

El pulso alternante del ventrículo derecho se hace perfectamente visible en el BCG.

RESUMEN.

Se recuerdan los conceptos del pulmón como órgano de depósito sanguíneo, haciendo ver el papel verdaderamente amortiguador que tiene al estar colocado, funcionalmente, entre los dos ventrículos. Se muestran las alteraciones del BCG en relación con el ciclo respiratorio, pensando que éste es uno de los fundamentales elementos sobre los que puede dar luz el BCG. Las alteraciones del ventrículo derecho se tendrán que buscar precisamente en la fase de inspiración, en tanto que las del izquierdo habrá que hacerlo sobre la fase de espiración.

Se presenta un caso de pulso alternante en el BCG que se enjuicia como correspondiente a una alternancia del ventrículo derecho, que coincide con una notable restricción en la capacidad funcional del pulmón.

BIBLIOGRAFIA

1. Cournand, A., H. D. Lauson y R. A. Blomfield.—*Amer. J. Med.*, 1, 315, 1946.
2. Dock, W., Mandelbaum, H. y Mandelbaum, R. A.—*Ballistocardiography*. The C. V. Mosby Comp. St. Louis, 1953.
3. Cournand, A., J. Lequime y P. Reniers.—*Acta Cardiol. Belg.*, 6, 521, 1951.
4. Monge, C.—*Cit. Dock*, loc. cit.
5. Olmes, H.—Comunicación personal.

SUMMARY

The concepts of the lungs as blood reservoir organs are recalled pointing out the truly shock-absorbing role played by them, owing to their functional situation between both ventricles. The changes in the BCG in relation to the respiratory cycle are shown; it is thought that this is one of the main aspects on which BCG may throw some light. Changes in the right ventricle should be sought for precisely during the inspiration stage; those of left ventricle during the expiration stage.

A case of pulsus alternans in the BCG is presented. It is viewed as due to alternation in the right ventricle coinciding with a remarkable restriction of the functional capacity of the lungs.

ZUSAMMENFASSUNG

Man erinnert an die Auffassung über die Lunge als Blutdepot und weist auf die tatsächlich reduzierende Wirkung hin, die sie ausübt, wenn sie funktionell zwischen die beiden Ventrikel eingeschaltet wird. Man zeigt die Veränderungen des BCG in Verbindung mit dem Atemzyklus und ist der Ansicht, dass dieser eines der fundamentalsten Elemente ist, über die das BCG Aufklärung geben kann. Die Veränderungen des rechten Ventrikels muss man besonders in der Einatmungsphase, solche des linken Ventrikels in der Ausatmungsphase suchen.

Beigefügt wird ein Fall von pulsus alternans im BCG, die als eine Veränderung des rechten Ventrikels aufgefasst wird und die mit einer bedeutenden Abnahme der funktionellen Lungkapazität einhergeht.

RÉSUMÉ

On rappelle les concepts du poumon comme organe de dépôt sanguin faisant voir le rôle vraiment amortissant puisqu'il est placé fonctionnellement entre les deux ventricules. On montre les altérations du BCG vis à vis du cycle respiratoire, pensant que celui-ci est un des éléments fondamentaux sur lesquels le BCG peut apporter une solution. On devra chercher les altérations du ventricule droit précisément dans la phase d'inspiration; celles du ventricule gauche dans la phase d'expiration.

On présente un cas de pouls alternant dans le BCG que l'on juge comme correspondant à une alternance du ventricule droit qui coïncide avec une sensible constriction de la capacité fonctionnelle du poumon.

LA POSICION INTIMA DEL CIRUJANO ANTE LOS CANCEROSOS GASTRICOS

A. GARCÍA-BARÓN.

Jefe del Servicio de Enfermedades del Aparato Digestivo de la Casa de Salud Valdecilla (Santander).

Cada cirujano posee un criterio de matices peculiares y personalísimos sobre el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico, es decir, sobre sus resultados inmediatos y lejanos, adquirido con su propia experiencia y, en parte, por las lecturas sobre tan apasionante tema, y en cuya formación ejerce también inevitable influencia el temperamento individual y profesional e incluso determinados conceptos básicos en la filosofía de la vida.

Después de haber escrito con frecuencia sobre el cáncer gástrico en muchos de sus aspectos clínicos, siento el deseo de exteriorizar algunas consideraciones generales sobre nuestro íntimo proceso mental, factor de decisiva importancia en muchos casos cuando, ante un canceroso, meditamos el pro y contra del consejo más conveniente para el enfermo. Y si en ellas no es empleada con frecuencia la primera persona del singular (de repetición poco agradable para el lector, aunque sólo se use para acentuar la plena aceptación de la responsabilidad de lo afirmado), no estará de más recordar que en mi ya larga actividad quirúrgica he tenido que pasar por diversas fases evoluti-

vas, de las cuales ninguna ha estado, ni está, exenta de errores—más numerosos y graves de lo que crea y hubiera querido—, por lo que al enjuiciarlos no necesito acudir a lo ajeno, teniendo más que suficiente con lo propio, mucho mejor conocido y por mí más lamentado.

