

auftreten, wogegen man auf Grund einer fehlenden Basis keine stereotype Anordnung der extrapyramidalen Pathologie in eine Serie von ganz verschiedenen Krankheiten vornehmen kann.

Man untersuchte den spastischen Schreiberkrampf und seine Kombinierung mit anderen, ebenfalls dystonischen - dyskinetischen Störungen. Als Ursache für dieses Syndrom wird eine Läsion der Koordinationskerne der Motilität und der Regulationskerne des posturalen Tonus (wahrscheinlich des corpus pallidum und des n. niger) angenommen, die auf Grund des im Texte mitgeteilten Mechanismus zustandekommt. In Übereinstimmung mit anderen neuerdings erworbenen Kenntnissen, darf man annehmen, dass die geschädigten Zentren Teil einer Hemmungsbahn für bestimmt motorische Rindenaktivitäten bilden.

Behandlung mit Scopolamin: gute Erfolge. Palliative soziale Therapie.

RÉSUMÉ

On fait une évaluation des connaissances actuelles sur la physiopathologie extrapyramidale. On évalue les études de Barraquer et Roviralta dans l'indice de nos connaissances au sujet des affections de ce système. On signale le caractère prépondérant syndromique de ces affections, et on affirme qu'on ne peut pas soutenir, manque d'une base adéquate, une ordonnance stéréotypée de la pathologie extrapyramidale dans une série de maladies clairement distinctes.

On étudie la forme spasmodique de la crampe d'écrivain et sa combinaison avec d'autres troubles de même nature dystonique-dyskinétique conditionnée. On suppose que la cause de ce syndrome est la lésion des nucléoles coordinateurs de la motilité et régulateurs du ton de position (probablement le pallidum et le locus niger) établie par le mécanisme exposé dans le texte. D'accord avec les connaissances récemment acquises, on peut admettre que les centres de lésion forment part d'une voie qui inhibe des activités motrices déterminées de l'écorce.

Le traitement à base d'escopolamine. De bons résultats. Traitement social palliatif.

¿ES POSIBLE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO VERDADERAMENTE PRECOZ DEL CÁNCER GÁSTRICO?

(Estudio sobre 400 casos personales)

A. GARCÍA BARÓN

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

Es natural que al plantear esta cuestión no hemos de referirnos a lo que la clínica es capaz de lograr ante un caso aislado, en el que quizá puedan reunirse circunstancias favorables que simplifiquen

mucho la decisión, sino en la gran mayoría de los enfermos, en los que en proporción media se mezclan facilidades, dificultades e imposibilidades.

Pero antes de entrar en ella convendría aclarar, en lo posible, lo que debemos entender por diagnóstico precoz. En apariencia parece superflua toda explicación; sin embargo, a mi juicio, la frase "tenemos que llegar al diagnóstico precoz" no es más que una meta situada en una dirección presumible, pero a una distancia no bien precisada. No olvidemos que los diagnósticos precoces ocupan un terreno muy inseguro de la Patología, en el que es fácil entrar con muchas ilusiones para caer pronto bajo el peso de los desengaños. Por esto es muy conveniente pensar hasta dónde queremos llegar y valorar con exactitud los medios con que para ello contamos.

¿Con qué criterio hemos de aplicar al diagnóstico el calificativo de precoz, dado el estado actual de nuestros conocimientos?

Si acudimos al sintomático, diremos que el diagnóstico de un cáncer gástrico es precoz cuando las manifestaciones que le exteriorizan lleven poco tiempo de existencia. Ahora bien; para que esta afirmación fuese exacta deberían serlo las dos premisas siguientes: comienzo neto de la sintomatología y su iniciación sincrónica con el nacimiento de la neoplasia.

Pero sabemos, de una parte, que muchas veces el cáncer aparece en un individuo no virgen de todo trastorno digestivo, sino ya portador de otra afección gástrica, de la cual el proceso neoplásico parece, durante cierto tiempo, una simple continuación; y de otra parte, que el cáncer debe poseer, en muchos casos, una fase inicial, en algunos casos muy larga, en que es asintomático.

Si aplicamos el criterio anatómico, calificaremos de precoz el diagnóstico que podamos sentar en el comienzo visible y evidenciable de la lesión maligna. Creemos que la clínica es incapaz de lograrle, de no caer en la tendencia extrema de sospechar el cáncer en todo momento, con razón o sin ella. El único medio que puede posibilitar el reconocimiento anatómico precoz es el constituido por los rayos X. Pero la gran dificultad está en emplearle, pues para que este medio tan eficaz pueda entrar en acción es preciso que el enfermo se someta tan pronto como comienzan sus síntomas — que con frecuencia, como hemos dicho, aun al iniciarse pueden corresponder a un cáncer ya tardío — a una exploración perfecta, en tan alto grado que no siempre tendrá a su alcance al técnico adecuado para realizarla. Además — si queremos que el problema colectivo tenga alguna solución o mejora — no se trata de la coincidencia fortuita de un enfermo y de un determinado radiólogo, sino de la movilización de la gran mayoría de los cancerosos iniciales hacia un gran número de técnicos capacitados. Pero aun no es esto todo, porque si el investigador con los rayos X puede determinar la existencia, localización y tamaño de la neoplasia, no le es posible dar dato alguno sobre su edad y malignidad, ni afirmar o negar la existencia de metástasis. Un cáncer, por su tamaño, podrá parecer inicial, pero biológica y prácticamente el diagnóstico puede ser tardío, no en relación al

tiempo, sino a la posibilidad de su tratamiento quirúrgico radical.

Y nos queda otro criterio, el práctico, que dice en su fórmula: "El diagnóstico es precoz cuando permite la resección gástrica en el período en que existen las mayores probabilidades de curación definitiva." Como deseo es bien concreto, pero al enumerar los medios de realizarle tiene que pedir ayuda a los dos anteriores.

Habiendo publicado recientemente (*Revista Clínica Española*, 1944, págs. 139-155) un trabajo general con el título "¿Tiene alguna atenuación la actual tragedia del canceroso gástrico?", vamos a ocuparnos ahora, de una manera exclusiva, del criterio sintomático, limitándonos a hacer consideraciones sobre el material de nuestro Servicio de Valdecilla, que consta de 400 casos (y en los que no incluimos los cardiales y yuxtacardiales, cuyo síntoma inicial fué la disfagia). Veremos qué conclusiones hemos obtenido y si son utilizables para orientar al médico que tiene el primer contacto con el canceroso, y del que en realidad depende el que llegue a ser posible el diagnóstico precoz y, en fin de cuentas, el porvenir del enfermo. Y entonces también será el momento de juzgar qué criterio de precocidad se puede defender y si el diagnóstico auténticamente precoz es una aspiración razonable y factible, o bien una utopía.

Dividimos este trabajo en dos partes. En la primera (A) analizamos los casos clasificados en varios grupos, según el tiempo transcurrido desde el comienzo del estado morbosus hasta el momento en que la enfermedad fué comprobada radiológicamente (primer mes, 2.º y 3.º, del 4.º al 12.º, segundo año, tercer año y más de tres años) y estudiamos en cada uno de ellos, sistemática y ordenadamente, todos los síntomas; es decir, esta parte está destinada a la exposición del material y a la obtención de conclusiones en armonía con la clasificación adoptada. En la segunda (B), por el contrario, planteamos una serie de preguntas fundamentales que contestamos, en visión de conjunto, con los datos antes obtenidos.

Tratamos este tema sin el menor prejuicio y con la más absoluta objetividad; conocemos perfectamente las grandes dificultades que en Medicina se oponen a la exactitud, con frecuencia más deseada y artificiosamente descrita que buscada; y reconocemos, bien convencidos, que el valor de las cifras no está en su precisión matemática, que hasta los más pequeños factores pueden hacer variar, sino en lo que tienen de base concreta, aunque de exactitud aproximada, para la formación de juicios.

A) ANÁLISIS DE LOS DIFERENTES GRUPOS Y CONCLUSIONES PARCIALES

1.º CANCEROSOS GÁSTRICOS DIAGNOSTICADOS DURANTE EL PRIMER MES DE LA ENFERMEDAD. — Por tratarse de un número muy limitado de casos (26; 13 hombres y 13 mujeres; edad media 58 años) y que ofrecen características de especial interés y de agrupación difícil, es conveniente, antes de comenzar su estudio, dar una síntesis de cada historia clínica.

Caso núm. 1. — Hombre de 63 años. Hace 20 años de estómago durante seis meses. Hace un mes vómitos de alimentos y diarrea. Desde hace dos semanas ardor y dolor en el antro. No operado.

Caso núm. 2. — Hombre de 66 años. Hipo y algia epigástrica. Estreñimiento. Anorexia, con pérdida de 30 kilogramos de peso. Cáncer de la porción vertical. No operado.

Caso núm. 3. — Hombre de 67 años. Hace dos semanas coincidiendo con una desgracia familiar — comenzó con hinchazón de piernas y anorexia absoluta. Estreñimiento hace un mes. Cáncer de antro. No operado.

Caso núm. 4. — Mujer de 55 años. Pesadez gástrica, hinchazón, algo de diarrea. Buen apetito, pero en los últimos meses ha perdido 30 kilogramos. 3.500.000 hemáties con 36 por 100 de hemoglobina. Tumor palpable. Cáncer de antro. No operado.

Caso núm. 5. — Hombre de 55 años. Pesadez gástrica. Buen apetito, pero con pérdida de 8 kilogramos. Muy anoréxico. CIH libre, 1,5; A. T., 1,7. Tumoración palpable. Cáncer de porción vertical. No operado.

Caso núm. 6. — Mujer de 56 años. Hace 10 años bajo ambos rebordes costales, que se calmaba ingiriendo alimentos. Hace año y medio cólico, que requirió morfina. Hace meses comienza con dolores continuos. Anorexia, 20 kilogramos. Gran tumoración palpable. Ocupa toda la mitad abdominal. No operado.

Caso núm. 7. — Hombre de 32 años. Acidismo. Movido el vientre desde que hace un mes comenzó. Buen apetito, pero ha perdido 10 kilogramos. Antro. Resección gástrica.

Caso núm. 8. — Hombre de 66 años. Dolor fuerte y continuo con ardores y eructos. No consta la localización. No operado.

Caso núm. 9. — Hombre de 65 años. Acidismo. Antro con 11 kilogramos de pérdida. CIH, 0,7; A. T., 1,2. No operado.

Caso núm. 10. — Mujer de 79 años. Notó un bulto epigástrico. Estreñimiento. Anorexia. Tinte pálido. Tumoración palpable muy grande. Porción vertical. No operado.

Caso núm. 11. — Hombre de 58 años. Inflazón y náuseas postprandiales. Estreñimiento. CIH, 0,2. Tumoración palpable. Tercio medio. No operado.

Caso núm. 12. — Hombre de 53 años. Acidismo. Buen apetito. Estreñimiento. CIH, cero; A. T., 2,1. Tumoración palpable. Tercio medio. No operado.

Caso núm. 13. — Mujer de 60 años. Dolor en región epigástrica izquierda. Náuseas. Estreñimiento. Anorexia con pérdida de peso. CIH, cero; A. T., 0,1. Tumoración palpable. No consta la localización. No operado.

Caso núm. 14. — Mujer de 69 años. Hace 20 días de crisis familiar. Desde entonces pesadez y ardor, irregulares vómitos de posos de café. Anorexia con pérdida de peso. Tumoración palpable. Antro. No operado.

Caso núm. 15. — Mujer de 68 años. Dolor ligero. Anorexia. Estreñimiento con pérdida de peso. CIH, 0,3; A. T., 1,1. Antro. No operado.

Caso núm. 16. — Mujer de 60 años. Hace 16 años de crisis durante un mes "asco gástrico", que alguna vez se ha repeticido. Hace tres semanas vuelve, pero con pesadez. Anorexia. Muy buen aspecto. Tumoración palpable. Antro. No operado.

Caso núm. 17. — Mujer de 63 años. Dolores de escasa duración en vientre, estómago y pecho. Pérdida de 10 kilogramos. Estreñimiento. 3.810.000 hemáties con 53 por 100 de hemoglobina. Tercio medio. No operado.

