

Se sienta al cuarto día de la operación; al sexto se levanta, y á los once días se le da de alta.

*Temperaturas.*—La más alta fué de 37°8, y á los seis días tuvo la normal.

*Pulso.*—92 al minuto.

Secretario,

L. TROCONIS ALCALÁ.

## TERAPEUTICA QUIRURGICA

### Algunas palabras acerca del diagnóstico y tratamiento del cáncer del estómago.

SEÑORES ACADÉMICOS:

Entre los temas que diariamente acrecientan las llamadas fronteras de la Medicina y de la Cirugía, uno de los más estudiados, á la vez que más debatidos, es el tratamiento del cáncer del estómago. Desde que Billroth y su escuela enseñaron la manera como puede operarse en el estómago, por razón de padecimiento canceroso del órgano, se hizo palpable extraordinario movimiento por parte de los cirujanos, llegando á creerse en la posibilidad de la curación de este mal; y se trabajó con tal ahinco, que algunos operadores llegaron á contar la extirpación total del estómago entre las intervenciones quirúrgicas ejecutadas y justificables, con la mira de proporcionar al enfermo algún beneficio.

Tratándose de manipulaciones quirúrgicas tan atrevidas, natural es que se buscara, antes de emprenderlas, el diagnóstico más ó menos preciso. De esta manera, á la vez que se ha perfeccionado la técnica de las operaciones en el estómago, se han ensanchado los medios de exploración para estudiar dicho órgano; y gracias á las observaciones de Leube, de Boas, etc., se puede, en gran número de casos, establecer con facilidad dicho diagnóstico.

Hay, sin embargo, en esta cuestión del diagnóstico y tratamiento del cáncer del estómago, algo que la vuelve difícil y delicada, á pesar de todos los adelantos á que acabo de hacer alusión. Este algo es la oportunidad con que debe ser formulada, tanto por el internista como por el cirujano, la indicación para intervenir con los medios quirúrgicos en condiciones capaces de poder ofrecer al paciente probabilidades de curación. En efecto, cuando se habla del tratamiento del cáncer del estómago, claro es que se debe tener en cuenta, en primer lugar, la posibilidad ó probabilidad de curación radical, y que las aplicaciones paliativas, tanto médicas

como quirúrgicas, deben ocupar el segundo término, y ser empleadas, por decirlo así, á más no poder.

Considerado el asunto desde este punto de vista, pueden dividirse los casos en varias categorías, en las cuales la fórmula diagnóstica debe tener su correlativo manual terapéutico.

El primer grupo puede formarse con los casos más fáciles, mejor conocidos, y que son, por decirlo así, los que constituyen el material principal de la mayor parte de las estadísticas. En los casos de este género, los síntomas están manifiestos de tal manera, que no cabe duda respecto de la naturaleza del padecimiento: la edad del enfermo, los dolores, la dilatación del estómago, la insuficiencia del órgano, acompañada de anaclorhidria, y por último, la presencia de tumor epigástrico, forman un conjunto, cuya causa reconoce, al primer golpe de vista, hasta el menos ejercitado. Este cuadro clínico, que, como es bien sabido, corresponde al carcinoma del píloro, ha sido el que ha dado lugar á las primeras intervenciones quirúrgicas; cuando se presenta completo, la indicación quirúrgica es precisa, ó, más bien dicho, lo ha sido hasta hace poco y raro sería el médico que, en tales circunstancias, se opusiera á que fuese puesta en práctica la laparatomía.