La cirugía del cáncer es una empresa de sacrificio: de segura preocupación, antes de la laparotomía; de frecuente indecisión y dificultad, durante el acto quirúrgico; de pesar, cuando en los días siguientes todo termina, y en los casos de momento felices, de continuo temor a la recidiva. Tiene ocasiones de la máxima responsabilidad cuando dudamos de la eficacia de la laparotomía exploradora o, ya en ésta, si podemos y debemos resecar. La satisfacción del éxito definitivo no es frecuente en la medida deseada, y además demasiado tardía pasados, por lo menos, los cinco años. El crédito profesional está siempre en peligro y, pronto o tarde, lesionado, ya que fallecido, operación de estómago—sin la ampliación de “por enfermedad maligna”—y nombre del cirujano quedan unidos en la memoria de las gentes, y tanto más cuanto más elevada sea la significación social del canceroso. Y esto ocurre sin excepción, porque si el paciente queda curado de un modo definitivo, nadie recuerda la gravedad del proceso curado ni mienta éste y, a lo más, se piensa que tal éxito no hubiera sido posible sin un error nuestro cometido al tomar por maligno, amargando así a los parientes del enfermo, lo que era benigno... Y aún podemos agregar que en la cirugía del cáncer la honorable y legítima compensación crematística, en los casos en que a ella se puede aspirar, ha de ser, en su totalidad, muy modesta, ya que por dignidad individual y de clase debemos valorarla, mucho más que por la cotización del esfuerzo realizado, por el resultado, siquiera inmediato, que al enfermo proporcione, ya que de otro modo careceríamos de fuerza moral para insistir en la laparotomía exploradora o para inclinarnos a la resección en las situaciones dudosas. Sin esta norma de ejemplar sensibilidad de conciencia—y aun lo que no puede ser más doloroso y deprimente, con frecuencia a pesar de ella—nada tendría de extraño que nuestros honestos consejos preoperatorios fuesen interpretados, muchas veces, como deliberadamente engañosos a poco que la escasez económica o la maledicencia interesada entrasen en juego.

La simple enumeración de los conceptos que anteceden ya nos hace pensar que en la conducta del cirujano ante el canceroso intervienen factores acaso situados en la subconciencia, pero que se infiltran entre los claros hechos clínicos para, en grado diverso, atenuar la capacidad ofensiva de su cirugía. Pero reconocer una cierta base humana en esas circunstancias atenuantes no debe equivaler a aceptarlas como válidas, sino por el contrario, a luchar contra ellas para eliminar su perniciosa influencia,

tanto más grave cuanto que tomarlas en consideración no tiene, en apariencia, el aspecto de acto delictivo ni parece a primera vista que pueda ser origen de remordimientos.

Al encuentro del canceroso, que se nos acerca obligado por el destino, debemos acudir con la mente sana, el corazón generoso y los brazos abiertos, porque sólo así, erguidos y serenos ante la realidad, seremos capaces de realizar el máximo esfuerzo que de nosotros espera un ser que pertenece a la más alta categoría: la de un semejante enfermo y definitivamente desgraciado. Estudiemos con cariño su situación; hagamos con todo cuidado, y sin hacer concesiones a nada que no se relacione, de un modo exclusivo, con el sagrado interés del paciente, la indicación y contraindicación operatoria; y en la intervención, mantengámonos fríamente en un justo medio entre el apocamiento paralizante y el atrevimiento más o menos irreflexivo, aunque inclinándonos, en la duda, a no privar al enfermo de la única probabilidad de supervivencia o salvación. Y más tarde, cumplido el deber de la mejor manera que nos fué posible, volver a ser el amigo cordial que deplora la muerte del operado o que pide a Dios que la supervivencia sea larga y hasta que la momentánea curación llegue a ser definitiva.

Pero aun dentro de esta ortodoxia, por fortuna habitual, es lógico que los cirujanos estemos distribuidos en tres grupos: el de los optimistas, el de los pesimistas y el de los moderados; e incluso bien comprensible que en el transcurso de nuestra actividad quirúrgica pasemos de uno a otro, acaso para, al fin, retornar al mismo, impelidos por influencias de muy diverso origen y en continua aspiración a la conducta más apropiada y perfecta.

Necio sería censurar el optimismo, que en su justo grado es una virtud envidiable; pero lo malo, en la Cirugía, es que llegue a servir de trampolín para la audacia, que aquí es denigrante porque el riesgo no cae del lado del audaz, sino exclusivamente del paciente. Y sólo si toma esta dirección debe ser frenado.

Decíamos al principio que el criterio del cirujano se basaba en la experiencia propia y ajena, y esta afirmación, aun pareciendo elemental, merece algún comentario. Los buenos resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico que, de cuando en cuando, nos son descritos en las revistas profesionales, son aleccionadores, ya que demuestran las máximas posibilidades de la cirugía en la actualidad, a las que todos debemos aspirar; pero esto no quiere decir, en modo alguno, que para igualarlos nos baste el estímulo de la lectura y la creencia de que en el acto operatorio todos somos igualmente capaces de resolver, con la mejor técnica, las mayores dificultades. Estos halagüeños resultados que, con razón, tanto nos admiran y estimulan, no son la obra aislada de un hombre hábil y esforzado (pocas profesiones

podrán presentar en el mundo tan elevada proporción de miembros de muy elevada categoría), sino la suma, obligada y matemática, de sumandos de alto valor y, sin duda, no casualmente adquiridos, referentes a la calidad del canceroso y a la perfección de todos los medios clínicos, muchos de los cuales están en relación directa con la cultura y la riqueza del país, sin que esto menosprecie, en lo más mínimo, la decisiva influencia de instituciones y médicos.

