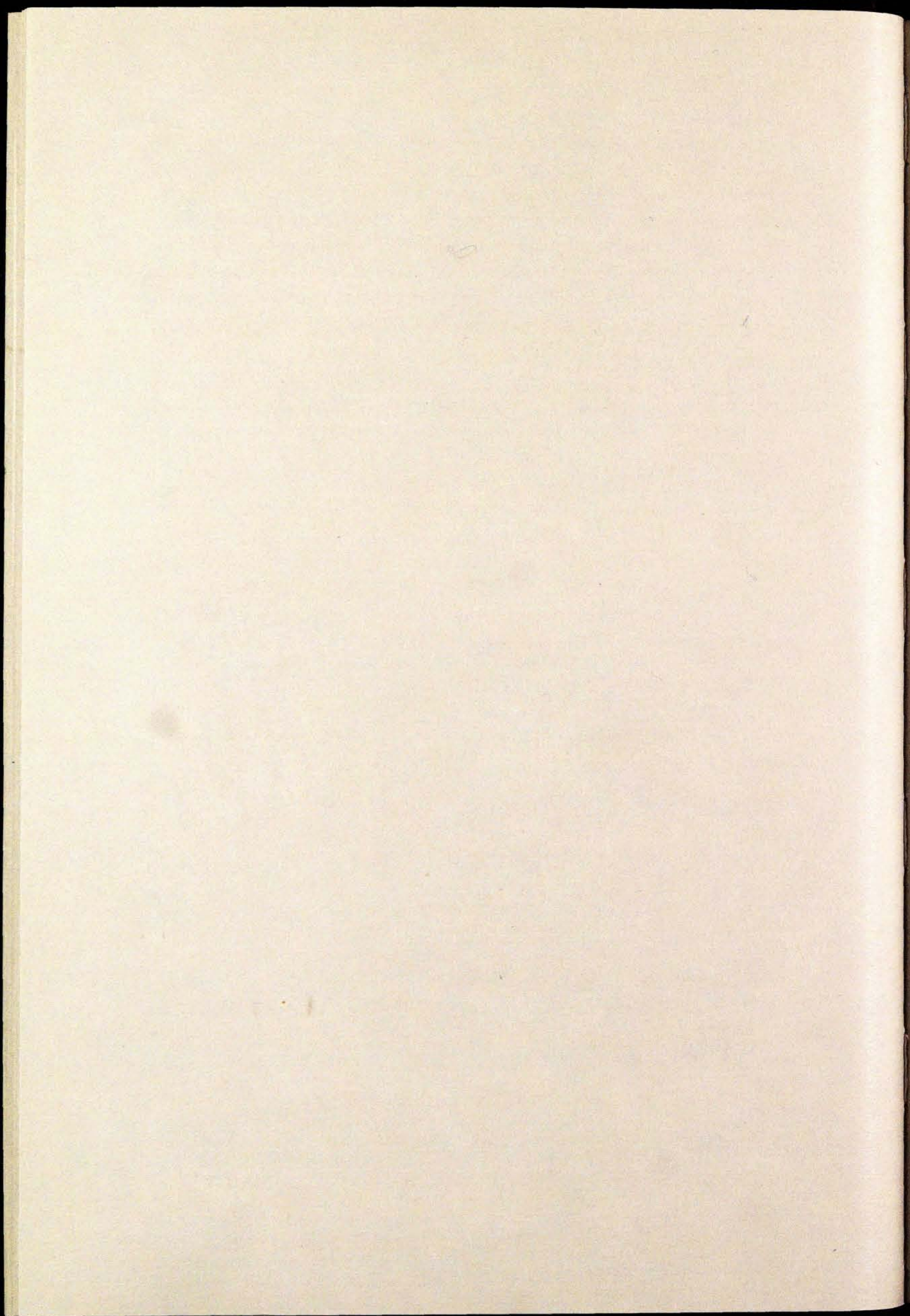
are not only advantageous for the patients, improving post-operative quality of life but may have a very important advantage in patients with cancer operations. Although early reports reported of high rates of port-site metastases in laparoscopic cancer operations for colon cancer, it may be that the present randomised studies in laparoscopic cancer operations will indicate that minimal invasive cancer surgery may actually improve long cancer survival when compared to the open conventional approach. Experimental studies have shown that tissue trauma induced during surgery may facilitate tumour growth. The extent of surgical trauma appears in rat studies to be related to the degree of tumour growth stimulation. Indeed in experimental rat cancer studies laparoscopic operations appeared to be associated with less tumour growth than open surgery. Apparently minimal invasive surgery in the abdominal cavity induces less acute phase response because of less peritoneal damage which results in less cancer growth. In the acute phase response, growth factors cytokine responses and up-regulation of adhesion molecules like ICAM1 and VCAM are stimulated. In clinical studies a lower IL-6 concentration was found after laparoscopic cancer surgery which is a measure of the systemic acute phase response that may facilitate tumour growth. I expect that future studies will show improved cancer survival following minimal invasive cancer surgery.