Si el diagnóstico es fácil en los casos que han sido mencionados, y la indicación no dudosa, los resultados por los medios quirúrgicos no corresponden del todo á las esperanzas, pues que al lado de algunos éxitos brillantes, en los cuales no ha habido recidiva después de varios años, hay otros en que la muerte ha sido la consecuencia inmediata de la operación, ó bien la reproducción del neoplasma, y la caquexia rápida se ha desarrollado en el curso de pocos meses. Si se comparan el número de resultados favorables con el de los que no lo son, se tiene una mortalidad bastante alta, que Kelling no estima en menos de 25 á 50 por ciento. La lectura cuidadosa de las observaciones que forman las estadísticas, da cuenta y razón de las diferencias que se encuentran en los resultados de diversos operadores; pues mientras que algunos cuentan una mortalidad en relación con lo antes dicho, hay otros, como Mikulicz, que, en catorce casos seguidos, solamente tuvo uno de muerte, y Kocher, dos en 22. En efecto, en algunos pacientes el tumor carcinomatoso ocupaba solamente la porción del antro píloro, inmediata al anillo; y, con un volumen relativamente pequeño cerraba por completo la abertura del píloro, produciendo en su mayor grado los síntomas de la estrechez de este órgano. En otros

operados, las circunstancias eran muy diferentes: el tumor pilórico era más ó menos voluminoso, con adherencias firmes, y al lado de él existían masas carcinomatosas, ya en la pequeña curvatura, ya en la cara anterior; así como numerosos ganglios en ambos epiplones. En el primer tipo de casos, la resección del píloro es fácil, y cualquiera de los procedimientos es aplicable; la operación dura poco tiempo, y el enfermo está menos expuesto á la infección peritoneal, colapsus, etc. En el segundo, por el contrario, la operación es laboriosa, á veces impracticable; y, aun siendo llevada á feliz término, puede suceder que se escapen algunos ganglios á la exploración; después de todo lo cual, las probabilidades de infección, etc., aumentan considerablemente.

En vista de estos resultados, natural es preguntarse por qué con el mismo cuadro clínico, unas veces la lesión está poco avanzada, mientras que en otras lo está en alto grado, y si no sería posible encontrar medios para reconocer el padecimiento en época en que el desarrollo del tumor permita la extirpación de una manera fácil. La contestación á esto, en su primera parte, no tiene dificultades; porque, siendo el cuadro clínico característico de la estrechez del píloro, éste cuadro aparece cuando el canal está obstruido, y la obstrucción puede venir desde luego por tumor desarrollado *in situ*, ó bien por la propagación de un neoplasma ampliamente desarrollado en otro lugar que no es el píloro.

En cuanto á la segunda parte de esta cuestión, es algo más difícil, y entre nosotros, toma el carácter de verdadero problema. Acontece, en efecto, que por tal ó cual motivo tenemos la tendencia á no aceptar el diagnóstico del cáncer del estómago, sino cuando hay tumor palpable en el epigastrio, y esto aun cuando los otros síntomas hayan estado manifiestos desde mucho tiempo antes, y solamente entonces, después de haber empleado inútilmente durante muchos meses las medicinas, es cuando se cree encontrar justificada la intervención quirúrgica, conservando en lo íntimo ciertas dudas respecto de la utilidad que, en lo general, tenga la cirugía para el cáncer del estómago. Ahora bien, esas condiciones son, con frecuencia, las más desfavorables, y lejos de ser el tumor accesible al tacto, uno de los síntomas iniciales en el desarrollo del cáncer que venimos estudiando, indica, por el contrario, grados bastante avanzados del desarrollo, y aun puede decirse que más bien sirve de indicio para conocer los casos en que la intervención quirúrgica empieza á tener pocas probabilidades de éxito. Si la presencia del tumor

ha de servir de criterio, ¿qué de extraño tiene el concepto pesimista que nos domina en esta materia!

La experiencia proporcionada por las estadísticas á que he hecho alusión, demuestra que el mayor número de casos en los que se puede reconocer la presencia del tumor por la palpación, la neoplasia se halla considerablemente desarrollada y con focos secundarios en el hígado y otras vísceras; solamente cuando el tumor, nacido desde un principio en el píloro, se ha propagado directamente hacia abajo sin contraer adherencias, ó cuando existía previamente gastroptosis, puede ser reconocido el neoplasma antes de haber adquirido grandes proporciones. Esto pone de manifiesto lo poco ventajoso que es esperar que á los síntomas de la estrechez pilórica venga á agregarse la presencia del tumor. Tal situación, por la que forzosamente pasaron los primeros operadores, era justificable en época en que el examen funcional del estómago estaba muy incompleto, pero no lo es en la actualidad.