Caso núm. 18. — Mujer de 71 años. Dolor bajo reborde costal derecho e inflazón. Desde hace ocho días vomita lo que toma, a veces poso de café. Anorexia; 10 kilogramos. Resistencia en la mitad derecha de epigastrio. Antro con hinchazón de páncreas. Gastroenterostomía.

Caso núm. 19. — Mujer de 50 años. Vómitos obscuros y estreñimiento. Desde hace cuatro días dolor intenso. Alguna pérdida de peso. Tumoración palpable. Antro con hinchazón de páncreas. Gastroenterostomía.

Caso núm. 20. — Mujer de 54 años. Aguas de boca. Desde hace cinco días dolor continuo. Gran palidez. 3.840.000 hemáties con 69 por 100 de hemoglobina. Hemorragias ocultas positivas. Tumoración palpable. Escirro. Gastrectomía total.

Caso núm. 21. — Mujer de 59 años. Molestias irregulares de estómago. Buen apetito, pero ha perdido 7 kilogramos. CIH, 0.4; A. T., 1. Hemorragias ocultas en heces dos veces positivas. Ingresó con un cuadro de íleo agudo. Cáncer de tercio medio con metástasis en válvula ileocecal. Laparotomía exploradora con fístula intestinal.

Caso núm. 22. — Hombre de 40 años. Hace 20 años acidismo durante dos meses. Vuelve de nuevo. Mucho apetito, pero ha perdido bastante peso. Mal estado general. CIH, 2.4; A. T., 2.8. Antro. Resección.

Caso núm. 23. — Mujer de 62 años. Sensación de vientre hinchado y anorexia. Pérdida de 20 kilogramos. 2.710.000 hemáties con 50 por 100 de hemoglobina. Tumoración palpable. Antro. Resección.

Caso núm. 24. — Hombre de 30 años. Hace un mes dolor muy ligero — durante dos días — que se calmaba con alcalinos. Hace 24 horas vuelve. Hace hora y media cuadro de perforación aguda. Cáncer de cara anterior de estómago muy extenso y con una gran perforación. Resección.

Caso núm. 25. — Hombre de 55 años. Hace mes y medio, ántrax. Desde hace dos semanas, pesadez. Buen apetito, pero ha perdido 8 kilogramos. Gran desnutrición. CIH, 1.5; A. T., 1.7. Tumoración palpable. Ascitis. Tercio superior. No operado.

Caso núm. 26. — Hombre de 50 años. Hace un año fue aplastado entre dos topes de vagón. Quedó bien, sin haber sido intervenido. Hace 24 horas dolor fuerte en cuadrante derecho e inferior, seguido una hora más tarde de un vómito alimenticio con sangre. Hace 10 horas melena. 3.290.000 hemáties con 56 por 100 de hemoglobina. Fórnix. No operado.

De estas historias clínicas se derivan las siguientes particularidades de los diversos síntomas:

Antecedentes gástricos o abdominales. — La gran mayoría carecen de todo antecedente, ya que únicamente cinco enfermos (19 por 100) le ofrecían breve y lejano. Si prescindimos de un traumatismo cerrado y no complicado, ocurrido un año antes, en los cuatro restantes (1, 6, 16 y 22) se trata de episodios — en tres de acidismo — por lo menos de 10 años de fecha y de corta duración. Es lógico admitir que en ninguno de los cinco el cuadro actual tenga relación alguna con el pasado.

Molestias subjetivas. — Dividiéndolas en tres tipos: ardor o dolor, pesadez e inclasificables, encontramos en ellas respectivamente incluidos 14, 6 y 6 enfermos. Por consiguiente, ofrece doble frecuencia el ardor o dolor — en sus variadas formas (aunque de los 14 siguen el tipo acidismo 8) — que la pesadez. Cuán diversas pueden ser las primeras manifestaciones iniciales se demuestra en esos seis enfermos de difícil clasificación (núms. 2, 3, 10, 13, 19 y 23).

Alteraciones en el apetito y peso. — Hay historias clínicas en que falta toda mención sobre uno o ambos síntomas, acaso por no existir; pero si tenemos en cuenta únicamente los casos en que se mencionan, vemos que de los 26 enfermos hay 18 con pérdida de peso (69 por 100) y de fuerza, de los que 11 precisan el número de kilogramos perdidos: dos de 7, dos de 8, tres de 10, uno de 11, dos de 20 y uno de 30. Por lo tanto, la pérdida de peso y fuerzas es un síntoma, en el período más precoz, bastante constante y con frecuencia muy acentuado. En cambio, el estado del apetito — por lo menos en los casos en que está anotado — en igual proporción está inalterado o ha disminuido,

es decir, que su disminución o abolición, aunque también precoz, es menos constante que la pérdida de peso y fuerzas.

Pudiera creerse que la pérdida de peso es ya simplemente, en esta época, una consecuencia de la hipoalimentación por anorexia, pero si tenemos en cuenta la relación entre ambos síntomas vemos que el apetito es aún bueno de los dos enfermos con pérdida de 7 kilogramos en uno, de los dos con 8 en los dos, de los tres de 10 en dos y también en el de 30 kilogramos de pérdida. Esto demuestra no solamente que puede, con frecuencia, haber pérdida de peso con apetito normal, sino también que la disminución del peso es un síntoma más precoz que la del apetito.

En este primer mes de enfermedad es habitual el que haya que acudir al juicio de los que acompañan al enfermo para saber si su aspecto general ha variado. Sin embargo, en cuatro de estos enfermos la alteración desfavorable era evidente.

Vómitos. — Únicamente se señala su existencia en siete enfermos y de ellos tres afirman que algunos eran oscuros. Una vez se observó una hematemesis seguida de melena. Podemos decir que sólo hay vómitos, por lo menos, en la cuarta parte de los casos.

Funciones intestinales. — En aquellos enfermos (12) en que no constan datos es de suponer o que no había modificación en el ritmo habitual de las deposiciones o que, de existir, más fácil es que se tratase de estreñimiento que de diarrea, por ser ésta signo más llamativo. En los restantes el estreñimiento apareció con mucha mayor frecuencia que la diarrea (12 : 2), siendo de notar que la existencia del primero era independiente del estado del apetito (ya que de 12 estreñidos había 4 con buen apetito, 4 con anorexia, y sin datos en los 4 restantes).

Es curioso un caso (núm. 7) con historia de un mes y con ritmo anterior normal de heces, que durante ese tiempo aún no había evacuado ni una sola vez. De igual modo otro (núm. 3), con historia de dos semanas, había visto instaurarse el estreñimiento desde un mes antes.

Existencia de tumoración palpable. — De los veintiséis casos presentaban una tumoración palpable con toda evidencia doce, es decir, la elevadísima proporción del 46 por 100. Ahora no hacemos más que mencionar este hecho; un poco más adelante obtendremos de él alguna conclusión de la mayor importancia.

Pruebas de laboratorio. — La falta de datos en bastantes de nuestras historias sobre este particular es debida a que habitualmente la primera exploración a que son sometidos los enfermos de estómago en nuestro Servicio, es la radiológica, y al hacerse así evidente en muchos casos el diagnóstico de cáncer, si éste no es operable, se prescinde de las pruebas de laboratorio y, sobre todo, de la investigación de las hemorragias ocultas, para no hacer esperar a los enfermos los tres días de la dieta previa. En los pocos casos (ocho) en que se ha hecho el análisis del contenido gástrico, existía hipocidez por debajo de 1 de CIH o aquilia en cinco, acidez normal en dos, e hiperclorhidria en uno (2.4 con 2.8).

Respecto a la riqueza de hemáties y hemoglobi-

na, en ninguno de los pocos casos explorados era normal; siempre existía una anemia secundaria, oscilando entre dos millones y medio y tres y medio, con una cifra media de 56 por 100 de hemoglobina.

Localización de la neoplasia. — Corresponden — según la exploración radiológica — al tercio superior cinco, al medio seis y al inferior doce; la invasión era total en uno y de dos no constan los datos. La menor frecuencia de los cánceres altos no solamente es debida a ser menos frecuentes que los de los dos tercios distales, sino también a que hemos eliminado de este trabajo los de la región cardial y yuxtacardial, que tienen como primer síntoma la disfagia. Esta particularidad, que permite el diagnóstico precoz, y su exclusión habitual del tratamiento quirúrgico, creemos que justifican la eliminación.

Consideraciones sobre el concepto de precocidad del diagnóstico en estos enfermos en los que el cáncer ha sido evidenciado durante el primer mes de manifestaciones clínicas de la enfermedad. — Hemos reunido en este lote los enfermos en que más precoz ha sido nuestro diagnóstico. No hay duda alguna que en ellos la precocidad, en relación con el comienzo sintomático, ha existido. Pero ¿qué indica ese 46 por 100 de tumoraciones palpables? ¿Qué demuestra que un paciente, al mes de comienzo, se presentase con un íleo por metástasis en válvula ileocecal (caso núm. 21); que en tres de tres semanas existiese ya un tumor palpable (núms. 14, 16 y 25) y en uno de ellos, además, ascitis; que en otro, de dos semanas, hubiese ya a rayos X un cáncer extenso de antro (núm. 3); que a las veinticuatro horas del primer síntoma llegasen otros dos, uno con perforación aguda y otro con una hematemesis (núms. 24 y 26)? Sencillamente, que estos cánceres diagnosticados tan fácil y precozmente no eran incipientes, sino que estaban muy avanzados en su evolución; es decir, que en cierto número de tumores malignos del estómago hay una fase silenciosa, sin exteriorización clínica digna de ese nombre, que tal vez llegue a durar meses, y que no sólo se presenta en los tumores del fórnix, sino incluso en los del antro. En ellos el enfermo ha hecho ya un largo recorrido en el camino de la muerte sin que la menor protesta orgánica le haya advertido el peligro; y cuando acude al médico el tratamiento quirúrgico es prácticamente inútil. De los veintiséis casos dieciocho no han sido ni laparotomizados, en parte por no aceptar la operación propuesta, pero en mucha mayor proporción porque ya no había utilidad en realizarla; en uno se hizo un ano ilíaco, por su estado de íleo agudo; en dos con invasión de páncreas, una gastroenterostomía paliativa; en cuatro fué factible la resección parcial y en uno — de escirro — hubo que recurrir a la gastrectomía total. De estos cinco resecados por cáncer avanzado, tres fallecieron después de la operación. Fueron dados de alta hospitalaria dos gastroenterostomizados y dos resecados. Es de suponer que ninguno de los no laparotomizados, el de la fistula de intestino delgado y los dos gastroenterostomizados viviesen un año más tarde. De los veintiséis únicamente dos — los más jóvenes de todos — quedaron colocados, por haber sido resecados, con posibilidades de más larga

supervivencia; pero el primero, de 32 años de edad, falleció seis meses más tarde y el segundo, de 30 años, resecado con perforación aguda, apenas si tuvo supervivencia un poco más larga.

El balance definitivo no puede ser más desalentador, a pesar de que, en apariencia, el diagnóstico tampoco pudo ser más precoz. Pero es preciso generalizar ni dejarnos invadir por el pesimismo la inutilidad del pronto diagnóstico. No olvidemos que aquí no se trata de un grupo de enfermos conocidos durante el primer mes como cánceres, merced a esmerada sagacidad clínica o absoluta perfección de los métodos exploratorios, sino, por el contrario, en ellos el diagnóstico era de extraordinaria facilidad; en la mitad bastaba palpar el epigastrio...; en realidad eran casos con sintomatología avanzada, aunque reciente.

2.º CANCEROSOS DIAGNOSTICADOS DURANTE SEGUNDO Y TERCER MES DE LA ENFERMEDAD. — Son 94 casos (49 del segundo mes: 32 hombres y 17 mujeres; y 45 del tercero: 28 hombres y 17 mujeres. Edad media en ambos casos 58 años).

Antecedentes gástricos o abdominales. — Son raros aún que en el grupo precedente, ya que existían en seis enfermos (6 por 100), siendo interesante que con la excepción de un caso, que mes antes del comienzo había sufrido un traumatismo cerrado y no complicado de parte abdominal, tres de los restantes seis meses, siete y ocho años antes habían tenido durante un par de años síntomas de acidismo gástrico, mientras que otros dos habían tenido, dos y cuarenta años antes, una hematemesis, sin otro síntoma anterior ni posterior. Por ahora no comentaremos este hecho.