Of course laparoscopic techniques will develop much further in the future with tele-robotics (Zeus, Da Vinci), 3-dimensional video endoscopic systems and better equipment. This will allow the performance of endoscopic operations for nearly all organs.

The present and future technological developments should not distract us from the essence of our profession, which is to be primarily a doctor, taking good care of a patient every day and night.

September 2002

Jans Jeekel
Chairman of the Department of Surgery
University of Rotterdam.



LA FUNCIÓ SOCIAL DE LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

Masferrer Sala L.

La Societat Catalana de Cirurgia (SCC) representa als cirurgians de Catalunya i, per tant, ha de defensar els interessos professionals dels seus associats des d'una perspectiva científica, vetllant perquè es doni l'assistència de major qualitat i en les millors condicions possibles.

Com a organització dels cirurgians de Catalunya, la SCC representa l'interlocutor més adequat davant l'administració sanitària pel que es refereix als problemes que afecten als cirurgians, no només els de la macrogestió o planificació si no també temes quotidians dels que trobem dia a dia en els nostres hospitals.

Un exemple de la seva funció el tenim en la política, molt discutible, de prioritització de certes patologies, que no de pacients, en les llistes d'espera, considerant més el temps d'espera que l'estat dels pacients. L'actitud de la SCC va ser de crítica oberta d'uns principis que transgredien qualsevol tipus de lògica sanitària, aportant els seus criteris sobre com es pot prioritzar de manera justa, que són motiu de debat intern en aquests moments i que una vegada consensuats, han de servir com a criteri general d'actuació a l'hora d'establir prioritats, tenint en compte que la màxima rellevància no correspon al "producte" si no a la persona, amb tota la càrrega de complexitat en l'anàlisi que comporta, valoració en la qual, els metges i cirurgians, en general, estem avesats des de molt abans que l'anàlisi econometrista simple passee a monopolitzar els criteris de la pràctica sanitària dirigida a distància. Altres exemples poden ser: des del temps mínim necessari per a fer una visita en condicions, fins al personal necessari i la seva qualificació mínima per a exercir correctament la tasca de cirurgià, segons cada tipus d'intervenció; això inclou el mínim que necessita un cirurgià de guàrdia per a atendre les urgències quirúrgiques que corresponen al seu hospital. En tots aquests problemes i en d'altres, la SCC com a societat científica, ha de fer sentir la seva fonamentada opinió a l'administració pública, sempre tenint en compte els criteris d'evidència científica i d'optimització de recursos.