Haciendo, pues, abstracción de la presencia del tumor epigástrico, queda en pie la cuestión: ¿es posible diagnosticar el cáncer del estómago en tales condiciones de su evolución que ofrezca expectativa para el tratamiento? A esto se puede contestar afirmativamente, pero todavía con ciertas restricciones, tanto en lo tocante al diagnóstico como al tratamiento.

Las numerosas operaciones quirúrgicas que en el curso de menos de 20 años han sido practicadas en el estómago, y los estudios cuidadosos en el cadáver, emprendidos por los especialistas y por los cirujanos, con la mira de definir exactamente la manera como aparece y evoluciona el cáncer del estómago, han venido á descubrir que en la patología corriente de dicho padecimiento dominaba un error, el de creer que el neoplasma se desarrolla primitivamente en el píloro, en la gran mayoría de los casos. Las observaciones de Bormann, las llevadas á cabo con tanto escrúpulo en la clínica de Giessen por el primero de los especialistas (Riegel) y otras muchas, demuestran que la cifra de frecuencia debe modificarse, señalando, por lo menos, un 50 por 100 al carcinoma de la pequeña curvatura.

Se comprende desde luego la importancia que esto tiene, tanto en la patología como en la clínica del cáncer gástrico, y si la atención del médico y sus sospechas son despertadas por los síntomas de estrechez pilórica, claro es que el carcinoma desarrollado en la pequeña curvatura puede perma-

necer oculto durante un tiempo variable. Los casos de esta especie, muy diferentes en sus caracteres del carcinoma inicial del píloro, forman una de las grandes categorías á las que me referí al principio de este trabajo, y siendo sus síntomas muy diferentes de los otros, parece que es preferible dejar su examen para después, terminando antes con los que ofrecen el cuadro pilórico. En la misma clínica de Giessen, que acaba de ser citada, vienen ocupándose de algunos años á esta parte, los especialistas que trabajaban hasta hace poco bajo la dirección del Profesor Riegel, de la posibilidad de hacer el diagnóstico precoz del carcinoma del píloro. En todos los casos de dispepsia rebelde de origen dudoso y en la llamada dispepsia nerviosa, han emprendido un examen metódico de las funciones del órgano, examen en el cual, la motilidad del estómago, el grado de suficiencia, los valores del ácido clorhídrico, la presencia del ácido láctico y de los bacilos Oppler, han sido investigados, no una ni dos veces, sino de una manera sistemática, durante algún tiempo. Conforme á los resultados de estas investigaciones, la insuficiencia gástrica es raro que falte en el carcinoma inicial del píloro, y si á esto se agrega el descenso progresivo en los valores del ácido clorhídrico, descenso bien perceptible en el curso de dos semanas, se tienen los síntomas más constantes. Gluzinski<sup>1</sup> ha indicado un buen medio para distinguir rápidamente si la ausencia del ácido clorhídrico es real ó accidental, así como el grado de insuficiencia en la acidez. Este medio consiste en hacer el examen del jugo gástrico, durante el mismo día, en tres condiciones diferentes: la primera en ayunas, después de haber hecho un lavado en el estómago; la segunda después de un desayuno compuesto de la albúmina de dos huevos y 100 ó 200 gramos de agua; y la tercera después del almuerzo de medio día. Si en tales condiciones falta por completo el ácido, ó por lo menos está ausente en dos de las pruebas, se tiene un factor de mucho peso. Este dato, agregado á los anteriores, da bastante fundamento para presumir la existencia de un cáncer incipiente. Por supuesto que cuando se estudia un enfermo en las circunstancias que venimos refiriendo, no hay que buscar entre los síntomas el mayor ó menor grado de desnutrición, ni poner en duda la posibilidad de dicho cáncer, porque el paciente está más ó menos gordo. Kelling ha demostrado que aun en los en-

fermos de carcinoma estomacal bien comprobado, se podía observar un aumento de peso, después que han seguido durante algún tiempo el régimen alimenticio de la clínica.