Molestias subjetivas. — Predomina el dolor ardor gástrico — sobre todo aquél — (en 40 casos) sobre el malestar o pesadez (28 casos), pero es frecuente como éste la existencia de síntomas insificables (27 casos) en esos dos grupos. Es importante advertir que las manifestaciones dolorosas gástricas, aproximadamente en la mitad de los casos corresponden al tipo habitual del acidismo, pero los restantes se manifiestan como dolores progresivos, irregulares, continuos, ligeros, no influenciados por la ingestión de alimentos ni alcalinos. En cuanto a las manifestaciones subjetivas insificables, su variedad es grande e incluso faltan veces, por lo que creemos útil transcribir un resumen de esos casos:

Caso núm. 27. — Hombre de 65 años. Hace dos meses dolores continuos en cadera y mitad derecha de vientre. Duraron dos semanas, quedando después bien. Hace 8 días volvieron de nuevo. Anorexia con pérdida de 3 kilogramos. 3.950.000 hematíes con 82 por 100 de hemoglobina. Tumoración palpable. Porción vertical. Metástasis en hígado. No operado.

Caso núm. 28. — Hombre de 64 años. Hace dos meses debilidad, y desde hace uno diarrea. Buen apetito, aunque lleno en seguida, pero con gran pérdida de peso. Tumoración palpable. Porción horizontal. No operado.

Caso núm. 29. — Mujer de 62 años. Desde hace dos meses dolor generalizado en vientre. Estreñimiento. Anorexia. Pérdida de 5 kilogramos. Desde hace 15 días vómitos. 4.910.000 hematíes con 77 por 100 de hemoglobina. Anorexia. No operada. Fallece a los tres meses del comienzo, con metástasis en epíplon y matriz.

Caso núm. 30. — Hombre de 66 años. Desde hace dos meses dolor de vientre, estreñimiento, anorexia y pérdida de peso. CIH, cero; A. T., 0,7. *Tumoración palpable*. Porción horizontal. No operado.

Caso núm. 31. — Hombre de 71 años. Desde hace mes y medio vómitos como de posos de café. Buen apetito. Gran pérdida de peso. Estreñimiento. Porción horizontal. No operado.

Caso núm. 32. — Mujer de 73 años. Desde hace mes y medio abultamiento del vientre. Diarrea desde hace tres meses. Algún vómito desde hace una semana. *Tumoración palpable*. No consta la localización. No operado.

Caso núm. 33. — Hombre de 63 años. Desde hace dos meses anorexia progresiva. Estreñimiento. Desde hace un mes vómitos de retención. *Tumoración palpable*. Antro. No operado.

Caso núm. 34. — Mujer de 46 años. Desde hace mes y medio vomita todo lo que toma. Mucho apetito. *Tumoración palpable*. Antro con invasión de mesocolon transverso. Gastroenterostomía.

Caso núm. 35. — Mujer de 57 años. Desde hace dos meses malestar, aguas de boca, anorexia y bastante pérdida de peso. CIH, 0,9; A. T., 1,9. Laparotomía exploradora.

Caso núm. 36. — Hombre de 61 años. Desde hace mes y medio inapetencia sin molestia alguna de estómago. Pérdida de 4 kilos. CIH, 0; A. T., 0. Hematíes, 4.930.000, con 95 por 100 de hemoglobina. Porción vertical. Metástasis en hígado. Laparotomía exploradora.

Caso núm. 37. — Hombre de 55 años. Hace dos meses, sin molestia alguna, notó un bulto bajo reborde costal izquierdo que desde hace diez días duele espontáneamente. Gran pérdida de peso. *Tumoración palpable* correspondiente a estómago e hígado. Metástasis en éste. Laparotomía exploradora.

Caso núm. 38. — Hombre de 49 años. Desde hace mes y medio, después de un catarro, dolor hacia región renal izquierda, inflamación de vientre, eructos, diarrea y anorexia. Pérdida de 6 kilos de peso. CIH, 0; A. T., 0,4. Hemorragias ocultas en heces negativas. *Tumoración palpable*. Antro con invasión de páncreas. Laparotomía exploradora.

Caso núm. 39. — Hombre de 45 años. Desde hace dos meses molestias de vientre, algún vómito, inapetencia y pérdida de peso. *Tumoración palpable*. Resección.

Caso núm. 40. — Mujer de 68 años. Desde hace mes y medio dolor de riñones, que a veces asciende al estómago. Algo de ardor y pesadez. Anorexia con pérdida de 10 kilos. CIH, 0. Hemorragias ocultas en heces positivas. 3.100.000 hematíes con 40 por 100 de hemoglobina. *Tumoración palpable*. Curvatura menor de porción horizontal, con invasión de páncreas. Laparotomía exploradora.

Caso núm. 41. — Hombre de 64 años. Desde hace dos meses dolores continuos en mitad inferior de vientre. Estreñimiento. Inapetencia con pérdida de peso. Antro. No operado.

Caso núm. 42. — Hace tres meses proceso febril y desde entonces borborigmos, eructos, inapetencia y pérdida de 12 kilos. Antro. No laparotomizado.

Caso núm. 43. — Hombre de 46 años. Hace tres meses, y durante uno, inflamación de estómago con algún vómito. A continuación molestias imprecisas y vómitos más frecuentes. Pérdida de 20 kilos. CIH, 0,6; A. T., 1. *Tumoración palpable*. Porción horizontal. No operado.

Caso núm. 44. — Hombre de 46 años. Desde hace tres meses vómitos, sin otra molestia. Buen apetito; pérdida de peso. Hemorragias ocultas en heces positivas. Demacración. *Tumoración palpable*. Metástasis en ovario. Antro. No operado.

Caso núm. 45. — Mujer de 64 años. Desde hace tres meses vomita las comidas. Estreñimiento. Mucho apetito, con pérdida de 11 kilos. *Tumoración palpable*. No hay datos de localización. No operada.

Caso núm. 46. — Hace tres meses cuadro febril que se repite hace dos semanas, seguido entonces de disfagia, estreñimiento, pérdida de peso. CIH, 2,4; A. T., 2,5. Porción vertical con biloculación. No operado.

Caso núm. 47. — Mujer de 73 años. Hace tres meses golpe en epigastrio; hace dos meses otro igual. Después molestias

gástricas poco precisas. Desde hace dos semanas vómitos. CIH, 2; A. T., 3,9. Antro. No acepta operación.

Caso núm. 48. — Desde hace tres meses molestias ligeras e imprecisas de vientre. Inapetencia con poca pérdida de peso. Hemorragias ocultas en heces positivas. *Tumoración palpable*. Antro. No operado.

Caso núm. 49. — Mujer de 50 años. Desde hace tres meses dolores "de riñones", náuseas, estreñimiento, anorexia y pérdida de peso. CIH, 0,3; A. T., 1,4. Hematíes, 4.120.000; hemoglobina, 60 por 100. *Tumoración palpable*. Antro. Resección.

Caso núm. 50. — Mujer de 69 años. Hace tres meses, habiendo estado sentada sobre terreno húmedo, tuvo escalofríos y fiebre elevada. Estos episodios se han repetido ocho veces, aunque con menos temperatura. Nota peso o movimientos en el vientre. Inapetencia con pérdida de peso. 2.050.000 hematíes con 38 por 100 de hemoglobina. *Tumoración palpable*. Porción vertical. No operada.

Caso núm. 51. — Hombre de 47 años. Hace tres meses escalofríos y abultamiento del epigastrio. Anorexia con muchísima pérdida de peso. Gran demacración. *Tumoración palpable*. Antro. Metástasis hepáticas. Laparotomía exploradora.

Caso núm. 52. — Hombre de 40 años. Desde hace tres meses malestar y dolores de vientre con anorexia. Punción evacuadora de ascitis con desaparición de las molestias, que posteriormente han vuelto. Fiebre elevada. Pérdida de 14 kilos. Ascitis. Cáncer total de estómago con carcinomatosis generalizada. Laparotomía exploradora.

Caso núm. 53. — Hombre de 62 años. Desde hace tres meses dolor en regiones renales, de vez en cuando. Desde hace dos semanas eructos, anorexia y pérdida de 6 kilogramos. CIH, cero; A. T., 0,1. Hematíes, 3.410.000 con 65 por ciento de hemoglobina. *Tumoración palpable*. Invasión de todo el estómago. Laparotomía exploradora.

Caso núm. 54. — Desde hace dos meses y medio melenas muy repetidas sin otras molestias. 3.760.000 hematíes con 50 por 100 de hemoglobina. Fornix. Laparotomía exploradora.

Caso núm. 55. — Hombre de 55 años. Hace ocho años acidismo gástrico durante un mes. Desde hace dos meses y medio dolores en la región de mamila izquierda. Anorexia. *Tumoración palpable*. Ascitis. Porción horizontal y metástasis en hígado. Laparotomía exploradora.

Vómitos. — Consta este dato positivo únicamente en 31 enfermos, por lo que podemos decir que en este lote diagnosticado en el segundo y tercer mes existen en la tercera parte de los casos, mientras que, como hemos visto, sólo existían en la cuarta parte de los diagnosticados en el primer mes. En seis fué el primer síntoma, y en dos de ellos casi el único. Una sola vez fueron como posos de café; también en otro, únicamente, hubo hematemesis.

Alteraciones del apetito y peso. — De los 94 casos se cita que hay pérdida de peso — en grado muy variable, pero con frecuencia intenso — en sesenta y dos (66 por 100), proporción igual a la que existía en el lote de los diagnosticados durante el primer mes (69 por 100). Por consiguiente, se acentúa más la constancia y precocidad del síntoma. Respecto a la anorexia, consta este dato en 74 historias, pero mientras que en los diagnosticados durante el primer mes el apetito estaba conservado en la mitad de los casos, en los que ahora nos ocupan hay 61 con anorexia (82 por 100) y trece con buen apetito; por lo tanto, la anorexia ha aumentado su frecuencia al transcurrir más tiempo, constituyendo un síntoma en este período más constante que en el anterior. Es de notar que en la cuarta parte de los enfermos (en veintitrés) la pérdida de apetito inició el cuadro clínico, e incluso que en otro más era el

único síntoma subjetivo. También en este período del segundo y tercer mes puede haber pérdida de peso no explicable por la anorexia, ya que en catorce pacientes existía — y en siete de 10 kilos — a pesar de ser normal el apetito.

Funciones intestinales. — No constan más que en veintiséis historias. *Domina, como en el período anterior, el estreñimiento sobre la diarrea (19 : 5).* En dos casos hubo diarrea en el primer mes y estreñimiento después.

Existencia de tumoración palpable. — De los noventa y cuatro casos existía tumoración palpable en cuarenta y cuatro, es decir, en la muy elevada proporción del 47 por 100, y tanto en el segundo mes como en el tercero. Recordemos que en los diagnosticados durante el primer mes la proporción era la misma (46 por 100).

Pruebas de laboratorio. — Se ha practicado el análisis del contenido gástrico en treinta y cinco casos, encontrándose hipoacididad o aquilia en treinta y uno, valores normales en uno e hiperclorhidria en tres. Si comparamos estas cifras con las correspondientes a los enfermos diagnosticados en el primer mes, observamos un rápido avance de los valores bajos, que en el primer lote no se producía más que en la mitad de los casos.

Se ha hecho conteo de hemáties y determinación de la hemoglobina en treinta y cuatro enfermos. *El grupo más numeroso es el de tres a cuatro millones (diecisiete casos), al que siguen en orden decreciente el de cuatro a cinco millones (nueve casos), el de dos a tres (seis casos), el de más de cinco (un caso) y el de uno a dos (un caso).* Respecto a la hemoglobina, encontramos el grupo más frecuente en el valor 40-49 por 100 (once casos), al que siguen, decreciendo, el 50-59 por 100 (seis casos), el 80-89 por 100 (cinco casos), el 70-79 por 100 y 60-69 por 100 (cuatro cada uno) y el 90-100 por 100 (un caso).

No se han investigado hemorragias ocultas más que en veinte enfermos, encontrándose positivas en dieciséis y negativas en cuatro. *Por lo tanto, hay un 20 por 100 de casos en que en los meses dos y tres no existen* (investigadas una sola vez).