D'altra banda, la SCC ha de vetllar per la bona praxi dels seus associats i, per tant, conèixer a través d'estudis multicèntrics i auditories clíniques l'estat real de la cirurgia al nostre país. Només així pot recomanar què s'ha de fer, com s'ha de fer, i en quines condicions. Un exemple recent d'aquest aspecte

és l'estudi o auditoria sobre la cirurgia oncològica a Catalunya. Cal conèixer les conseqüències de l'activitat quirúrgica i comparar-les amb l'experiència d'altres països per tal de posar els mitjans adequats que facin possibles els millors resultats amb els recursos disponibles. Fins a quin punt cal centralitzar determinades patologies que precisen de tecnologies sofisticades no a l'abast de tots els cirurgians, com per exemple, les metastasectomies hepàtiques sense ecògraf intraoperatori, només ho poden dir les diferències en els resultats obtinguts d'una manera o una altra, d'un centre a un altre. Les recomanacions ètiques basades en l'evidència científica han d'estar a la base de les activitats de la SCC i ser el fonament de la seva credibilitat.

També correspon a la SCC la formació, no només dels metges residents, també la formació continuada dels professionals amb experiència que, actualment, necessiten d'un continu reciclatge i actualització en els seus coneixements i habilitats. Com a Societat Científica lligada a la societat a que pertany, ha d'assumir un paper de lideratge en la millora i bondat de l'assistència que ofereixen els seus associats. El gran repte de la SCC és el de ser capdavantera en posar els mitjans necessaris per facilitar la formació continuada dels cirurgians, adequant els coneixements precisos per desenvolupar l'activitat quirúrgica en centres de diferent nivell. Els cursos específics, els intercanvis mitjançant estades o el finançament de beques institucionals encaminades a la contínua actualització en el camp de la cirurgia, han d'estar potenciades, supervisades i enaltides per la SCC, fent sentir la seva opinió en els òrgans, entitats i poders amb capacitat per endegar projectes de millora sanitària quirúrgica.

Per no allargar la llista de camps en els quals la SCC ha de poder demostrar la seva utilitat i desenvolupar el seu mestratge, com a societat científica independent, citarem que ha d'estar present en l'adjudicació de llocs de treball quirúrgics, en les contractacions de cirurgians, per a garantir la transparència dels processos, valorar la qualitat dels candidats i defensar els criteris objectius per sobre de les manipulacions interessades amb objectius que puguin pervertir la bona pràctica quirúrgica.

En resum, en la línia de les Associacions o Col·legis de cirurgians més prestigiosos del món, la SCC ha de potenciar el seu paper en la societat en general i ha de ser la marca de garantia de la bona pràctica dels seus associats però també la principal defensora del seu prestigi i dignitat.

Lluís Masferrer i Sala

Vocal d'Afers Socials de la Societat Catalana de Cirurgia

FORMACIÓ CONTINUADA: UNA EINA PER A LA PLENITUD I EL LIDERATGE PROFESSIONALS

Sitges-Serra A.

El context

Creiem representar la opinió de molts membres de la Societat Catalana de Cirurgia si manifestem que la Cirurgia General està deixant de ser atractiva per als millors estudiants de les nostres facultats de Medicina. El fet de que actualment es vagin cobrint les places MIR de la nostra especialitat, no ens ha de fer caure en un optimisme fàcil. La tendència actual del sistema de formació MIR, implica que pràcticament tots els estudiants llicenciats tindran assegurada una plaça de formació d'especialista. En aquest entorn, i tenint en compte les actituds socials més esteses, no és estrany constatar que els llicenciats trien, preferentment, especialitats remunerades, tant o més que la Cirurgia General; algunes d'elles, a més, amb millors perspectives per a l'exercici privat. Aquest fenomen no és local sinó que ha estat identificat i estudiat en d'altres entorns amb àmplia tradició en la formació de metges residents de cirurgia.^a

A més de les raons exposades, cal afegir que al llarg de la darrera dècada s'ha donat a casa nostra i també en d'altres països del nostre entorn europeu una disminució sensible del lideratge quirúrgic en la docència de pregrau, la qual cosa ha reduït l'exposició directa dels estudiants a la cirurgia, tant electiva com urgent.^b Si bé en d'altres especialitats mèdiques la necessitat d'aquesta exposició és relativa, en el cas de la cirurgia, és una condició que creiem indispensable per afavorir les vocacions quirúrgiques de qualitat.