Puesto en estos términos el problema varía de aspecto, y si es factible el diagnóstico, siquiera probable, del carcinoma pilórico en sus períodos iniciales, las esperanzas de que la mortalidad por resección del píloro disminuya y que los beneficios que obtengan los enfermos sean positivos, se encuentran justificados.

No entra en mis propósitos describir los procedimientos para la resección del píloro, ni referir los detalles de técnica recomendados por los autores, por lo tanto paso á ocuparme de otra categoría de casos que tienen punto de contacto con los que han sido expuestos en primer lugar.

En este segundo grupo el tumor canceroso se desarrolla también en la porción pilórica, pero tiene de particular la circunstancia de que el neoplasma no es primitivo sino que aparece sobre una úlcera del estómago ó en la cicatriz dejada por ella. La evolución del proceso en estas circunstancias es del todo diferente y se le pueden señalar dos fases: la primera correspondiente á la úlcera, de larga duración, datando muchas veces desde la juventud, y la segunda correspondiendo á la aparición del tumor. Por desgracia estas fases que patológicamente son perceptibles, no se manifiestan de igual modo en la evolución clínica y casi puede afirmarse que no hay medio alguno para conocer cuando una úlcera crónica ó su cicatriz empiezan á hacerse carcinomatosas.

En esta materia son oportunas consideraciones semejantes á las que hemos hecho á propósito del carcinoma primitivo. Estas consideraciones tocan por una parte al valor que en el caso tienen los síntomas capitales, y por otra, á la posibilidad de hacer el diagnóstico precoz.

Examinando el cuadro de síntomas que acompañan la úlcera carcinomatosa, se tropieza, desde luego, con la dificultad de que son los mismos de la úlcera simple y por lo tanto en gran número de casos el diagnóstico entre ambos padecimientos puede decirse que es imposible; no sin razón ha dicho Boas, uno de los especialistas más experimentados en este ramo, que el diagnóstico de la úlcera gástrica carcinomatosa es un diagnóstico necrópsico. Cuando los síntomas se presentan en una persona joven, hay motivo para creer que se trate de la úlcera simple; mas si el paciente ha pasado de los 40 años y los síntomas especiales le afligen desde tiempo atrás, es razonable pensar en

<sup>1</sup> Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1902.

la probabilidad de que el padecimiento empiece á tomar carácter maligno, sin que este concepto tenga valor diagnóstico de mucho peso, pues que la úlcera simple callosa no es raro que persista hasta épocas avanzadas de la vida.

Comparando los síntomas de la úlcera carcinomatosa del píloro con los del carcinoma primitivo, se puede advertir que durante cierto tiempo tienen algunas diferencias, las cuales van desapareciendo conforme la neoplasia avanza en su desarrollo. Efectivamente, mientras que en el carcinoma primitivo, la insuficiencia motriz, aunque constante no es excesiva, en la úlcera carcinomatosa, desde un principio se manifiesta de un modo exagerado. El dolor en el cáncer primitivo, con frecuencia no es intenso, y aun puede faltar por completo, mientras que en la úlcera cancerosa es uno de los síntomas que más hacen sufrir á los pacientes. Las hemorragias que acompañan al tumor primitivo, son, por lo general, pequeñas y á menudo faltan; en cambio, en el tumor secundario son abundantes. La presencia del ácido láctico que, en el cáncer primitivo, se manifiesta en el jugo gástrico, desde períodos iniciales, no se observa en el otro caso sino cuando el mal está muy avanzado. Por último, dos de los síntomas cuyo valor diagnóstico es indiscutible: la cantidad de ácido clorhídrico y la presencia del tumor, ofrecen particularidades diferentes que voy á exponer.