Localización de la neoplasia. — Dada la dificultad de clasificación puede decirse que de los ochenta y dos casos en que hay datos radiológicos domina con mucho la localización en el tercio distal (cincuenta y un casos), a la que sigue el tercio medio (quince casos) y el superior (once casos). Además, hay cuatro enfermos en que es muy extenso para que se pueda clasificar y uno con invasión total. Recordemos que en los diagnosticados en el primer mes las cifras respectivas eran: tercio inferior doce casos (52 por 100), medio seis y superior cinco, y que existía también uno con invasión total. Vemos, por consiguiente, que en los diagnosticados en el segundo y tercer mes domina mucho más acentuadamente la localización en el tercio inferior (62 por 100).

3.º CANCEROSOS DIAGNOSTICADOS EN LOS TRES ÚLTIMOS TRIMESTRES DEL PRIMER AÑO. — Son 158 casos distribuidos por trimestres en la siguiente forma: segundo trimestre 77, tercer trimestre 33, y cuarto trimestre 48 casos. El aumento de este

último sobre el anterior con seguridad es únicamente a que muchos de los enfermos no han respondido al interrogatorio sobre la fecha del comienzo de su enfermedad, diciendo que "hace un año", que en realidad sean once o trece meses.

Antecedentes gástricos o abdominales. — Hay una igual escasa frecuencia que en los diagnosticados durante el segundo o tercer mes, pues sólo se encuentran en diez enfermos (6 por 100). También aquí dominan (ocho casos) los síntomas de antiguo padecimiento (uno, ocho, ve, veinte, veintidós y veintisiete años) y que duraron meses o años. Únicamente dos se apartan de este tipo; en uno hubo ocho años antes y después un mes pesadez gástrica y el otro había sido muy delicado del estómago.

Molestias subjetivas. — También predominan las manifestaciones dolorosas o de ardor (seiscientos y cinco casos; 47 por 100) sobre las de pesadez o malestar (seiscientos y dos casos; 39 por 100). Aquéllas el tipo acidismo es más frecuente (cuatro y un casos) que el del dolor o ardor con otras tantas manifestaciones posibles (treinta y tres casos). Por creer interesante echar una ojeada sobre un tercer grupo de enfermos (14 por 100) cuyas molestias subjetivas no son incluíbles en los grupos principales, damos un resumen de algunas de sus historias clínicas:

Caso núm. 56. — Hombre de 40 años. Desde hace meses dolor hacia la mamila izquierda no influido por la ingestión de alimentos. Anorexia; en los dos últimos meses perdido 16 kilos. Hemorragias ocultas en heces positivas. Tumoración palpable. Porción horizontal de estómago operado.

Caso núm. 57. — Hombre de 48 años. Hace cuatro meses sufrió indigestión, después de una abundantísima comida, dándole sensación de estómago ocupado, con algún dolor. Pérdida de 5 kilos. Hemáties, 4.280.000. Cáncer de porción horizontal con invasión de páncreas y metástasis en hígado. Laparotomía exploradora.

Caso núm. 58. — Hombre de 68 años. Hace cuatro meses comenzó con retortijones de vientre, que desaparecieron al tomar, y vómitos. Ha perdido 8 kilos. Hemáties, 3.580.000 y 65 por 100 de hemoglobina. Tumoración palpable. Metástasis en hígado. Laparotomía exploradora.

Caso núm. 59. — Hombre de 66 años. Hace cuatro meses notó malestar general, cefalalgia, anorexia y un bulto en epigastrio. Desde hace un mes dolores. Bastante pérdida de peso. Hemorragias ocultas en heces negativas. 4.700.000 hemáties y 86 por 100 de hemoglobina. Tumoración palpable. Antro. Resección.

Caso núm. 60. — Hombre de 39 años. Hace cuatro meses comenzó con anorexia, palidez y pérdida de fuerzas. Desde hace un mes ya no se levanta de la cama y tiene algún dolor de retención. Ha perdido 10 kilos. 1.340.000 hemáties y 11 por 100 de hemoglobina. Antro. No operado.

Caso núm. 61. — Mujer de 64 años. Hace cinco meses a continuación de un catarro, quedó inapetente, con malestar impreciso en la espalda y vientre. Buen apetito, pero ha perdido mucho peso. Tumoración palpable. No consta la localización. No operada.

Caso núm. 62. — Hombre de 65 años. Hace seis meses comenzó con diarrea que duró un mes, pasando a estreñimiento con molestias en el flanco izquierdo. Desde el principio anorexia. Tumoración palpable. Porción horizontal. No operado.

Caso núm. 63. — Mujer de 60 años. Hace ocho meses tuvo, durante una noche, retortijones de vientre y dolor. A continuación comenzó a perder peso. Desde hace dos meses pesadez gástrica, estreñimiento y formación de bultos en el vientre. Pérdida de 55 kilos. Hemorragias ocultas en heces positivas.

tas en heces positivas. *Tumoración palpable* a nivel de espina iliaca anterosuperior derecha. Cáncer de antro con estenosis neoplásica de la válvula ileocecal. Obducción.

Caso núm. 64. — Mujer de 65 años. Hace ocho meses empezó con dolor de cabeza, pecho y espalda, que sigue. El médico tocó en seguida una tumoración. Desde hace dos meses malestar gástrico y vómitos. Estreñimiento. Mucha pérdida de peso. *Tumoración palpable*. Neoplasia total de estómago. Yeyunostomía.

Caso núm. 65. — Mujer de 53 años. Hace nueve meses dolor en la espalda, por enfriamiento. Dos días más tarde malestar general e inapetencia. Una semana después dolores fuertes en el lado izquierdo del vientre. Así estuvo cuatro meses, quedando completamente bien. Últimamente ha vuelto muy fuerte el dolor en la mitad izquierda. Mucha pérdida de peso. *Tumoración palpable*. No consta la localización. No operada.

Caso núm. 66. — Hombre de 47 años. Hace un año comenzó con dolor en las piernas, que le impedía andar, y anorexia. Ninguna molestia gástrica. Desde hace cinco meses dolor en el flanco izquierdo e insomnio. Pérdida de peso. CIH, 0; A. T., 0.2. Hematíes 1.500.000, con 60 por 100 de hemoglobina. Hemorragias ocultas en heces positivas. *Tumoración palpable*. Metástasis en hígado. No operado.

Caso núm. 67. — Hombre de 41 años. Desde hace un año episodios repetidos de dolores cólicos con diarrea. Desde hace mes y medio dolor de estómago no influenciado por los alimentos. Hemorragias ocultas en heces positivas. Cáncer de antro invadiendo páncreas y mesenterio. Gastroenterostomía.

Caso núm. 68. — Hombre de 40 años. Hace un año cólico, tipo hepático, quedándole tristeza y dolor gástrico. A los cinco meses nuevo cólico que le dejó ya inapetente. Algún vómito. Hemorragias ocultas en heces positivas. *Tumoración palpable*. Porción vertical. No operado.

Caso núm. 69. — Hombre de 43 años. Hace un año gripe, a partir de la cual tiene aguas de boca. Desde hace cuatro meses inapetencia. CIH, cero; A. T., 0.1. Hemorragias ocultas en heces (en dos investigaciones) negativas. Porción horizontal. No operado.

Caso núm. 70. — Hombre de 73 años. Hace un año caída sobre el lado derecho del tronco. Desde entonces anorexia y dolor en mitad derecha de vientre. Desde hace cuatro meses ha aumentado la inapetencia y tiene molestias gástricas; algún vómito. Bastante pérdida de peso. Malísimo aspecto general. *Tumoración palpable*. No consta la localización. No operado.

Caso núm. 71. — Hombre de 55 años. Hace un año comenzó con vómitos pequeños de aguas claras; ninguna otra molestia. Desde dos meses más tarde ha tenido de vez en cuando, "pena" en el estómago. Muy buen apetito, pero ha perdido 10 kilogramos. Estreñimiento. Se toca una resistencia profunda. Porción horizontal. No operado.

Caso núm. 72. — Hombre de 41 años. Hace un año empezó con malestar general, astenia e inapetencia. Desde hace dos meses pesadez gástrica. Gran desnutrición. CIH, cero; A. T., 0.1. *Tumoración palpable*. Invade los dos tercios distales de estómago y los vasos esplénicos. Gastrectomía total con esplenectomía.

Caso núm. 73. — Hombre de 43 años. Hace un año comenzó a notar "algo raro" en el estómago, y estreñimiento. Desde hace un mes dolor tipo acidismo. Hace una semana pequeña hematemesis. Inapetencia. Palidez. Hemorragias ocultas en heces positivas. Hematíes, 3.880.000 con 74 por 100 de hemoglobina. Porción vertical. Metástasis ganglionares. Laparotomía exploradora.

Caso núm. 74. — Hombre de 39 años. Hace un año pesadez gástrica que duró tres meses y que hace seis meses ha vuelto, siendo cada vez más intensa. Anorexia con pérdida de siete kilogramos. Estreñimiento. Hematíes, 5.300.000 con 90 por 100 de hemoglobina. Escirro total. Laparotomía exploradora.

Vómitos. — No consta este dato más que en cincuenta casos, es decir, en la tercera parte de los enfermos; por consiguiente, en proporción igual que en los diagnosticados en los meses segundo y tercero. En cambio, en seis enfermos hubo hemateme-

sis (en el segundo y tercer mes únicamente en uno), lo que es fácilmente explicable. En uno la hematemesis fué el primer síntoma de la enfermedad.

Alteraciones del apetito y peso. — De los 158 enfermos de este período hay 135 en los que existen datos sobre su peso y de ellos hay 128 con disminución muy variable. Por lo tanto, comparando con el total hay 82 por 100 con pérdida evidente, proporción más elevada que la que se observa en los diagnosticados en el segundo y tercer mes (66 por ciento) y en el mes primero (69 por 100).

Se halla citado el estado del apetito en 115 enfermos, de los que en 83 estaba disminuido o desaparecido (72 por 100) y en 32 conservado. Vemos, por lo tanto, que la *anorexia se mantiene, poco más o menos, con la misma frecuencia que en el grupo de los diagnosticados en el segundo y tercer mes* (82 por 100). De igual modo, hay veintidós casos en los que, a pesar de ser bastante intensa la pérdida de peso, persiste el apetito, que en alguno es magnífico. También en estos enfermos es de notar que en nueve por lo menos la anorexia fué el primer síntoma de la enfermedad.

Funciones intestinales. — Únicamente consta su estado en cuarenta y cuatro enfermos. Sigue dominando el estreñimiento sobre la diarrea (31 : 13). En un caso comenzó la enfermedad con diarrea que, más tarde, se transformó en estreñimiento.

Existencia de tumoración palpable. — De los 158 casos presentaban este síntoma decisivo 82, o sea la mitad de los enfermos (52 por 100). Sorprende que esta frecuencia sea tan ligeramente elevada sobre los lotes de los diagnosticados en el segundo y tercer mes (47 por 100) e incluso en el primero (46 por 100).

Pruebas de laboratorio. — El análisis del contenido gástrico se ha realizado en 77 casos, encontrándose hipoacidéz o aquilia en todos, menos en dos con hiperacidéz (1.8-2.1 y 2-2.7). Los valores bajos han aumentado, aún más, en relación con lo que se observó en los diagnosticados en el segundo y tercer mes.

Se ha determinado el número de hematíes en 63 enfermos. El grupo que mayor número de casos comprende es el de cuatro-cinco millones (veintisiete casos), al que siguen, en orden decreciente, el de tres-cuatro (veinte casos), dos-tres (seis casos), uno-dos (cinco casos) y más de cinco (cinco casos). Estos resultados sorprenden mucho si les comparamos con los obtenidos en los diagnosticados durante los meses segundo y tercero, en los que el grupo más numeroso era el de los tres-cuatro millones. Se ha investigado la hemoglobina en sesenta enfermos, encontrándose como cifra más frecuente el valor 60-69 por 100 (catorce casos), al que siguen, decreciendo, los 70-79 por 100 (once casos), 50-59 por 100 (siete casos), 80-89 por 100 (nueve casos), 90-100 por 100 (seis casos), 40-49 por 100 (seis casos), 20-29 por 100 (cuatro casos), 10-19 por 100 (dos casos) y 30-39 por 100 (un caso). También estos resultados son sorprendentes y no sólo por su variabilidad, sino también porque la cifra más frecuente en los diagnosticados en el segundo y tercer mes era la de 40-49 por 100. No nos explicamos cómo en enfermos diagnosticados mu-

cho más tardíamente la anemia secundaria es menos acentuada. ¿Acaso una prueba más de que la gravedad de la enfermedad no es únicamente influenciada por el tiempo transcurrido desde el comienzo sintomático de la enfermedad?