Finalment, la burocratització i politització de l'assistència sanitària, han fet que la capacitat de decisió dels cirurgians en les polítiques sanitàries que els afecten tant a nivell autonòmic, local com hospitalari hagi anat minvant i que el lideratge i el mestratge de la cirurgia estigui en hores baixes. A més, en

^a Gelfand DV, Podnos YD, Wilson SE, Cooke J, Williams RA. Choosing general surgery: insights into career choices of current medical students. *Arch Surg* 2002; 137:941-5; discussion 945-7.

^b McManus IC, Richards P, Winder BC, Sproston KA, Vincent CA. The changing clinical experience of British medical students. *Lancet* 1993; 341:941-4.

determinats camps, com la composició de tribunals o la gestió de les llistes d'espera, s'han produït ingerències que vulneren els drets a la igualtat d'accés a la sanitat o l'autonomia professional mínima requerida per desenvolupar la nostra tasca amb eficiència i qualitat.

Vàlua social i intel·lectual de la nostra especialitat

La represa de les vocacions quirúrgiques de la major qualitat passa, doncs, per una reivindicació de la vàlua social de la nostra feina en primer lloc i en segon lloc per una major exigència amb nosaltres mateixos tant en el camp de la formació com en el de la integritat com en el de la defensa dels nostres interessos que representen, en gran part, els dels malalts que atenem.

En demanda d'una presència més important de la cirurgia en l'ensenyament de pregrau, Francis Moore escrivia: "els cirurgians fan que els nens neixin, que els coixos caminin, que els cecs vegin".^c De fet, un 90% de les persones porten, a la fi dels seus dies, algun tipus de cicatriu quirúrgica al seu cos. Malgrat tots els avenços esdevinguts en teràpies adjuvants, la cirurgia continua sent el mitjà terapèutic per excel·lència en el camp dels tumors sòlids. La cirurgia és també l'arma terapèutica prínceps en tots els casos de traumatismes. Finalment, la complexitat i cost creixent de la tecnologia que empren els cirurgians deixa en les nostres mans importants decisions sobre la manera què utilitzem els recursos al nostre abast.^d Aquests pocs però il·lustratius exemples, són suficients per mostrar l'impacte social de la nostra especialitat i, per tant, la necessitat que sigui exercida en les millors condicions possibles i pels millors professionals que siguem capaços de formar.

Però no tan sols té la Cirurgia General un impacte socialment benèfic, hem de dir que és, en si mateixa, una de les especialitats més completes que existeixen: pel seu ampli espectre de coneixements i d'acció, per la complementarietat dels coneixements tècnics i científics, per la seva importància en l'assistència urgent i per la complexitat fisiopatològica de les malalties a les quals s'enfronta. No hi ha dubte, que és una especialitat capaç d'omplir amb escreix les aspiracions assistencials, docents i de recerca dels individus més motivats. Tanmateix, és una especialitat exigent, que demana una vocació d'estudi permanent i en la qual els errors es tradueixen sovint en complicacions greus.

^c Moore FD. Surgery for undergraduates. Lancet 1978; 2:823 y 1096.

^d Sitges-Serra A. Ecosurgery. Br J Surg 2002; 89:387-8.

Tot això implica, que la recuperació de les vocacions per a la Cirurgia General dependrà de la nostra capacitat per transmetre a les futures promocions d'estudiants i de MIR, no només amb la paraula sinó també amb l'acció, el valor social i el valor intrínsec de la nostra especialitat, així com la satisfacció personal de poder-la exercir tot i les dificultats que l'entorn hi posa. En gran mesura, aquesta transmissió de valors passa per un reforçament de la formació continuada i per la recuperació del lideratge.

Formació continuada: mitjans clàssics i no tant.