Cuando se hacen extracciones sistemáticas del jugo gástrico para determinar en éste los valores del ácido clorhídrico, se encuentra, como ya fué dicho, una disminución progresiva de ellos en el cáncer primitivo. Cosa muy diferente acontece en el carcinoma desarrollado sobre una úlcera, pues lejos de estar disminuídos dichos valores, se encuentran considerablemente aumentados y así persiste hasta el período de la evolución del proceso canceroso en que el neoplasma ha adquirido bastante extensión. Entonces, cuando esta forma de cáncer del estómago, está bastante desarrollada, empieza á disminuir el ácido clorhídrico. Este carácter funcional del estómago, invadido por una úlcera carcinomatosa, está en relación con ciertas alteraciones anatómicas de la mucosa, semejantes á las que existen acompañando á la úlcera simple y explican perfectamente la hiperacidez é hipersecreción.

La tumefacción, ó endurecimiento perceptible en el epigastrio, es uno de los síntomas que no tardan en presentarse en la úlcera carcinomatosa: su patogenia y significado diagnóstico son muy diferentes de los que tienen en el cáncer primitivo. En

el presente caso el endurecimiento epigástrico es producido en la mayoría de los casos por la perigastritis, hipertrofia del píloro, etc., que acompañan á la úlcera y excepcionalmente reconoce su causa en el tumor mismo. Un carácter importantísimo que en ciertas ocasiones se observa en la tumefacción debida á la úlcera, es que disminuye más ó menos, después de haber sometido al paciente por algún tiempo al método severo de Leube ú otro semejante.

Con tales elementos no es una cosa imposible establecer el diagnóstico entre un carcinoma primitivo del píloro y el que se desarrolla en el terreno de una úlcera redonda, máxime cuando el paciente ha estado sujeto durante cierto tiempo á la observación; ¿pero, esos mismos elementos serán suficientes para poder hacer un diagnóstico precoz? Indudablemente que no, pues sólo en casos raros en los que la cantidad de ácido clorhídrico no tarda mucho en disminuir cabe la sospecha de una degeneración maligna.

Si con estos escollos se tropieza en el diagnóstico de esta categoría de cánceres del estómago, natural es suponer que los mismos se encuentran para formular la indicación terapéutica. En lo que toca á los casos en los que fundadamente puede uno excluir la degeneración maligna de la úlcera, el tratamiento médico está en su lugar y los enfermos no pueden menos de verse beneficiados por él. En caso de que la persistencia de los síntomas haga sufrir demasiado al enfermo y el tratamiento médico prolongado no le proporcione ningún alivio, la indicación quirúrgica se impone aun cuando falte una base cierta para suponer la existencia del cáncer, y se impone con más razón si hay fundamento para sospecharlo. La laparatomía seguida de exploración minuciosa del órgano enfermo y regiones circunvecinas, debe constituir la regla, y según los resultados obtenidos con esta exploración, terminar el acto operatorio, ya con la gastro-enterostomía, ya con la resección según el caso. Cierta es que, no raras veces, después de haber palpado cuidadosamente el endurecimiento pilórico y aun con él á la vista, se vacila respecto de si hay ya degeneración cancerosa ó no, mas en tales casos se puede llenar la indicación en dos tiempos, haciendo primero la gastro-enterostomía y dejando para más tarde la resección. Este modo de proceder tiene la ventaja de que la úlcera simple puede cicatrizar con solo la gastro-enterostomía, obteniendo de ese modo el enfermo la curación radical. No hay que olvidar, sin embargo, que aun en el caso de degeneración cancerosa, el

operado tiene un alivio de más ó menos duración.

Los cánceres que ocupan la pequeña curvatura del estómago, forman, con razón, una categoría aparte entre los neoplasmas malignos de la víscera, y esto, tanto por motivo de lo que dije ya á propósito de su diagnóstico como por lo que toca al tratamiento. Cuando el carcinoma se desarrolla en la pequeña curvatura, ya sea primitivamente, ya sea sobre una úlcera, los síntomas son vagos, y tratándose del primero, puede pasar completamente inadvertido por falta de ellos; mientras que en el segundo, no hay posibilidad de distinguirlo de una úlcera probable.