Se han buscado — una sola vez — las hemorragias ocultas en heces en cincuenta y un casos, siendo positivas en cuarenta y dos y negativas en nueve, es decir, *que también en este grupo, al igual que en el anterior, hay un 18 por 100 de cánceres sin sangre en heces*. Llama la atención que estos resultados negativos no hayan disminuído, como parecía lógico, al producirse o aumentar la extensión de la ulceración cancerosa.

Localización de la neoplasia. — Hay datos sobre 139 enfermos. También en este grupo domina mucho la localización en el tercio inferior (86 casos), a la que sigue el tercio superior (diecinueve casos) y el medio (dieciséis casos). No olvidemos las dificultades de clasificación. En otros doce enfermos el cáncer era muy extenso y en seis más era total.

4.º CANCEROSOS DIAGNOSTICADOS PASADO EL PRIMER AÑO A PARTIR DEL COMIENZO DE LOS SÍNTOMAS GÁSTRICOS, NEOPLÁSICOS O NO NEOPLÁSICOS, O ABDOMINALES (116 casos). — *Lo primero que llama la atención en este grupo es la gran variación en el número de años transcurridos con sintomatología de una afección del aparato digestivo.* Así encontramos en el segundo año de esta afección 9 casos; en el tercero, 18; en el cuarto, 6; en el quinto, 11; en el sexto, 4; en el séptimo, 7; en el octavo, 4; en el noveno, 6; en el décimo, 5; del once al quince, 17; del dieciséis al veinte, 13; y de más de veinte años, 7.

El segundo hecho importante es que a los casos — comunes a los grupos anteriores — de cáncer llegados al segundo o hasta el tercer año de su evolución, habiendo comenzado ésta sin trastornos gástricos o abdominales previos, o con antecedentes lejanos sin conexión aparente ni lógica con la neoformación, hay que agregar dos grupos: uno, más numeroso, que tiene una historia gástrica más o menos antigua, de muchos años con frecuencia, que no era debida al cáncer, pero en la que éste ha aparecido sin interrupción — aunque acaso con variantes sintomáticas — en el estado de enfermedad crónica del individuo; y otro, en el que los pacientes han sufrido una intervención quirúrgica, paliativa o radical, por un supuesto simple úlcus, seguido, después de un período de aparente curación, de la aparición de un cáncer gástrico. Es necesario precisar con qué frecuencia han tenido lugar estas posibilidades en nuestro material de enfermos diagnosticados pasado el primer año de su enfermedad.

Fieles al criterio de clasificar y estudiar los casos según la fecha del comienzo de la enfermedad en que los enfermos llegaron a nosotros — porque así podremos ver más claramente por qué caminos hemos de llegar al intento de diagnóstico precoz — y partiendo de la base de que con un cuadro sintomático atribuible en toda su duración a un cáncer puede vivir el enfermo con frecuencia dos años, pero rara vez alcanzar los tres, vamos a considerar lo que muestran nuestros enfermos del segundo y

tercer año de enfermedad y los restantes, más tarde.

a) Cancerosos en el segundo año de enfermedad (18: 11 hombres y 7 mujeres. Edad media 51 años). — En ninguno de estos enfermos ha habido antecedentes digestivos lejanos. Entre las molestias domina con mucho el dolor o ardor abdominal (61 por 100), más frecuentemente del tipo acidismo (de los once casos en siete), sobre la pérdida de apetito (tres casos, 17 por 100), existiendo además los cuatro siguientes clasificables (33 por 100) a este respecto.

Caso núm. 75. — Hombre de 78 años. Hace 15 meses comenzó con estreñimiento sin otra molestia, hasta que hace días empezó a vomitar. CIH, cero; A. T., 1,1. No operado. Localización. No operado.

Caso núm. 76. — Hombre de 47 años. Hace 16 meses comenzaron periodos de diarrea de dos semanas de duración. Hace seis meses se hicieron más intensos, apareciendo vómitos gástricos. Vómitos. CIH, cero; A. T., cero. Tumoración palpable. Metástasis en hígado y pulmón. No operado.

Caso núm. 77. — Hombre de 49 años. Hace año y medio calambres, anorexia progresiva y pérdida de peso. Desde un año diarrea. Mal estado general. CIH, cero; A. T., 1,1. Hematíes, 2.210.000, 19 por 100 de hemoglobina. Hemorragias ocultas en heces negativas. No operado.

Caso núm. 78. — Hace año y medio caída sobre la espalda con dolor de "riñones" durante tres meses. Al quinto mes empezó con pesadez y vómitos. Ha perdido 20 kilos. Hematíes, 5.030.000. Tumoración palpable de mitarior. No operado.

Los vómitos existen en más de la mitad de los casos (de dieciocho en diez) y en tres ha habido hematemesis.

Sobre el estado del apetito hay datos en diez de los que en diez hay anorexia y en dos apetito normal. Pérdida de peso se cita en ocho.

De ocho casos con datos sobre las funciones intestinales evacuadoras hay seis con estreñimiento y dos con diarrea.

No existe tumoración palpable más que en tres casos (33 por 100).

De once casos con análisis del contenido gástrico en diez hay hipoacididad (bajo 1) o aquilia; la reacción cepción tiene 1,8-2,5. De diez hemogramas en diez con 3-4 millones de hematíes tres casos, con otros tres casos, con 2-3 dos, con 1-2 uno y más de 5 otro. De siete investigaciones de hemorragias ocultas (una única exploración) hay cinco negativas.

De diecisiete en que consta la localización de la neoplasia ocho neoplasias del tercio inferior, tres del tercio superior y tres del superior; en tres la invasión es total.

Dado el pequeño número de casos de este grupo, no es posible obtener conclusiones, sino sólo algunas impresiones. Comparando los resultados de los del primer grupo diagnosticado en los tres primeros trimestres del primer año podemos resumir que en los del segundo año es menor aun el número de casos con antecedentes lejanos; mayor el porcentaje de molestias subjetivas, del dolor abdominal (61 por 100 contra 47 por 100) — sobre todo del tipo acidismo — y que sorprende que la tumoración palpable se observe con frecuencia menor (33 por 100 contra 52 por 100) y que la investigación de las hemorragias ocultas en heces haya dado un resultado negativo mucho más frecuentemente.

(de 7 en 5, contra de 42 en 9). La cifra de cánceres totales demostrados por la operación es mucho mayor (de 18 casos en tres, contra de 157 también en tres). Los restantes datos apenas se diferencian en ambos grupos.

b) *Cánceros en el tercer año de enfermedad* (18 casos; 12 hombres y 6 mujeres. Edad media 51 años). Han faltado en todos antecedentes lejanos. Como molestias subjetivas predominan las manifestaciones dolorosas (doce casos y de ellos diez del tipo acidismo) sobre las de pesadez y malesar (tres casos), existiendo algunos casos (tres) no clasificables, cuya historia es la siguiente:

Caso núm. 79. — Hombre de 56 años. Desde hace dos años dolor muy ligero de estómago y sumamente irregular. Disfagia intermitente. Anorexia desde hace ocho meses. Caquexia. Hematíes, 3.000.000. Hemorragias ocultas en heces repetidamente negativas. Yuxtacardial. No operado.

Caso núm. 80. — Hombre de 57 años. Desde hace dos años historia sumamente irregular y pobre. Algún vómito. Pérdida de 20 kilogramos. No consta localización. No operado.

Caso núm. 81. — Desde hace dos años dolores de vientre e inflamación, por temporadas. Desde hace dos semanas empeoramiento con diarrea. CIH, cero; A. T., 0,2. *Tumoración palpable*. Cáncer muy extenso. Metástasis en hígado. Laparotomía exploradora.

Hay datos sobre el estado del apetito en once enfermos; en siete existe anorexia y en cuatro persisten las ganas de comer, lo que no obsta para que en ellos la pérdida de peso (que en total se cita en catorce casos) sea intensa, llegando en un paciente a los 40 kilos.

Sobre las funciones intestinales no se habla más que en tres casos, en los que existía diarrea.

Había tumoración palpable en diez (56 por 100).

De diez enfermos con análisis del contenido gástrico no hay más que tres con ácido clorhídrico de 0 sobre 1 (1,2-1,8; 1,0-2,5; 1,9-3). De seis hemogramas hay de dos a tres millones de hematíes dos, de más de cinco otros dos, con tres-cuatro uno, y con cuatro-cinco otro. De seis investigados de hemorragias oculares hay cinco con resultado negativo.

De 14 en que se conoce la localización, corresponden al tercio inferior 8, al medio 2 y al superior 4.

Tenemos que repetir que en este lote es imposible obtener conclusiones por ser exiguo. Pero si comparamos los resultados de este tercer año de enfermedad con el grupo anterior del segundo año, encontramos que persiste en la misma proporción el predominio de las molestias dolorosas y entre éstas las del tipo acidismo; que la presencia de la tumoración palpable alcanza la cifra máxima (56 por 100) para todos los períodos (lo que indica también que la baja anormal en el grupo de los enfermos del segundo año fué simplemente un hecho casual); y que se afianza la frecuencia de la falta de hemorragias ocultas en heces (de 6 casos en 5).

Los restantes datos son prácticamente iguales en ambos grupos.

c) *Cánceros diagnosticados pasado el tercer año* (79 casos; 57 hombres y 22 mujeres. Edad media, 52 años). — En este grupo importantísimo de enfermos, de historia gástrica o, por lo menos, digestiva, superior a tres años, que en la inmensa mayoría es aún más antigua — y que incluso en algu-

nos alcanza toda la vida — es evidente que la aparición del cáncer ha sido precedida, durante mucho tiempo antes, de otra alteración no cancerosa. Por esto es útil precisar las molestias subjetivas del largo período inicial precanceroso y las del período terminal o neoplásico, buscando a la vez si existe y ofrece alguna característica el período intermediario de transición.

Molestias subjetivas del período precanceroso. — Aquí realmente no podemos hablar de tres grupos principales — dolor o ardor en sus variadas formas, malestar o pesadez y manifestaciones inclasificables — porque aun existiendo casos de estos dos últimos, es el primero el que incluye la mayoría y bajo la forma típica del acidismo gástrico. De los 78 pacientes no hay menos de 51 (65 por 100) en los que — con sólo dos excepciones — no tengamos derecho a pensar que el largo período precanceroso estaba constituido por una úlcera gastroduodenal. En cambio, no hay más que 13 enfermos con historia — también larga — de gastritis hipoácida. Los no incluíbles en los dos grupos precedentes son 14, siendo sus historias las siguientes:

Caso núm. 82. — Hombre de 62 años. Desde hace tres años dolores en epigastrio e hipocondrio izquierdo, que duran unos minutos, pero que se repiten con gran frecuencia. Desde hace un año estreñimiento. Pérdida de peso de 15 kilogramos. CIH, cero; A. T., 0,3. Antro. No operado.

Caso núm. 83. — Hombre de 43 años. Desde hace tres años cansancio general progresivo. Desde hace seis meses disminución del apetito. Desde hace tres meses "agriores" y vómitos. Ha perdido 20 kilogramos. Porción vertical. No operado.

Caso núm. 84. — Hombre de 57 años. Desde hace tres años "angustias", por temporadas. Desde hace 15 meses dolor y pesadez gástrica, que no calma con alimentos ni alcalinos. Anorexia con pérdida de 10 kilogramos. CIH, 0,3; A. T., 0,7. Hematíes, 4.119.000, con 81 por 100 de hemoglobina. Hemorragias ocultas en heces positivas. Porción vertical. No operado.

Caso núm. 85. — Hombre de 66 años. Desde hace cuatro años pérdida de apetito y peso, sin otro síntoma. Desde hace un mes "agriores" continuos. Hematíes, 3.000.000, con 65 por 100 de hemoglobina. Hemorragias ocultas en heces negativas. Porción horizontal. No operado.

Caso núm. 86. — Hombre de 38 años. Desde hace cuatro años molestias gástricas y abdominales imprecisas, por temporadas. Últimamente dolor intenso. Pérdida de peso. *Tumoración palpable*. No operado.