Hemos de repetirnos, para que el optimismo no se haga peligroso, que se publican y se recuerdan mejor los resultados favorables de excepción que los mediocres; que para juzgarlos con más provecho es indispensable conocer bien sobre qué clase de enfermos se obtuvieron y el "modus faciendi" en todo su detalle; y que en la moderna cirugía es cada vez menos prominente la actuación del cirujano porque, cada día también, necesita más colaboración entusiasta, constante, perfecta y disciplinada de un equipo, que no queda circunscrito a los médicos que rodean al paciente en la sala de operaciones, sino que se extiende a un número, insospechado para el profano, de personas de todas las edades, sexos, categorías y especializaciones que forman un mecanismo muy difícil de poner a punto para lograr los resultados "record" que honestamente tanto envidiamos. Y aun en este ambiente concreta muy bien la cuestión un conocido cirujano norteamericano al censurar la ejecución de grandes intervenciones en los cancerosos, en esos casos dudosos en los que con lógica probabilidad todo queda reducido a un buen ejercicio gimnástico para el operador. Nosotros, más apasionados y vehementes, con facilidad llegaríamos a la furia...

También el pesimismo, acaso el defecto más frecuente entre nosotros, merece algunos comentarios, pero no refiriéndonos a este estado de ánimo, adoptado como postura cómoda para evitarse esfuerzos y sinsabores, sino al legítimo, nacido en una experiencia que se juzga desdichada.

El pesimista suele basarse más en los deficientes resultados inmediatos que en los lejanos, por ser los primeros vividos y no olvidados, mientras que para conocer los segundos, con exactitud, es necesario una mayor atención, como después veremos. Aunque la mortalidad postoperatoria ha de tener cifras muy variadas según que el criterio de radicalidad sea amplio o estrecho, tenemos para juzgar si la de los cancerosos se mantiene en un justo medio una buena piedra de toque: la que nos suministran nuestros resecados por úlcus. Si en estos últimos las pérdidas son escasas, mientras que son elevadas en los neoplásicos—por encima de la diferencia normal y lógica que existe en ambas enfermedades—, tenemos derecho a pensar que, probada contra la úlcera la eficacia de nuestros tratamientos pre y postoperatorios y de la técnica, el relativo fracaso en los cancerosos pue-

de ser debido, en parte, a no alcanzar en ellos esos tratamientos la eficacia necesaria, pero, sobre todo, a la alta frecuencia de cánceres avanzados. Si, por el contrario, es desfavorable la mortalidad en los ulcerosos, y como es natural más aún en los cancerosos, de lo que, ante todo, podemos estar seguros es de que tratamientos o técnicas, o ambas cosas, no van bien y de que bien poco conseguiremos sin dar a esos factores una mayor perfección.

Dos hechos opuestos tienen su influencia en el pesimista: el mal crédito que la cirugía anticancerosa tiene en el vulgo y las magníficas cifras de algunas estadísticas profesionales. Y hemos de repetir los argumentos: al conocimiento del público no médico escapan precisamente todos los casos curados y casi todos los de larga supervivencia; y al lado de algunas brillantes estadísticas hay otras muchas, la mayoría, tan modestas como la del pesimista, que no por omitirse su publicación dejan de constituir la gran masa de la acción quirúrgica anticancerosa en el mundo. Alguna vez hemos dicho que, en el momento actual, no somos aún capaces de luchar contra el cáncer en grandes batallas, en campo libre, por lo que nos vemos forzados a limitarnos a una guerra de guerrillas, a lo francotirador. Pero aun en este puesto, pese a su modestia, hemos de tener el orgullo de cumplir el deber animosamente, pues, de lo contrario, si damos paso al desaliento, por no poder presentar éxitos espectaculares, tendremos por suficiente la décima parte de lo que estamos obligados y podemos conseguir.

La verdad está en el justo, y difícil, término medio, tan alejado de la audacia como del apocamiento; pero hay que buscar, a toda costa, con redoblado interés y sano espíritu, en el confuso campo de los hechos sucesivos, tan diferentes de una ocasión a otra.

La simple presencia del canceroso que a nosotros acude debe conmovernos. Le invade un secreto temor, acrecentado por la solicitud de los parientes que le rodean, con seguridad ya advertidos de la gravedad del cuadro, y que le confiere el peculiar aspecto del hombre moral y físicamente derrotado y, lo que es peor, sin hallar autodefensas contra su invisible enemigo. En sus años buenos oyó siempre hablar de los avances de la ciencia y de la actual perfección de la cirugía, y al necesitarla, su instinto de conservación, fino y alerta, exalta el poder de ayuda que desea y exige, o con más exactitud, que implora. Cuando el canceroso nos da por primera vez su mano quiere, a través del leve contacto, transmitirnos sus temores y anhelos y sentir, a su vez, el calor vivificante de nuestra comprensión y simpatía, y al retirarla se sentirá confortado si en ella le hemos dejado un buen germen de esperanza. A un hombre así, que nos engrandece con su ilusión tanto como él se empequeñece con su desgracia, no se puede corresponder más que con el más profundo

y generoso afecto. Y si el mayor bien que en esta fase inicial podemos ofrecerle reside en la laparotomía, lleguemos a ésta, sin más límite prohibitivo que el que no podríamos sobrepasar sin que nuestra conciencia mostrase su extrañeza. ¡Es tan doloroso privar de su última probabilidad al señalado por el Destino!

Pero aquí debemos interrumpir muy brevemente la entrega total de nuestra humana sensibilidad porque al combatiente no le va bien, cuando pasada la hora de las grandes decisiones llegan las de la acción decisiva, el recuerdo constante de las personas y cosas que atrás dejó y ahora puede abandonar, aunque ellas sean el motivo por el que lucha y el estímulo gigantesco que centuplica sus fuerzas. Nuestra labor quirúrgica, aunque infiltrada por el deseo del bien del paciente, debe ser tan reconcentrada, silenciosa, ordenada, lenta, serena y fría al decidir, como escrupulosa y tenaz al ejecutar. Son los instantes en que todos los pensamientos del cirujano han de estar al servicio exclusivo de la técnica más depurada.