La formació continuada s'ha anat imposant com un deure ineludible per als professionals de la Medicina ja que la vida mitja dels coneixements mèdics se situa just per sota dels cinc anys.^e Els cirurgians, en particular, donada la component tecnològica de la seva especialitat i la celeritat amb que evolucionen els protocols de maneig perioperatori, necessiten fonts solvents d'actualització dels seus coneixements. Per als MIR de Cirurgia General, és fonamental mantenir la dinàmica d'estudi de la llicenciatura de manera que hi hagi una evolució natural cap a la formació continuada i aquesta sigui assumida com una component més de la vida professional. A continuació comentaré breument els pilars fonamentals en els quals reposa una formació continuada eficaç i de qualitat.

Lectura. No hi ha dubte que un dels pilars de la formació continuada és el desenvolupament d'un hàbit de lectura de les principals revistes de l'especialitat. S'han publicat diverses estratègies per tal de poder fer-ho amb la màxima economia de temps i no insistirem aquí, doncs, en qüestions de mètode.^{f,g} En canvi cal remarcar, que ha esdevingut essencial, en aquest nou període que ha obert la medicina basada en proves, el disposar d'arguments sòlids per fonamentar la nostra pràctica i, més important encara, per fonamentar els canvis que cal introduir-hi. Només un seguiment acurat de la literatura científica recent ens permetrà assolir aquest desitjat i beneficiós canvi de mentalitat que es fa necessari per exercir la cirurgia en aquest segle que comença. Actualment, les eines de cerca bibliogràfica automatitzada, el correu electrònic i l'àmplia difusió de les revistes de més impacte de l'especialitat (Ann Surg, Br J Surg, Arch Surg, Surgery, JACS i Surg Endoscop) ofereixen faci-

^e Gorman PJ, Meier AH, Rawn C, Krummel TM. The future of medical education is no longer blood and guts, it is bits and bytes. Am J Surg 2000; 180:353-6.

^f Kassirer JP. Too many books, too few journals. New Engl J Med 1992; 326:1427-8.

^g Sheckler WE. A realistic journal reading plan. JAMA 1982; 248:1987-8.

litats úniques que fan pràcticament inexcusable el desenvolupament i manteniment d'un hàbit de lectura. Finalment, cal remarcar el rol creixent dels portals d'internet (<http://surgery.medscape.com>) com a component addicional de la formació continuada no presencial. La *Asociación Española de Cirujanos* registra ja una notable demanda de formació en forma de visites a la seva pàgina *web* i és intenció de l'actual Junta Directiva de la Societat Catalana de Cirurgia potenciar el nostre *website* per obrir-lo a la formació on-line.

Pràctica quirúrgica. Una component essencial de la formació del cirurgià és la pràctica quirúrgica. Estudis prospectius proven que els coneixements que posseeix un resident en acabar el seu període docent estan en relació amb el nombre d'intervencions quirúrgiques realitzades. Aquestes motiven fortament al resident a estudiar ja no la tècnica adient sinó la pròpia malaltia en qüestió.^h És molt important que, en la revisió en curs del programa MIR, s'introdueixin canvis substancials orientats a assegurar que els MIRs que finalitzen el seu entrenament tinguin acreditats un nombre mínim de procediments quirúrgics. Una vegada especialitzat, el cirurgià ha de saber que cada cop són més nombrosos els estudis que demostren una milloria dels resultats assistencials en funció del volum de la cirurgia realitzada,^{i,j} la qual cosa implica que és imprescindible disposar d'un volum quirúrgic que garanteixi la seguretat del pacient. Si ens comparem, per exemple, amb el volum quirúrgic setmanal d'un consultant anglès treballant al NHS,^k veurem com la gran majoria de cirurgians que exerceixen en hospitals públics catalans manté una activitat entre un 30 i un 70% menor. Així doncs, hi ha molt camí per recórrer en aquest camp.

Formació presencial. Dins de les activitats de formació presencials, els congressos mèdics han representat una part important, sovint la única, de la formació que han tingut els cirurgians una vegada han finalitzat el seu període d'aprenentatge. Malauradament, la proliferació de reunions mèdiques, la presència cada cop més influent de la indústria, les pugnes estèrils pel control dels programes científics i la desigualtat en la qualitat de les presentacions fa

^h Luchette F, Boeth FMcL Booth, Seibel R, Bernstein G, Ricotta J, Hoover E, Hassett JM. Experience as a surgeon determines resident knowledge. *Surgery* 1992; 112:419-22.