Caso núm. 87. — Hombre de 49 años. Desde hace seis años cinco cólicos hepáticos con ictericia. Desde el tercero — hace tres meses — anorexia. Desde hace dos meses pesadez de estómago y eructos. Pérdida de 7 kilogramos. CIH, 0,3; A. T., 0,7. Hemorragias ocultas en heces positivas. Antro. Resección.

Caso núm. 88. — Hombre de 41 años. Hace seis años empezó con sensación de cansancio periumbilical. Hace tres años se hizo más intenso y hace dos meses se acentuó aún más. Anorexia con pérdida de 10 kilogramos. Hematíes, 4.940.000 con 65 por 100 de hemoglobina. Invasión total. Laparotomía exploradora.

Caso núm. 89. — Hombre de 42 años. Hace ocho años fué operado — al parecer con gastropexia — sin quedar bien. Hace cuatro meses tuvo un cuadro de íleo durante tres días y desde entonces tiene dolor gástrico con vómitos muy frecuentes. Cuadro de íleo crónico. Gran pérdida de peso. *Tumoración palpable*. Cáncer de porción horizontal con invasión de colon transversal. Obducción.

Caso núm. 90. — Hombre de 57 años. Desde hace ocho años tiene, cada cuatro o cinco días, vómitos de aguas. Desde hace dos meses es ya diario con ardor gástrico. Vómitos

desde hace dos semanas. Anorexia con pérdida de 5 kilogramos. ClH, 1.0; A. T., 1.4. Antro. Resección.

Caso núm. 91. — Mujer de 54 años. Desde hace diez años molestias imprecisas de vientre. Desde hace 20 días ha empeorado y tiene dolores tipo acidísimo. Buen apetito con algo de pérdida de peso. ClH, cero; A. T., 0.5. Hematíes, 3.120.000, con 61 por 100 de hemoglobina. Hemorragias ocultas tres veces negativas. Cáncer de antro no ulcerado. Resección.

Caso núm. 92. — Hombre de 55 años. Desde hace 15 años colitis intensa. Desde hace cuatro meses pesadez gástrica. Últimamente vómitos. Anorexia con pérdida de 20 kilogramos. No consta la localización. No operado.

Caso núm. 93. — Mujer de 65 años. Desde hace 20 años retortijones de vientre, con diarrea, que desde hace mes y medio son más intensos. Anorexia con pérdida de peso. Hemorragias ocultas en heces positivas. *Tumoración palpable.* Porción horizontal. No operada.

Caso núm. 94. — Hombre de 53 años. Desde hace 20 años historia imprecisa de molestias abdominales. Desde hace dos semanas eructos, diarrea y anorexia. Hematíes, 3.500.000, con 58 por 100 de hemoglobina. Hemorragias ocultas en heces positivas. Antro. No operado.

Caso núm. 95. — Hombre de 64 años. Desde hace 20 años "aguas de boca" con gran frecuencia. Desde hace dos años dolor y ardor, tipo acidismo. Buen apetito, sin pérdida de peso. ClH, 1; A. T., 1.4. Hematíes, 4.360.000, con 90 por 100 de hemoglobina. Antro. Resección.

Molestias subjetivas del período canceroso. — Estudiando nuestro material desde este punto de vista, podemos decir:

En los enfermos con molestias de tipo acidismo, en el período precanceroso, al llegar a los meses precedentes al diagnóstico del cáncer no se observa más que rara vez un cambio de las molestias subjetivas; lo que ocurre con igual frecuencia es una de estas dos posibilidades: o esas manifestaciones de dolor o ardor gástrico — con muchísima mayor frecuencia el dolor — conservan la misma forma e intensidad, o bien sufren simplemente una intensificación. De los 51 casos ocurre lo primero en 22 y lo segundo también en el mismo número; en los 7 restantes los síntomas han variado, pero en dirección muy diversa (ictericia, íleo crónico, retortijones de vientre, episodio perforativo agudo, estenosis pilórica, variaciones imprecisas, síntomas generales).

En los que padecían síntomas de gastritis hipocáida (14 casos) las dos variantes más numerosas son: la persistencia del mismo tipo de molestias (5 casos) y su cambio al tipo acidismo (5 casos). De los cuatro casos restantes había en dos acentuación de las manifestaciones hipocáidas y en otros dos el paso al simple dolor.

En cuanto a los casos de molestias inclasificables (14), ofrecen una extensa gama de variantes, de las cuales reúnen más de la mitad de los casos la persistencia de las que existían, su acentuación o el tránsito a las del tipo acidismo.

¿Existe un período intermediario de transición? En la mayoría de los casos, desgraciadamente, no. Cuando las molestias subjetivas persisten con todas sus características anteriores no hay posibilidad de sospechar — por ellas solas — la transformación neoplásica; y cuando se produce una intensificación tampoco es fácil que la interpretemos correctamente. En realidad son los síntomas generales, especialmente la pérdida de peso y fuerzas, y con menos frecuencia la anorexia, los que nos pueden orien-

tar, tanto más cuanto más acentuadas sean, es cuanto más dentro del período canceroso encuentre el enfermo.

Alteraciones del apetito y peso. — Las pérdidas de peso constan en 45 historias y en uno de los casos llegaba a 45 kilogramos. No está citado el dato más que en 41 enfermos, existiendo en 28 y estando conservado en 13; de éstos, 7 tenían también pérdida de peso, mientras que los otros conservaban inalterable.

Vómitos. — Sólo consta su existencia en 11 casos, o sea en un minimum de la cuarta parte de los enfermos; en uno había habido una hematemesis.

Funciones intestinales. — Sólo se manifiestan en 10 enfermos, de los que la mitad estaban estreñidos y la otra mitad tenía diarrea.

Existencia de tumoración palpable. — Sólo se percibía en 20 casos. Esta frecuencia es la misma encontrada en todos los grupos, que en la mayoría de ellos alcanzaba, por término medio, el 50 por ciento.

Pruebas de laboratorio. — Se han realizado 100 rentas y cinco análisis del contenido gástrico, habiéndose encontrado ácido clorhídrico libre en 7 casos (1.1-1.4; 1.4-2.1; 1.4-2.5; 1.7; 2.7; 2.1-2.5 y 3.5); este último es el más alto que hemos observado en un cáncer.

Se han practicado 39 contajes de hematíes, habiendo el grupo con mucho más numeroso el de 3-4 millones (23 casos), al que siguen, en orden de frecuencia, el 4-5 (10 casos) y el 2-3 (5 casos).

Se han investigado hemorragias ocultas en 23 enfermos, habiéndose encontrado 9 resultados negativos (39 por 100).

Localización. — En el tercio inferior 40, en el medio 10 y en el superior 9. En otro más extenso y en otros dos la invasión era total. Siete asentaban en un estómago gastroenterostomizado o resecado con anterioridad por supuesto.

B) PROBLEMAS FUNDAMENTALES PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Hemos analizado detalladamente los seis grupos en que han sido divididos nuestros enfermos según el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y el momento del diagnóstico radiológico. Hagamos ahora una recopilación más concreta.

Es factible el diagnóstico precoz de una enfermedad cuando en un individuo sano aparecen, de evidentes, determinados síntomas, característicos de su iniciación. Veamos si ocurre esto en el cáncer del estómago.

¿Se trata siempre de un individuo sin síntomas gástricos anteriores? — En muchos casos sí, pero en la cuarta parte no (cuadro núm. 1, sector medio), hecho que ya de por sí proporciona dificultades diagnósticas. ¿Qué relaciones cronológicas existen esos antecedentes de una afección gástrica o intestinal con el cáncer? Hay dos variedades de manifestación: en una se trata de síntomas antiguos, que ocurrieron hace años, seguidos de un largo intervalo libre de curación definitiva; son individuos que fueron enfermos del estómago y que

han vuelto recientemente a serlo, sin que parezca que haya relación entre ambos episodios. En la segunda variedad, muchísimo más numerosa, existía, también desde hace años, una afección gástrica, intermitente casi siempre y que ha sido seguida, sin un intervalo libre mayor que los habituales y, de ordinario, sin características sintomáticas de transición, del cuadro clínico de una neoplasia; aquí se trata no de enfermos del estómago que han vuelto a serlo, sino de enfermos que lo son desde hace mucho tiempo y sin que lo hayan dejado de ser de una manera evidente. No entremos ahora en cuál era la primera afección; lo que nos basta saber es que en modo alguno era un cáncer, dada la fecha lejana del comienzo de los síntomas.

cer, sino que en 14 con antecedentes imprecisos siga en la duda diagnóstica; que en 15 que padecían de pesadez o malestar acepte una gastritis hipoácida crónica, y que en 51 (ó sea, en el 64 por 100 de este subgrupo) con dolor o ardor, en muchos con el tipo de acidismo, crea que un úlcus persiste. Por lo tanto, las molestias precancerosas que afectaron o afectan a la cuarta parte de todos los portadores de una neoplasia maligna son en el 68 por 100 de los casos dolor o ardor, y tanto en éstos como en los tipos malestar y pesadez o inclasificable nada hay que permita sospechar que posteriormente va a brotar un cáncer.

Pero en estos enfermos con sintomatología anterior, ¿no se produce algún cambio característico al

Cuadro núm. 1.—CÁNCER GÁSTRICO. FRECUENCIA Y NATURALEZA DE LOS ANTECEDENTES GÁSTRICOS. PRECANCEROSOS

Fecha del diagnóstico	Casos	Dolor o ardor	Pesadez o malestar	Impreciso	Total
Primer mes	26	3	0	1	4 (16 %)
2.º y 3.º mes . . .	94	5 (6 %)	0	0	5 (5 %)
Del 4.º al 12.º mes .	158	9	2	0	11 (7 %)
Segundo año	18	0	0	0	0
Tercer año	18	0	0	0	0
Más tarde	80	51 (64 %)	15	14	80 (100 %)
Total	394	68 (17 %)	17 (4 %)	15 (4 %)	100 (25 %)
Proporción recíproca de los tipos .		68 %	17 %	15 %	

¿Qué clase de molestias precancerosas padecían esa cuarta parte de enfermos? ¿Ofrecían alguna característica que hubiera podido hacer sospechar que se trataba de candidatos al cáncer? — Esa cuarta parte de cancerosos padecieron (cuadro núm. 1, sector inferior) con una frecuencia casi igual, pesadez o malestar gástrico (17 por 100 de los casos) o síntomas imprecisos (15 por 100), pero la mayoría (68 por 100) dolor o ardor de estómago — mucho más frecuentemente dolor — que en gran número había adoptado el tipo de acidismo.

Pero aun hay más: si analizamos con más detalle el cuadro núm. 1 (sector superior) vemos que de 20 enfermos con antecedentes, diagnosticados de cáncer dentro del primer año de enfermedad, hay 17 — casi todos, por consiguiente — que habían tenido mucho antes, y durante un tiempo variable entre meses y algunos años, episodios de dolor o ardor gástrico, en la mayoría con caracteres de acidismo. Con esta anamnesis, ¿en qué va a pensar en el primer momento el médico, ante el que realmente es ya un canceroso, más que en un úlcus recidivado? Y si consideramos el gran grupo de los 80 diagnosticados pasado el tercer año de enfermedad, que todos tienen antecedentes — pues precisamente por eso están incluidos en él pero no con intervalo libre, ¿en qué dirección va a orientar su diagnóstico al encontrarse con un cuadro que lleva ya, por lo menos, tres años de existencia, pero que en muchos alcanza 5, 10, 15 ó más, o casi toda la vida? Lo más probable es que no piense en un cán-

sobvenir la neoplasia maligna? — Cuando, como ocurre en los enfermos diagnosticados el primer año, los antecedentes son lejanos y el comienzo del cáncer tiene lugar finalizando un gran intervalo libre, de años, no hay duda que el cáncer se inicia con una sintomatología propia, que ya estudiaremos más tarde; pero esto se refiere a un mínimo de cancerosos que no pasa del 8 por 100 de los diagnosticados en el primer año. En un gran número, que alcanza el 69 por 100 de todos los diagnosticados más tarde, el nacimiento de la neoplasia tiene lugar sin intervalo libre, o con uno de los habituales de la enfermedad previa; y sería muy importante saber qué cambios han ocurrido en ésta y si son susceptibles de despertar la sospecha de la aparición de la neoformación maligna. Ya hemos estudiado antes este asunto en los 80 enfermos diagnosticados pasados los tres primeros años, pero conviene mucho repetirlo en resumen. En los enfermos con molestias en el período precanceroso, de tipo acidismo, al llegar los meses precedentes al diagnóstico del cáncer no se observa más que rara vez un cambio de las molestias subjetivas; lo que ocurre — y con igual frecuencia — es una de estas dos posibilidades: o esas manifestaciones de dolor o ardor gástrico — con muchísima mayor frecuencia el dolor — conservan la misma forma e intensidad, o bien sufren simplemente una intensificación. En los que padecían sinomas de gastritis hipoácida las dos variantes más numerosas son: la persistencia del mismo tipo de molestias o su cambio al tipo aci-

dismo. En cuanto a los casos de molestias inclasificables, ofrecen una extensa gama de probabilidades, de las cuales reúnen más de la mitad de los casos la persistencia de las que existían, su acentuación o el tránsito a las del tipo acidismo. Y también decíamos que en realidad son los síntomas generales, especialmente la pérdida de peso y fuerzas — y con menos frecuencia la anorexia — los que nos pueden orientar, tanto más cuanto más acentuados sean, es decir, cuanto más dentro ya del período canceroso se encuentre el enfermo.