Más tarde, en los días, tal vez azarosos, que siguen a la intervención, volvamos a ser lo que antes de ella fuimos, sustituyendo, al compás de la mejoría, la cuidadosa atención profesional por esas pequeñas pruebas de amistoso afecto, que tanto agradece el paciente. Y si durante ellos sobreviene el desastre, es en la tranquilidad absoluta de nuestra mente, sin la menor sombra del más leve reproche, donde encontraremos el total alivio a la pena que, como hombres y como médicos, debemos sentir.

Pero ¿dónde está el justo, y difícil, término medio de un ponderado criterio? Este no se nos da, sino que debemos buscarle, y, ante todo, en nuestra propia experiencia. Es preciso abrir a cada caso visto una cuenta de conocimientos (modelo adjunto) considerando por igual lo ordinario y lo atípico, lo conocido y lo ignorado, lo favorable y lo adverso, convencidos de que cada enfermo es, en grado variable, diferente de los demás. Y cuando hayamos agotado las enseñanzas que el análisis nos proporciona, es el momento de establecer comparaciones y reglas en la totalidad del material, obteniendo así, y sólo de este modo, un criterio personal, al que sin embargo, no hemos de aferrarnos con obstinación, por otorgarle, erróneamente, un valor definitivo, sino que debemos siempre dejar abierto a una más amplia experiencia y al prudente y beneficioso influjo de los ajenos hechos e ideas.

Hay un error, al que con facilidad tendemos, que hay que evitar: conceder más atención e importancia, en el tratamiento quirúrgico del cáncer, a los resultados inmediatos que a los definitivos. Y es natural que esto nos ocurra, ya que al separarnos del operado tenemos la impresión de haber cumplido ya nuestra misión y poder cesar en la tensión que la lucha nos

produjo. Sin embargo, no debemos olvidar que nuestro pacto moral con el enfermo no termina al concederle el alta, ya que él llegó a nosotros no tan sólo para sobrevivir a una grave operación, sino para conseguir la curación de su enfermedad, y restablecerse del trauma quirúrgico no es, ni mucho menos, curarse. Además nos engañaríamos, aun sin pretenderlo ni desearlo, si al verle marchar pensásemos que, en lo sucesivo, la decisión final está, exclusivamente, en su suerte; y no porque esto no sea, en cierto modo, exacto; pero no hay que olvidar que esa futura suerte también tiene su relación con lo que hicimos, o cómo lo hicimos, o lo que dejamos de hacer durante el acto operatorio, detalles de nuestra exclusiva incumbencia y responsabilidad. No seguir el porvenir del paciente equivale a olvidar el alcance de la verdadera meta, a subordinar lo inmediato a lo definitivo sin hallar la prudente armonía, a mantenernos rígidamente unidos a normas imperfectas o erróneas adquiridas con estrecha y corta visión, y a dejar interrumpida una unión que, cuando comenzó, parecía que debiera tener la virtud de la permanencia.

¿Y qué decir de esa correspondencia epistolar que el operado inicia precisamente cuando, pasados meses o años, su bienestar cesa y brota en él, de nuevo, la sospecha o el convencimiento de un fin inexorable y ya no lejano? Es penosa, muy penosa; pero si pudiéramos ser testigos del bien que con ella se logra—y de la extraordinaria facilidad con que se consigue—cuando ninguna otra cosa podemos hacer, a buen seguro que siempre encontraríamos tiempo y habilidad para no privar al desgraciado de piadosas frases, tan exentas de verdad como ricas en esperanza y consuelo; las mismas que, muy probablemente, algún día nosotros mismos, como enfermos, anhelaremos.

Creo, dándome perfecta cuenta de la modestia de mi opinión, que el hecho de haber alcanzado la cirugía un elevadísimo grado de perfección sin haber resuelto, desde un punto de vista general y práctico, a nuestro favor la lucha contra el cáncer, permite suponer que, aun antes de que los relativamente brillantes resultados parciales aumenten y se generalicen hasta lograr la plenitud de su posible eficacia, ha de ser descubierto, por los estudiosos y experimentadores, un medio no sólo defensivo, sino de ataque, verdaderamente destructor del cáncer, sea la que fuere su localización. ¿Será quirúrgico o médico? Es más de esperar, y confiar, en la segunda posibilidad.

Mi experiencia no me permite, por desgracia, hablar de otro modo. Desde que hace justamente un cuarto de siglo inauguró sus funciones la Casa de Salud Valdecilla he diagnosticado 1.025 cánceres gástricos. El criterio terapéutico ha sido, durante la primera mitad de este plazo, moderadamente radical, y tanto en la indicación operatoria hacia la laparoto-

(Anverso).

Historia núm. ...

MODELO DE FICHA DE UN CANCEROSO GASTRICO DESTINADA A ENJUICIAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO (*)

Nombre ..., edad ..., años ...

Residencia ...

La enfermedad se inició, probable, seguramente, hace ... meses, años.

Elementos de juicio.

Estado de nutrición: Obeso, normal, delgado, caquético, pajizo. Hematíes ... Hemoglobina ...

Otras enfermedades: No; sí ...

Localización del cáncer: Región yuxtapilórica, antro, porción horizontal, porción vertical, región yuxtapar-dial, fornix, curvatura menor, curvatura mayor, invasión total.

Tipos: Nodular, ulceroso, escirro. Tamaño ... Movilidad ...

Invasión de órganos vecinos: Páncreas, mesocolon, hígado, colon ...

Metástasis ganglionares inmediatas: No; en curvatura menor, curvatura mayor, yuxtacardiales, fleo del hígado, retroperitoneales, preaórticas.