En fuerza de estudiar numerosos enfermos de cáncer del estómago, Tabora <sup>1</sup> ha creído encontrar en ciertos carcinomas de la pequeña curvatura, un modo especial de desarrollarse la neoplasia en virtud del cual sería posible reconocer su existencia durante la vida. Según este autor, el carcinoma, avanzando hacia las caras anterior y posterior del órgano, produce cierta rigidez á consecuencia de la cual viene la insuficiencia motriz, aunque no en grado exagerado. Por otra parte, la propagación hacia el píloro no trae forzosamente la oclusión de éste sino que, invadiendo gradualmente el anillo, le impide contraerse, y lejos de aparecer el cuadro de la estrechez, se puede observar la insuficiencia pilórica. La aquilia en esta forma es uno de los síntomas más precoces y adquiere rápidamente el mayor grado. Así, pues, aquilia gástrica, insuficiencia motriz no exagerada é insuficiencia pilórica, forman un cuadro que permite diagnosticar cierto número de carcinomas de la pequeña curvatura; pero todavía quedan otros muchos respecto de los cuales el médico está sin recursos para llegar al diagnóstico.

Esta situación tan poco halagadora tocante á los neoplasmas de la pequeña curvatura, se exagera aún cuando se vuelve la vista hacia el tratamiento. Los cánceres de esta especie son generalmente inoperables porque en su desarrollo contraen de una manera habitual adherencias con el diafragma, el pancreas, etc., á consecuencia de las cuales aparecen focos secundarios.

Inútil me parece hacer relación de las formas de cáncer del estómago complicadas por la presencia de neoplasias de igual carácter en el recto, en el

ovario, ó en otras vísceras, así como de aquellos casos en los cuales al lado del tumor gástrico existe un padecimiento grave de la vesícula biliar, del pancreas, etc., porque en tales circunstancias el papel del médico se reduce á una espectación disimulada con llenar tal ó cual indicación sintomática. En cambio sí juzgo digno de no echarse en olvido que en los casos de carcinoma del estómago inoperable, pero que no tienen ninguna de las complicaciones citadas, la gastro-enterostomía es un recurso paliativo de primer orden, puesto que, además de quitar al enfermo los dos motivos de mayores sufrimientos, el dolor y la gastrectasia, hace que la evolución del neoplasma siga con menos rapidez y por lo tanto prolonga la vida del paciente en condiciones más aceptables.

Resumiendo estos conceptos que á título de apuntes para la discusión, he tenido la honra de exponer ante esta Honorable Academia, diré lo siguiente:

El carcinoma que se desarrolla primitivamente en el píloro, es el de más fácil diagnóstico, á la vez que el que ofrece condiciones más favorables para el tratamiento radical; mas que para que las probabilidades de éxito no disminuyan, no hay que esperar á que aparezca el tumor epigástrico para diagnosticar el padecimiento y formular la indicación.

El carcinoma pilórico nacido sobre una úlcera del estómago ó úlcera carcinomatosa, como le llaman algunos autores, es muy difícil de distinguir con respecto de la ulceración en los primeros períodos de su evolución, por lo cual motiva como indicación terapéutica, al principio, el tratamiento médico; pero más tarde requiere la laparatomía seguida de gastro-enterostomía ó resección, según el caso.

El carcinoma de la pequeña curvatura es, en la mayoría de las veces, imposible de diagnosticar, al menos que haya adquirido proporciones colosales, pero existen ciertos casos en los cuales la aquilia, la rigidez gástrica y la insuficiencia pilórica, permiten llegar al diagnóstico. La terapéutica, tanto médica como quirúrgica, son impotentes en esta forma de cáncer en la inmensa mayoría de los casos.