Hasta ahora hemos visto que hay un 25 por 100 de cancerosos en los que la sintomatología de la neoplasia no se manifiesta en individuos exentos de toda afección digestiva previa — lo que tanto facilitaría su reconocimiento precoz, — sino en otros que la padecieron o la padecen, y que en muchos casos, juzgando por la anamnesis, puede calificarse como ulcerosa. El resultado es que muy probable-

que existe es ardor o dolor con sus diversas variantes de ritmo, horario e intensidad, aunque con tanta frecuencia las particularidades del acidismo que éste llega a presentarse en el 35 por ciento de todos los cancerosos.

Esta conclusión nos lleva a otra de mayor importancia. No debemos seguir diciendo al médico práctico: *hay que sospechar el cáncer cuando un individuo de cierta edad comience a sufrir del estómago con molestias imprecisas o con pesadez o malestar, porque limitando así la advertencia hay uno más de los cancerosos en los que por presentar su sintomatología un aspecto idéntico o parecido al de la úlcera no se despertará, en los períodos iniciales, la idea de la posibilidad de una neoplasia maligna.* ¿Que esto complica mucho el diagnóstico práctico? Naturalmente, pero hay que pensar que por alguna vez se ha llegado todavía a él y que aun hay muchos más obstáculos que se oponen a nuestro deseo.

Cuadro núm. 2. — CÁNCER GÁSTRICO. CLASE Y FRECUENCIA DE LAS MOLESTIAS DEL PERÍODO, LÓGICAMENTE CÁNCEROSO

Fecha del diagnóstico	Casos	Ardor o dolor	y de ellos tipo acidismo	Pesadez o malestar	Imprecisamente
Primer mes	26	14 (54%)	8 (31%)	5 (23%)	6 (23%)
2.º y 3.º mes	94	40 (43%)	20 (22%)	28 (30%)	26 (27%)
Del 4.º al 12.º mes	158	75 (47%)	41 (27%)	62 (39%)	21 (14%)
Segundo año	18	11 (61%)	8 (44%)	3 (17%)	4 (22%)
Tercer año	18	12 (68%)	10 (56%)	3 (16%)	3 (16%)
Más tarde	80	51 (64%)	49 (96%)	15 (18%)	14 (18%)
Total	394	203 (52%)	136 (35%)	117 (30%)	74 (18%)

mente, en esta cuarta parte de cancerosos, la sospecha y la confirmación del cáncer serán siempre tardías. Se trata, por consiguiente, de casos inadecuados para el diagnóstico precoz. Podríamos soportar esta sensible pérdida de nuestras posibilidades si en el 75 por 100 restante — e incluso en ese 25 por ciento difícil — las molestias de la época ya cancerosa ofreciesen una sintomatología característica evidente. Veamos si esto ocurre.

¿Son típicas las molestias subjetivas del período canceroso? — En una hoja de propaganda oficial, divulgada por el Estado de una nación situada a la cabeza de la cultura médica, al dar a conocer al público profano los síntomas del cáncer de los órganos más frecuentemente atacados, se dice escuetamente al referirse al del estómago: "Inapetencia. Sensación de plenitud. Vómitos. Adelgazamiento." Es decir, que la molestia subjetiva que se tiene como típica es la sensación de plenitud. Veamos si esta afirmación clásica es exacta en nuestro material aun agregando también las sensaciones de malestar y pesadez.

Examinemos el cuadro núm. 2, que a primera vista es complicado, pero que — aparte de que los argumentos deben basarse en hechos claramente expuestos — puede ser interpretado con facilidad. Veamos en su sector inferior que esa clásica sensación de pesadez, malestar o plenitud no se observa, en realidad, más que en el 30 por 100 de los casos; que hay un 18 por 100 con molestias subjetivas no características; pero que en la mitad de los casos lo

Sigamos con el análisis del cuadro núm. 2. En un sector superior se aclara otro hecho: el dolor o ardor — con todas sus variantes — que en los enfermos diagnosticados durante el primer año estaba en una proporción del 46 por 100, ascendiendo en los diagnosticados más tarde hasta el 64. Y paralelamente a esto, mientras que en el primer gran grupo el dolor y ardor, ya del tipo acidismo, constituían el 25 por 100 de todo el lote, ascendían en el segundo hasta el 58. Y esta doble elevación simultánea no se ha hecho a costa de la frecuencia de las molestias inclasificables, que apenas varían en ambos grandes grupos (19 por 100 en el primero y 18 en el segundo), sino de la disminución de la pesadez o malestar que del 35 descendió al 26 por ciento. Por consiguiente, vemos que cuanto más antigua sea la historia gástrica del canceroso — refiriéndonos al período inicial o de estado, no al terminal, — más evidente es el predominio del dolor o ardor sobre la pesadez o malestar. Podrá decirse que en ese grupo de enfermos cancerosos de antigua historia gástrica se trata de un úlcus-cáncer. ¿Pero que, en fin de cuentas, no es tan canceroso ese tipo como el que nada tiene que ver con un úlcus? Lo que aquí nos interesa ahora no son los temas de anatomía patológica, sino los que se refieren a la práctica del diagnóstico. Sin entrar en la debatida frecuencia de la transformación maligna de la úlcus gástrica, no hay duda que en ese lote de larga historia hay úlcus degenerados, pero en modo alguno en la elevada proporción que sería necesaria para justificar

tificar así las cifras que hemos obtenido. Más convincente es admitir que lo que domina en todos los grupos no es el úlcus-cáncer, sino el cáncer con historia de úlcus. Lo que hace falta es diagnosticar pronto que un úlcus se ha transformado en cáncer, o que un cáncer tipo úlcus no es un úlcus, sino un cáncer. Que esto va complicando progresivamente el diagnóstico precoz no es enteramente exacto; lo que ocurre es que nos vamos dando cada vez más cuenta de las dificultades.

Sigamos ahora examinando los restantes síntomas.

¿Existe siempre inapetencia en el comienzo y en el curso del cáncer gástrico? — Si se pudiese contestar afirmativamente, la sospecha de la aparición de una neoplasia se vería muy facilitada — aunque la anorexia existe también en otras enfermedades digestivas — y sobre todo al hacer la diferenciación con el úlcus, en el que el apetito, en la mayoría de los casos, está conservado. Pero veamos lo que se deriva del estudio de nuestras historias clínicas, advirtiendo tanto en lo que se refiere a este síntoma como a los restantes, que no en todas, ni mucho menos, se hace alusión a la existencia o ausencia de cada signo determinado, lo que priva a nuestras proporciones de un valor absoluto, reduciéndole al de un *mínimum* de frecuencia, pero que no deja de ser útil. Aunque muchas veces se cometiese la falta de omitir el anotar la inexistencia de un síntoma, justamente por su carácter negativo induciría a error aceptar como un hecho cierto lo que no es más que una suposición razonable; por eso toda historia incompleta sobre un síntoma es eliminada al hacer consideraciones sobre éste.

Observamos en el cuadro núm. 3 que *hay una cuarta parte de cancerosos con apetito conservado y*

Cuadro núm. 3. — CÁNCER GÁSTRICO. ANOREXIA Y PERSISTENCIA DEL APETITO

Fecha del diagnóstico	Casos	Dismín. del apetito	Persistencia
Primer mes . . .	18	11	7 (39 %)
2.º y 3.º mes . . .	74	61	13 (18 %)
Del 4.º al 12.º mes	115	83	32 (28 %)
Segundo año . . .	12	10	2 (17 %)
Tercer año . . .	11	7	4 (36 %)
Más tarde . . .	41	28	13 (46 %)
Total . . .	271	200	71 (26 %)

no solamente al comienzo de la enfermedad, sino cuando se ha hecho el diagnóstico radiológico, que bien poco tenía de precoz. Si queremos precisar mejor lo que ocurre en el período inicial podemos acudir a los enfermos diagnosticados en los tres primeros meses y entonces veremos que en los diagnosticados durante el primer mes se conservaba el apetito en el 39 por 100, cifra que bajaba al 18 en los diagnosticados durante el segundo y tercer mes, que vuelve a ascender incomprensiblemente al 28 en los diagnosticados en la plena evolución del cáncer de los meses cuarto al duodécimo. Que en el segundo haya descendido al 17 por 100 puede ser debido

a estar en muchos de los casos ya muy avanzada la evolución de la neoplasia. El nuevo ascenso de los del tercer año y sobre todo de los diagnosticados aún más tarde al 36 y 46 por 100, igual y superior a los del primer mes, tiene necesariamente que ser explicado porque los cánceres de ambos grupos extremos influyen de diferente manera sobre el organismo en general o sobre el estómago en particular.

Es cierto que hay enfermos cuyo primer síntoma es la inapetencia (esto ocurría, por lo menos, en 43 casos de los 278 diagnosticados durante el primer año); es cierto igualmente que la anorexia es muy frecuente, pero en muchos ni es cons ante ni es precoz. Una prueba más reside en la observación de que de 7 enfermos del primer mes, con persistencia del apetito, había 5 con tumoración palpable y en 8 de los del segundo y tercero. Incluso en un enfermo diagnosticado en el tercer año, también con buen apetito, me vi obligado a una gastrectomía total por la extensión de su neoplasia. Y hay que tener en cuenta que los datos de nuestras historias se refieren más al estado del apetito en el momento del interrogatorio que a lo que ocurría en el período inicial, durante el cual el número de enfermos con conservación del apetito seguramente era mucho más elevado.

¿Es de más valor, como síntoma precoz, la pérdida de peso y fuerzas que la anorexia? — A nuestro juicio la pérdida de peso es un síntoma más precoz y constante porque hay bastantes enfermos en los que, aunque la pérdida de peso es apreciable — y con frecuencia muy intensa — el apetito persiste. En el cuadro núm. 4 vemos que esto ocurre en el 20 por 100 de todos los cancerosos en el momento del interrogatorio. Pero, sobre todo, demuestra su valor como síntoma precoz, el que en los diagnosticados en el primer mes y que presentaban pérdida de peso estaba conservado el apetito en la mitad, frecuencia que va disminuyendo gradualmente a medida que se va haciendo más tardía la

Cuadro núm. 4. — CÁNCER GÁSTRICO. PÉRDIDA DE PESO EN RELACIÓN CON EL APETITO

Fecha del diagnóstico	Casos	Mínimum con pérdida de peso	De éstos conser- van el apetito
Primer mes . . .	26	18 (69 %)	9 (50 %)
2.º y 3.º mes . . .	94	62 (66 %)	14 (23 %)
Del 4.º al 12.º mes	158	128 (82 %)	22 (17 %)
Segundo año . . .	18	8 (44 %)	1 (12 %)
Tercer año . . .	18	14 (78 %)	4 (29 %)
Más tarde . . .	80	45 (56 %)	6 (13 %)
Total . . .	394	275 (70 %)	56 (20 %)

fecha del diagnóstico. Por otra parte, es natural admitir que en todos los casos de anorexia ésta sea rápidamente seguida de las manifestaciones más evidentes de decadencia orgánica.