ⁱ Sosa JA, Bowman HM, Tielsch JM, Powe NR, Gordon TA, Udelsman R. The importance of surgeon experience for clinical and economic outcomes from thyroidectomy. *Ann Surg* 1998; 228:320-30.

^j Marusch F, Koch A, Schmidt U, Pross M, Gastinger I, Lippert H. Hospital caseload and the results achieved in patients with rectal cancer. *Br J Surg* 2001; 88:1397-402.

^k Goldacre MJ, Ferguson JA, Welch A, Kettlewell MGW. Profiles of workload in general surgery from linked hospital statistics. *Br J Surg* 1993; 80:1073-7.

que els congressos no puguin garantir un estàndard formatiu o, en tot cas, no resultin clarament positius des del punt de vista cost/benefici. Per aquest motiu les associacions professionals estan cridades a jugar un rol més important en la formació presencial, oferint activitats en les que quedi garantida la solvència científica i s'hi donin oportunitats pel diàleg i les posicions més crítiques.¹ És en aquesta direcció en la qual voldria situar-se la Societat Catalana de Cirurgia, oferint aquest curs per primer cop, tant als cirurgians en formació com als que ja exerceixen autònomament, un programa de formació presencial atractiu i alhora capaç d'omplir les mancances més importants.

Recerca. Cal modular els interessos dels MIR durant el procés de formació de manera que els cirurgians joves se sentin igualment atrets tant pels aspectes tècnics de la cirurgia com pels aspectes lligats al pre i al postoperatori, a les cures intensives,^m a les ciències bàsiques més rellevants per a l'exercici competent de la cirurgia i al treball en equip i la comunicació amb els pacients.ⁿ Cal fomentar la curiositat pels aspectes menys coneguts de la patologia quirúrgica i estimular la investigació amb el convenciment que l'exercici intel·lectual que representa la lectura crítica de la literatura i el pensar i executar un treball de recerca és cabdal per a la formació global i per educar el talant obert i inquisitiu propi dels millors professionals.^o ^p

Avaluació. Hem d'estar preparats perquè més tard o més d'hora l'avaluació dels sistema MIR i de la formació continuada (reacreditació) mitjançant proves objectives serà una realitat. La societat civil serà cada cop més exigent en la demanda de serveis assistencials de qualitat i, si no volem veure una escalada de les demandes judicials, hem de ser els primers en dotar-nos de sistemes d'avaluació que ens ajudin a minimitzar les possibilitats d'error.^q ^r

¹ Annual Report (1997-98). The Royal College of Surgeons of Edinburgh. pp. 6-11.

^m Meyer AA, Fakhry SM, Sheldon GF. Critical care education in general surgery residencies. *Surgery* 1989; 106:392-399.

ⁿ Baldwin PJ, Paisley AM, Brown SP. Consultant surgeons' opinion of the skills required of basic surgical trainees. *Br J Surg* 1999; 86:1078-82.

^o Sitges-Serra A. Research during higher surgical training: a luxury or a must? *Ann Roy Coll Surg* 1995; 77:1-2.

^p Editorial. Does research make for better doctors? *Lancet* 1993; 342:1063-4

^q Nyhus LM, Idezuki Y, Sheldon S, McCusker Ch I, Griffen WO. Creation, evaluation, and continuing assurance of excellence of the certified surgical specialist. *World J Surg* 2000; 24:1519-25.

^r Krizek TJ. Surgical error. Ethical issues of adverse events. *Arch Surg* 2000; 135:1359-66.