Metástasis peritoneales alejadas: No; mesenterio, peritoneo parietal, fondo de Douglas.

Metástasis hepáticas: No; lóbulo derecho, izquierdo. Escasas, numerosas, Pequeñas, grandes.

Otras metástasis ...

Ascitis: Sí; no.

Examen microscópico del tumor ...

Examen de un ganglio: No; sí degenerado.

1.º *Se desaconseja la laparotomía.*

Por (subrayar datos pertinentes en "Elementos de juicio").

Por no poder ser radical. Por riesgo operatorio excesivo. Por otras causas ...

2.º *Se aconseja la laparotomía.*

Con decisión, con tibieza, con frialdad.

3.º *No es aceptada la laparotomía.*

Por no ser aconsejada con decisión. Por resistencia del paciente, de sus parientes. Por causa desconocida. Otras causas ...

Porvenir: Es intervenido en otro centro quirúrgico.

4.º *No se pasó de la laparotomía exploradora.*

Por el hallazgo operatorio (subrayar los datos pertinentes en "Elementos de juicio"). Por no poder ser radical. Por riesgo operatorio excesivo. Por otras causas ...

5.º *Se practicó una gastroenterostomía, gastrostomía, yeyunostomía.*

Por el hallazgo operatorio (subrayar los datos pertinentes en "Elementos de juicio"). Otras causas ...

6. *Se logró la resección radical (parcial, total).*

Hallazgo operatorio (subrayar los datos pertinentes en "Elementos de juicio"). Radicalidad presumible: Muy buena, buena, dudosa. No se fué radical por ...

Se extirpó simultáneamente: gran epíplon, bazo, colon transversal, tejido pancreático, tejido hepático. Ganglios preaórticos ...

Método operatorio empleado ...

Trauma operatorio: Muy intenso, intenso, normal, subnormal.

(*) Los espacios punteados deben ser más extensos en las fichas a llenar.

mía exploradora como en la resecabilidad; y en la segunda, muchísimo más radical, hasta el punto de haber alcanzado, algunos años, una cifra de resecabilidad, entre los laparotomizados, de verdadero "record". Por lo que se refiere a la calidad del material, si hay diferencia apreciable de la primera época a la última, es muy escasa, por ejemplo, entre los últimos

cinco años y los cinco inmediatamente precedentes. Pues bien, en estas circunstancias hay que considerar como casos perdidos, siempre en relación con la totalidad del lote, el 43 por 100 de no laparotomizados (por estar contraindicada la operación en una gran mayoría o por no ser aceptada); el 14 por 100 de laparotomías exploradoras simples (en las que a la vista del

(Reverso).

Historia núm. ...

Nombre y dirección exactos del allegado más próximo, que viva en la misma localidad que el enfermo, pero en distinto domicilio. Nombre ..., localidad ..., calle ..., núm. ..., piso ...

Médico de cabecera

Fechas de solicitud y recepción de información.

RESULTADOS DE LAS INFORMACIONES SOLICITADAS PERIODICAMENTE

ESTADO	Fin de los años	1.º	2.º	3.º	5.º	8.º	10.º	15.º
Completamente bien.....							
Bien hasta el mes de.....							
Enfermedad estacionaria..							
Empeora y decae.....							

Fallece el día ... de ... de 19...

ANORMALIDADES EN LA CORRESPONDENCIA INFORMATIVA

RESULTADOS INMEDIATOS Y LEJANOS

1.º *No laparotomizados*.—Vistos por primera vez el ... de ... de 19... Fallecimiento: El ... de ... de 19... Supervivencia: ... años y ... meses.

2.º *Simple laparotomía, gastroenterostomía, gastrostomía, yeyunostomía*. — Ejecutada el ... de ... de 19... Muerte postoperatoria por ... Necropsia: Sí; no. Fallecimiento lejano el ... de ... de 19... Supervivencia: ... años y ... meses.

3.º *Resección radical (parcial, total)*.—Ejecutada el ... de ... de 19... Método empleado ... Muerte postoperatoria por ... Necropsia: Sí; no.

FIN

No ha sido posible obtener información por ...

Primeros síntomas de recidiva a los ... años y ... meses de la resección.

Fallecimiento a los ... años y ... meses.

Causa presumible, segura de muerte: el cáncer: Metástasis en ...

Otra causa, presumible, segura, diferente del cáncer ...

RESUMEN DE LAS PARTICULARIDADES Y ENSEÑANZAS

Conviene recordar las siguientes advertencias en relación con la solicitud de informes:

El texto más útil es el más breve: "El día ... de ... de 19... operé a ... de un proceso grave del estómago. Le agradecería muchísimo me dijese, en la hoja adjunta, si vive y cuál es su estado; y, si por desgracia falleció, el mes y año de la muerte, y, si es posible, la causa más probable del fallecimiento".

No emplear la palabra "cáncer" más que si se escribe al médico.

Incluir en la petición de informe un sobre, debidamente franqueado, con la dirección del cirujano solicitante y dentro de él una cuartilla encabezada con este título: "Informe de D. ..., sobre el paciente ..., historia ... Fecha ... de ... de 19 ...".

Recordar que en muchos casos, cuando todo fracasa, disponemos aún del Cura párroco del pueblo como seguro y eficaz colaborador.

Contestar siempre a vuelta de correo agradeciendo el informe.

hallazgo operatorio nada se podía, o no se debía, hacer); el 6 por 100 de intervenciones paliativas (gastroenterostomía, gastrostomía, yeyunostomía y resección paliativa), y el 2 por 100 de gastrectomías totales (empleadas en la mayor parte de los casos como cirugía heroica y poco productiva). En total hay, pues, un 65 por 100, o si se prefiere un 57 por 100, de todos

los casos diagnosticados que han quedado abandonados a su fatal evolución espontánea; igual, exactamente igual, que hace mil años.

Queda tan sólo un 35 por 100 (360 casos) de todos los cancerosos diagnosticados en los que la resección fué posible. Pero, entendámonos: resección posible no equivale a resección radical, y ni siquiera a resección macroscópicamen-

te radical; y entre estos casos, con tanta mayor frecuencia cuanto más elevada sea la proporción de reseabilidad, los hay que presentan visibles metástasis (en especial en el hígado) o adherencias íntimas, o con más exactitud infiltraciones circunscritas, en órganos vecinos (páncreas, mesocolon transversal), mientras que en otros existía duda muy fundada sobre si la sección alta del estómago se había hecho a un nivel suficiente sobre el límite superior perceptible del tumor. Creo tener motivos para juzgar que, en mi material, de cada 35 reseados únicamente 25 sean macroscópicamente radicales. Y esto nos lleva a la penosa afirmación de que en todo el lote de cancerosos diagnosticados no hay más que un 25 por 100, una modestísima cuarta parte, en el que la cirugía haya intervenido con posibilidades de vencer. ¿Ha vencido? ¿Qué derrotas ha sufrido y qué victorias ha logrado?

En primer lugar, ese 35 por 100 del lote general en el que se practicó una resección pagó un elevadísimo tributo a la mortalidad operatoria: el 26 por 100; es decir, que de cada cuatro reseados, falleció uno (en los cancerosos reseados en el último decenio no he logrado disminuirla más que al 17 por 100, mientras que durante este mismo plazo, en 1.517 resecciones de úlceras, no perforadas ni recidivadas —empleando la resección como único medio quirúrgico antiulceroso—, ha sido tan sólo del 2,3 por 100). Por consiguiente, eliminando los fallecidos postoperatoriamente, el 35 por 100 de reseados queda reducido al 25 por 100 del lote total de cancerosos diagnosticados que, habiendo salvado el escollo de la intervención quirúrgica, salen al porvenir a correr su suerte. No olvidemos que en una parte de ellos, como antes hemos indicado, la resección efectuada no fué radical, lo que hará que la fortuna no les sea muy favorable.

Veamos ahora cuáles han sido los resultados lejanos de ese 25 por 100, en relación con el lote total de cancerosos diagnosticados, supervivientes de la resección, no sin antes advertir que los datos a este respecto, como ocurre casi siempre, no son completos ni perfectos. Y esto por tres razones principales: el número variable de enfermos a los que no se puede seguir, sobre todo antiguos, por los inevitables cambios de domicilio, y más aún si han existido conmociones nacionales o locales; la dificultad de precisar, con cierta frecuencia, en los fallecidos, si la causa de muerte fué el cáncer u otra afección, y el grupo de individuos, recientes o antiguos, que siguen viviendo. Por todo esto, he de circunscribirme a los datos seguros de 189 reseados, sin poder precisar en qué grado alterarían los restantes la supervivencia.

Durante el primer año siguiente a la resección fallecieron el 33 por 100 (62 casos); durante el segundo, el 25 por 100 (48 casos), y durante el tercero, el 11 por 100 (21 casos), lo que

suma para los tres primeros años una elevada mortalidad del 69 por 100 (131 casos) las dos terceras partes de los reseados. Al terminar el tercer año seguían viviendo el 31 por 100 (58 casos), menos de la tercera parte.

Durante los años cuarto y quinto falleció otro 10 por 100 (20 casos), siguen viviendo 11 (8 que se hallan en el cuarto año y tres en el quinto) y ha pasado de los cinco años un 14 por 100 (27 casos). Por consiguiente, la supervivencia al terminar los cinco años ha tenido ese mínimo del 14 por 100, que lógicamente se elevará a pocos de los 11 que sigan viviendo a la terminación de ese plazo.

Durante los años cinco a diez han fallecido 6 (3 por 100 del lote de los reseados) y siguen viviendo 16 con menos de diez años y 5 que ya los han pasado, representando estos últimos un mínimo de supervivencia de un 3 por 100, que de igual modo tiene que elevarse a expensas de los 16 que siguen viviendo a diferentes alturas de este plazo de los cinco a los diez años.

¿Sería lógico admitir en mi casuística, con todas las reservas, las siguientes supervivencias: de tres años, el 31 por 100; de cinco años, el 18; de diez años, el 10 por 100? Yo me daría por muy satisfecho, dada la actual calidad del material. Pero aun así, buscando la relación de esas cifras con el lote total de cancerosos diagnosticados, quedarían reducidas a las miserables del 3 por 100 a los tres años, al 2 por 100 a los cinco y al 1 por 100 a los diez.

Y ésta es la tragedia de los cancerosos del estómago (análoga, por lo demás, a los de otros órganos): no disponer en el estado actual de nuestros conocimiento más que de un medio de posible curación: la exéresis amplia; haber ésta conseguido, por medio de una gran perfección, resultados muy estimables; pero no llegar a ella más que un mínimo de casos y, para eso, bastantes en un estado ya muy desfavorable para que sea posible el éxito. Los años pasan, la cirugía avanza con firmeza, pero el diagnóstico precoz de la gran masa de los cancerosos se ha quedado muy rezagado, pese a todos los esfuerzos y al extraordinario valor de la exploración radiológica. Y la tragedia sigue sobre su trágica base de morir por no sospechar a tiempo. ¿Qué no conseguiría la moderna cirugía, empleada en profundidad y extensión, contra el cáncer inicial? Fácil es suponerlo; lo difícil es llegar a presenciario.