Tal com ha escrit Karl Popper, "aprendrem molt més reflexionant sobre una equivocació que adquirint informació nova".^s Això implica que el primer esglaió de qualsevol avaluació és l'autoavaluació diària i, per aquest motiu, la sessió de morbiditat i mortalitat ha esdevingut l'eina més adient per implementar-la. Hauríem d'aconseguir que el 100% dels nostres serveis del cirurgia realitzessin aquest tipus de sessió amb presència de tots els seus membres. En aquest mateix sentit, fora bo que, com han fet els College of Surgeons britànics,^t es promoguessin des de dintre de la Societat Catalana de Cirurgia avaluacions internes (audits) per tal d'esbrinar confidencialment i corregir els punts més febles de l'assistència quirúrgica al nostre país.

Més enllà de l'avaluació de la praxi quotidiana, els sistemes més ben consolidats d'avaluació periòdica (exàmens estructurats, preguntes de resposta múltiple, malalts simulats, etc.) s'aniran introduint paulatinament fins que l'avaluació dels MIR i la reacreditació del cirurgians senior sigui un fet natural com ho és ja en d'altres països.

Lideratge

En cirurgia, és molt difícil transmetre la vàlua i els valors de la nostra especialitat si no creiem en ella i si no ens autoexigim el nivell de màxima competència per exercir-la. No és casual que les arrels de la cirurgia es remuntin a unes poques escoles solvents, ni tampoc ho és que el lideratge de les figures més senyeres de la cirurgia hagi estat un autèntic motor de vocacions quirúrgiques. No només pels seus amplis coneixements i competència tècnica sinó també per la responsabilitat amb que l'han exercit i la seva autocrítica i autoexigència implacables. No hem de renunciar a aquesta tradició. És fonamental que la Societat Catalana de Cirurgia ajudi, promogui i estimuli les carreres d'aquells cirurgians que, a casa nostra, poden fer més per assegurar la continuïtat d'una excel·lència que ha estat en determinats períodes una autèntica "denominació d'origen" de la cirurgia catalana. Hem de ser generosos, no renunciant a la crítica però si evitant, en lo possible, aquells con-

^s McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *Br Med J* 1983; 287:1919-23.

^t Macarthur DC, Nix SJ, Aitken RJ. Avoidable deaths still occur after large bowel surgery. *Br J Surg* 1998; 85:80-3.

^u McGugan E, Burton H, Nixon SJ, Thompson Am. Deaths following hernia surgery: room for improvement. *J R Coll Surg Edinb* 2000; 183-6.

flictos i rivalitats poc fonamentats que ens esterilitzen i ens llastren. Potenciant i reconeixent la capacitat de lideratge serem tots els que millorarem, guanyarem en autoestima i, ben segur, portarem de nou la Cirurgia General al lloc que li correspon.

Cal lluitar per la dignificació de la nostra feina i per la seva millor retribució. Resulta esfereïdor comprovar el gran nombre de MIRs formats en Cirurgia General que actualment es troben a l'atur o bé treballant de forma precària en serveis d'urgències, sovint sense connexió regular amb un servei de cirurgia estructurat.^v * Tots som conscients que aquest problema afecta especialment a nombrosos especialistes que exerceixen a Catalunya. Cal també desenvolupar consens per tal que els càrrecs de cap de servei, de representació institucional i de responsabilitat docent i assistencial del nostre entorn siguin exercits pels companys més ben formats per fer-ho.^x Aquestes posicions no són privilegis socials o de connivència (conveniència) política, són llocs de servei a la professió i de servei als pacients. Si deixem que es continuïn devaluant, ens devaluarem tots nosaltres i col·laborarem així a l'enfosquiment del nostre futur professional i humà.

Antoni Sitges Serra

Tresorer de la Societat Catalana de Cirurgia

^v Marín Rodríguez P. Análisis de la situación actual de paro y subempleo en los cirujanos españoles. *Cir Esp* 1999; 66:58-60.

* Fernández-Llamazares J. Panorama actual de la formación del residente en cirugía. *Cir Esp* 1998; 64:509-10.

^x Editorial. Spanish universities and the obstacles to development. *Nature* 1998; 396:709.