Sin embargo, esta opinión personalísima no equivale, en modo alguno, a que, culpando conjuntamente del actual estado de cosas, a la enfermedad, al enfermo y al médico de cabecera, nos crucemos de brazos en resignada y plácida espera, por convicción o por comodidad, de que otra generación logre resolver el pavoroso problema. Esto sería faltar a nuestro más elemental deber. No olvidemos que constituimos un eslabón de la cadena que une el ayer al mañana, y que nuestro día, apoyado en el anterior,

debe preparar el avance al que sigue. La antorcha del amor y ayuda al canceroso no debe languidecer en nuestras manos, sino por el contrario, hemos de esforzarnos en que su llama se avive, contribuyendo con todo el entusiasmo, y en la medida de nuestras fuerzas, a que cuando Dios quiera sea lo suficientemente intensa para iluminar todos los problemas de la enfermedad, facilitando así los remedios más aptos para curarla, y acaso para evitarla.

Y quien llegue primero a la meta entregará a la humanidad doliente, a la vez que su propia y espléndida ofrenda, el esfuerzo, mantenido por la ilusión, de millares de investigadores, médicos y cirujanos, anónimos la mayoría, que le precedieron, y que también generosa y humanamente lucharon, aun a sabiendas de que la victoria final, en caso de que se lograra alcanzar, estaba muy lejana.

RESUMEN.

El autor examina el fundamento de los diversos criterios, optimista y pesimista, que dirigen a los cirujanos en su actividad contra el cáncer gástrico, insistiendo en la necesidad de una acción más intensa, aunque sin llegar a la audacia irreflexiva.

Durante los últimos veinticinco años ha diagnosticado 1.025 cánceres de estómago. De éstos considera como perdidos un total del 65 por 100 (43 por 100 de no laparotomizados, 14 por 100 de simples laparotomías, 6 por 100 de operaciones paliativas y 2 por 100 de gastrectomías totales del tipo heroico). El 35 por 100 restante, en el que se practicó la resección, no siempre macroscópicamente radical, quedó reducido, por la mortalidad postoperatoria inmediata, al 25 por 100.

Respecto a los resultados lejanos en los que sobrepasaron la resección, toma como suficientemente exactas estas cifras de supervivencia: a los tres años, siguen viviendo el 31 por 100; a los cinco, el 18, y a los 10, el 10 por 100. Ahora bien, si se busca la relación de estas cifras con el lote total de los cancerosos diagnosticados, quedan reducidas, respectivamente, a las trágicas 3, 2 y 1 por 100.

SUMMARY

The writer examines the basis of the different outlooks, optimistic and pessimistic, that dictate the activity of surgeons against gastric cancer. He emphasises that a more intense action, without reaching recklessly daring procedures, is called for.

During the last 25 years he has diagnosed 1.025 cancers of stomach. Of that number he regards a total of 65 per cent. (43 per cent. non-laparatomised, 14 per cent. simple exploratory laparatomies, 6 per cent. palliative operations

and 2 per cent. total gastrectomies of heroic type) as hopeless. The remaining 35 per cent. in which resection, not always macroscopically radical, was performed was reduced by immediate postoperative mortality to 25 per cent.

As regards the long-term results in those that survived resection he gives the following survival rate as sufficiently accurate: 31 per cent. were still alive after three years; 18 per cent., five years; 10 per cent., 10 years. If the proportion of such figures is evaluated in terms of the total number of cancers diagnosed they are reduced to the gloomier rates of three, two and one per cent.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor untersucht die Grundlagen für die verschiedenen Kriterien (Optimistischen und pessimistischen), welche die Chirurgen bei ihrer Aktivität gegen das Magen-Ca. lenken; dabei besteht man darauf, dass ein noch intensiveres Handeln einsetzen muss, ohne natürlich an ein unüberlegtes zu kühnes Handeln zu kommen.

Im Verlauf der letzten 25 Jahre wurden vom Verfasser 1.025 Magenkrebsfälle diagnostiziert; von diesen waren 65 % total verloren (43 % nicht operierte, 14 % mit Probelaaparatomien, 6 % mit nur palliativen Operationen und 2 % mit Totalgastrectomien vom typus heroicus). Die übrigen 35 %, bei denen eine macroscopisch nicht immer radikale Resektion vorgenommen wurde, blieben infolge der sofortigen postoperativen Mortalität auf 25 % reduziert.

Was die spaetresultate bei den Patienten angeht, die die Resektion gut überstanden, so werden folgende Ziffern für das Überleben als ziemlich exakt angesehen: Nach 3 Jahren lebten noch die 31 %, nach 5 Jahren 18 % und nach 10 Jahren 10 %. Wenn man nun aber diese Zahlen in Bezug auf die Gesamtzahl der anfänglich diagnostizierten umrechnet, so bleiben diese auf das tragische Ergebnis von 3, 2 bzw. 1 % reduziert.

RÉSUMÉ

L'auteur examine la cause des différentes opinions, optimistes et pessimistes, qui poussent les chirurgiens dans leur activité contre le cancer gastrique. Il insiste sur le besoin d'une action plus intense, quoique sans arriver à l'audace irréfléchie.

Pendant les 25 dernières années on a diagnostiqué 1.025 cancers d'estomac; de ceux-ci on considère perdus un total de 65 % (43 % non laparatomisés, 14 % simples laparatomies exploratrices, 6 % opérations palliatives et 2 % gastrectomies totales type héroïque). Le 35 % restant, dans lesquels on réalisa la résection,

pas toujours macroscopiquement radicale, se réduit au 25 % par la mortalité postopératoire.

Au sujet des résultats lointains où on surpassa la résection, l'auteur considère comme suffisamment exacts les chiffres suivants de survivance: trois ans après l'opération le 31 %; 5 ans le 18 % et 10 ans le 10 %. Cependant si on cherche le rapport de ces chiffres avec le total des cancéreux diagnostiqués, on n'obtient que le chiffre tragique de 3, 2 et 1 %.

ENFERMEDAD DE ALBERS - SCHONBERG

J. M. GAMINDE ALIX.

Santo Hospital Civil de Basurto (Bilbao).
Servicio de Traumatología y Cirugía del Aparato Motor.
Sección 2.ª

Director Jefe: Doctor M. SALAVERRI ARANGUREN.
Médico interno: J. M. GAMINDE ALIX.

Con ocasión de haber visto, estudiado y tratado un caso de enfermedad de Albers-Schönberg, nos decidimos a escribir este trabajo, basados en nuestros propios hallazgos y en lo que pudimos encontrar en una breve revisión de la literatura sobre este tema.

Expondremos, en primer lugar, el caso clínico tal y como se desenvolvió ante nosotros y seguiremos con un repaso de lo que se conoce sobre este tema.

Se trataba de un joven, J. P. G., de diecinueve años de edad, soltero y natural de Baracaldo, con domicilio en la misma localidad. Ingresó en nuestro Servicio el 21-I-53.

En sus antecedentes familiares figuraban: padre, enfermo de silicosis; dos hermanos, uno de ellos afecto de secuelas de poliomielitis.

En sus antecedentes personales no había enfermedades. Hace cuatro años, fractura de fémur izquierdo, tratada en nuestro Servicio.

En septiembre del año 52 sufre una caída de un árbol, de tres metros de altura, que le produjo una fractura de fémur derecho por su tercio superior.

Ingresó en una clínica del S. O. E.; fué puesto a tratamiento con extensión continua y después operado; la fractura era muy rebelde al tratamiento, por demás correcto, a que fué sometido, y a los nueve meses de estar ingresado en aquella clínica es enviado a nuestro Servicio, donde ingresa. Del interrogatorio deducimos que como molestias subjetivas aqueja cojera de pierna derecha con sensación de que en el muslo se le mueven los huesos por dentro. El cirujano que le trató anteriormente le había dicho que tenía enferma la sangre.

A la exploración nos encontramos con un sujeto normotípico, con palidez de piel y mucosas; la exploración de todos los aparatos era normal. En extremidad inferior derecha se apreciaba un acortamiento de 4 centímetros, el muslo aparecía angulado, con un vértice anterior y externo por su tercio superior, notándose a la palpación la presencia de movimientos anormales óseos. Con el diagnóstico previo de pseudartrosis de fémur, se solicitaron del Servicio de Radiología del hospital (doctor ASTORQUI) radiografías. Entonces comenzaron

nuestros hallazgos, pues en la pelvis (fig. 1) aparecía la imagen de una pseudartrosis por fractura transversa subtrocantérea derecha, pero al mismo tiempo una imagen de condensación ósea, uniforme, en epífisis femorales y en sacro, coxis y pelvis; en los ilíacos había zonas condensadas y claras alternando en bandas horizontales. La imagen era de una enfermedad marmórea. Se revisó el archivo, pues el primer accidente de este enfermo fué tratado en nuestro Servicio y en las radio-

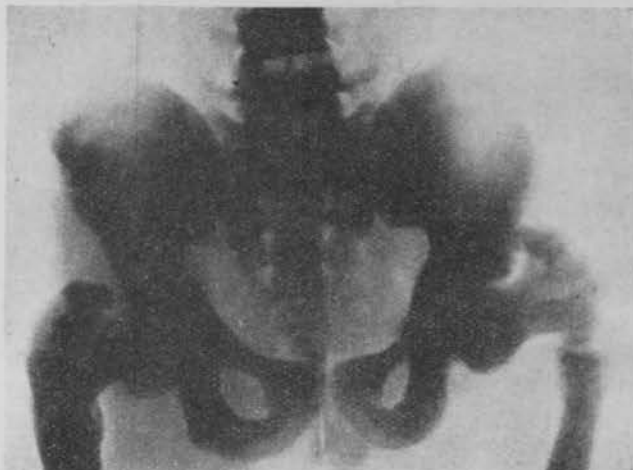


Fig. 1.

grafías (fig. 2); se apreciaba ya entonces la misma imagen de condensación ósea, quizá no tan acentuada.

Se pidieron radiografías de cráneo, anteroposterior y lateral, donde se vió un engrosamiento de la calota, sin verse imagen de las tablas corticales y una esclerosis intensísima de toda la superficie basal, engrosada, sin neumatización mastoidea, con unos senos frontales diminutos y silla turca casi esférica, pequeña, con unas apófisis clinoides muy gruesas (fig. 3).

En las radiografías de tórax aparecen todas las vértebras con una condensación ósea uniforme, ocurriendo lo mismo con las costillas y esternón y clavículas y cabeza



Fig. 2.

de húmero (fig. 4). El diagnóstico de esta osteopatía condensante era obvio.

Solicitado del Laboratorio Central del hospital se intentó por los doctores POSSE, CEBREIRO y M.ª DOLORES PUERTAS la obtención de médula esternal para mielogramas, pero no fué posible ninguna de las veces la punción por la consistencia del hueso. La sangre periférica analizada dió los siguientes resultados: Hematíes, 3.860.000; hemoglobina, 95 por 100; leucocitos, 7.400; basófilos, 0; eosinófilos, 6; mielocitos, 0; juveni-