¿Son muy frecuentes los vómitos? — No los encontramos citados más que en 122 casos (cuadro número 5), lo que proporciona un *mínimum* de

Cuadro núm. 5. — CÁNCER GÁSTRICO. MÍNIMUM DE FRECUENCIA DE LOS VÓMITOS

Fecha del diagnóstico	Casos	Con vómitos
Primer mes	26	7 (27 %) [27 %]
2.º y 3.º mes	94	31 (33 %) [33 %]
Del 4.º al 12.º mes.	158	50 (32 %) [32 %]
Segundo año	18	10 (56 %) [56 %]
Tercer año	18	6 (33 %) [33 %]
Más tarde	80	18 (25 %) [25 %]
Total	394	122 (31 %) [31 %]

31 por 100. Respecto a su precocidad, podemos tomar el dato correspondiente al grupo de los enfermos diagnosticados el primer mes — en el que es más difícil que el enfermo omitiese manifestar este síntoma y que quien hizo su historia clínica olvidase el anotarlo, si era positivo — de que había vómitos únicamente en la cuarta parte de los casos. Por lo tanto, constituyen un síntoma muy inconsistente y no precoz. En los restantes grupos la frecuencia se mantiene aproximadamente igual. Es de notar que únicamente en 13 casos se cita que hubiese habido hematemesis; alguna vez ella inició el cuadro.

Funciones intestinales. — Su estudio ha sido muy descuidado en nuestras historias, pues apenas consta en ellas cuándo probablemente eran normales. Hay datos de aleración únicamente en 103 casos (lo que nos da un minimum del 26 por 100), encontrándose que es mucho más frecuente el estreñimiento que la diarrea (73 : 30). Respecto a su precocidad, sólo podemos decir que de 14 casos de los diagnosticados en el primer mes había 12 con estreñimiento y 2 con diarrea, y que en los del segundo y tercer mes la proporción era 19 : 5. No es posible obtener más conclusiones.

Cuadro núm. 6. — CÁNCER DE ESTÓMAGO. CIFRA DEL ÁCIDO CLORHÍDRICO LIBRE EN EL CONTENIDO GÁSTRICO

Fecha del diagnóstico	Casos	De 0 a 1	Hacia 1,4	Sobre 1,6
Primer mes	8	5 (62 %) [62 %]	2	1
2.º y 3.º mes.	35	31 (89 %) [89 %]	1	3
Del 4.º al 12.º mes.	77	75 (97 %) [97 %]		2
Segundo año	11	10 (91 %) [91 %]		1
Tercer año	10	8 (80 %) [80 %]	1	1
Más tarde	45	39 (87 %) [87 %]	4	2
Total	186	168 (90 %) [90 %]	8 (4 %) [4 %]	10 (6 %) [6 %]

Valor de las pruebas habituales de laboratorio. — El cuadro núm. 6 nos indica los resultados obtenidos con el análisis del contenido gástrico. Realmente es convincente que no existiera una cantidad de ácido clorhídrico libre normal más que en 4 por 100 de los casos — aunque existía acidez elevada en otro 6 por 100, — mientras que los res-

tantes (90 por 100) oscilaba entre cero y 1. Este hecho pierde mucha significación si recordamos que en otras afecciones gástricas y extragástricas los valores son también, con gran frecuencia, bajos. Respecto a lo que ocurre en los períodos iniciales del cáncer podemos ver que ya en el primer mes la hipoacidez es frecuente (de 8 en 5) y que en el segundo y tercer mes aun más (de 34 en 31).

Aunque en los casos dudosos o negativos a los X acudimos habitualmente al examen periódico de las heces, después de los días de dieta adecuada, aquellos en que el diagnóstico radiológico es positivo prescindimos de esa repetición, e incluso de la reacción química misma. En los casos investigados una sola vez las hemorragias ocultas eran negativas en el 29 por 100 (cuadro núm. 7). Respecto a la precocidad de las hemorragias ocultas positivas, ver

Cuadro núm. 7. — CÁNCER GÁSTRICO. FRECUENCIA DE RESULTADO NEGATIVO DE LA INVESTIGACIÓN DE HEMORRAGIAS OCULTAS EN HECES (una sola vez)

Fecha del diagnóstico	Casos	Hemorragias ocultas	
		Positivas	Negativas
Primer mes	2	2	0
2.º y 3.º mes.	20	16	4 (20 %) [20 %]
Del 4.º al 12.º mes.	51	42	9 (18 %) [18 %]
Segundo año	7	2	5 (71 %) [71 %]
Tercer año	6	1	5 (83 %) [83 %]
Más tarde	23	14	9 (39 %) [39 %]
Total	109	77	32 (29 %) [29 %]

al eliminar, por su escaso número, los enfermos del primer mes — que en los diagnosticados en el segundo y tercer mes hay un 20 por 100 en que existe. La elevación de su ausencia en los grupos más tardíamente diagnosticados, y que parece paradójica, acaso sea debida a variaciones en la estructura de la plasia.

El hemograma nos ha dado muy frecuentemente el habitual cuadro de la anemia secundaria, pero hay (cuadros números 8 y 9) un 37 por ciento de casos con más de 8 millones de hematíes y un 40 por 100 con más de 80 por ciento de hemoglobina, e incluso un 7 y 6 por 100 con más de 5 millones y 90 por ciento. En los tres primeros meses dominan las cifras de 3-4 millones de hematíes y 40 a 60 por 100 de hemoglobina, pero realmente en todos los grupos hay representación de valores muy variados, así por ejemplo, las cifras 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, y 80-89 por 100 de hemoglobina se ofrecen, prácticamente, con la misma frecuencia.

¿Es frecuente, en los periodos iniciales, la percepción de una tumoración palpable? — Estamos, por último, ante un síntoma del que parece que ni debiera hacerse mención al hablar del diagnóstico

mer mes en el 46 por 100. Es decir, que de los 120 enfermos con comprobación radiológica en los tres primeros meses de la enfermedad había 56, más de la mitad, en los que el cáncer era ya más o menos

Cuadro núm. 8. — CÁNCER GÁSTRICO. CIFRA DE HEMATÍES

Fecha del diagnóstico	Casos	Millones: 1-2	Millones: 2-3	Millones: 3-4	Millones: 4-5	Millones: 5
Primer mes	6		1	4	1	
2.º y 3.º mes.	34	1	6	17	9	1
Del 4.º al 12.º mes.	63	5	6	20	27	5
Segundo año.	12	1	2	3	3	3
Tercer año	6		2	1	1	2
Más tarde	39		5	23	10	1
Total	159	7 (4 %)	22 (14 %)	68 (43 %)	51 (32 %)	11 (7 %)

precoz del cáncer. Y, sin embargo (cuadro número 10), la verdad sorprendente es que de los enfermos diagnosticados (y bien fácilmente por cier-

perceptible por palpación manual cuidadosa. Hay que recordar que no están incluidos en este trabajo los cánceres de cardias o de la región cardial.

Cuadro núm. 9. — CÁNCER GÁSTRICO. CIFRAS DE HEMOGLOBINA

Fecha del diagnóstico	Casos	10-19 %	20-29 %	30-39 %	40-49 %	50-59 %	60-69 %	70-79 %	80-89 %	90-100 %
Primer mes	6			1		3	1	1		
2.º y 3.º mes.	31				11	6	4	4	5	1
Del 4.º al 12.º mes.	60	2	4	1	6	7	14	11	9	6
Segundo año.	11	1	1		1		2	2	4	
Tercer año	5				1	1		1	1	1
Más tarde	35		2	1	3	12	8	4	4	1
Total	148	3 (2 %)	7 (5 %)	3 (2 %)	22 (15 %)	29 (20 %)	29 (20 %)	23 (15 %)	23 (15 %)	9 (6 %)

to muchos de ellos!) en el tercer mes había una tumoración palpable en el 49 por 100 de los casos; los del segundo mes en el 45 y en los del pri-

Cuadro núm. 10. — CÁNCER GÁSTRICO. EXISTENCIA DE TUMORACIÓN PALPABLE Y SU FRECUENCIA SEGÚN LA FECHA DEL DIAGNÓSTICO

Fecha del diagnóstico	Casos	Tumoración palpable
Primer mes	26	12 (46 %)
Segundo mes	49	22 (45 %)
Tercer mes	45	22 (49 %)
Del 4.º al 12.º mes	158	82 (52 %)
Segundo año	18	6 (33 %)
Tercer año	18	10 (56 %)
Más tarde	80	20 (26 %)
Imprecisable	6	3 (50 %)
Total	400	177 (44 %)

¿Con qué frecuencia hemos de pensar en el cáncer en los individuos jóvenes? — En el cuadro número 11 está expuesta la edad y sexo de nuestros enfermos; en él vemos que entre los 20 y 29 años sólo se encuentra en 1 por 100, mientras que entre los 30 y 39 ascienden a 7; es decir, hay un 8 por ciento por debajo de los 39 años. Los dos sexos mantienen en todos los decenios prácticamente las mismas proporciones; el femenino representa el 38 por 100 de todo el material.

¿Hay alguna relación entre tiempo de enfermedad, posibilidad de resección y mortalidad operatoria? — Guiado por la curiosidad he comparado estos datos en el cuadro núm. 12, llegando a resultados en parte inesperados: de los diagnosticados en los tres primeros meses no han sido resecados más que el 15 por 100 (con el 50 por 100 de mortalidad), de los diagnosticados en los meses cuarto al duodécimo la proporción ha aumentado ligeramente (22 por 100) sin variar la mortalidad (50 por 100), mientras que de los diagnosticados pasado el primer año he podido resear muchos más,

el 34 por 100, con una mortalidad muchísimo más baja, el 13 por 100.

Es sabido que con frecuencia no es posible la resección en casos de sintomatología de corta dura-

Cuadro núm. 11. — CÁNCER GÁSTRICO. EDAD Y SEXO

Edad	Casos	%	% hombres	% mujeres
0-9	0			
10-19	0			
20-29	4	1	0,7	1
30-39	28	7	8	6
40-49	88	22	24	18
50-59	134	33	33	34
60-69	108	27	26	30
70-79	37	9	8	11
80-89	1	0,2	0,4	0
90-99	0			

Total de casos . . 400 Hombres 249 Mujeres 151 (38 %)o

ción, pero ninguna consideración más se hace habitualmente sobre este asunto. Por esto es mayor mi sorpresa al ver lo que en nuestro material ha ocurrido. Ya no se trataría solamente de confirmar el

se remontaban sobre el primer año, y sobre las zonas y frecuencia de las dificultades diagnósticas que ofrecían. Y, sin embargo, de ser ciertas nuestras conclusiones, donde podemos obtener mejores resultados inmediatos es precisamente en ese 30 por 100 de cánceres aparentemente tardíos, siendo bien posible — una dificultad más — que sea en ellos donde la sospecha de cáncer brota con menos frecuencia.

Hemos estudiado con todo detalle la sintomatología del cáncer desde el punto de vista que nos parecía más práctico, procurando obtener una experiencia bien fundada sobre los signos de los períodos iniciales; y hemos hecho también un resumen de todas las particularidades estimable. Pero aun así demos agrupar mejor los obstáculos que, por parte de la enfermedad, se oponen muchas veces al diagnóstico auténticamente precoz:

1.º La existencia, en una cuarta parte de los casos, de antecedentes gástricos lejanos, o próximos pero lo suficientemente antiguos para poder ser tenidos con cierta lógica que nos hallamos en presencia de una recidiva o prolongación de una afección cancerosa.

2.º La duración desconocida, aunque variable, del período asintomático del cáncer inicial.

3.º La ligereza frecuente de los síntomas subjetivos del comienzo insidioso de la enfermedad, que no incitan al enfermo a buscar con rapidez la asistencia médica.

Cuadro núm. 12. — CÁNCER GÁSTRICO. PROPORCIÓN DE RESECCIONES Y MORTALIDAD OPERATORIA EN LOS DIVERSOS PERÍODOS. (No se han incluido 5 casos de gastrectomía total.)

Fecha del diagnóstico	Casos	Núm. de resecciones	Proporción de reseccabilidad	Mortalidad operatoria	Resecabilidad	Mortalidad operatoria
Primer mes	26	4	15 %o	2 (50 %o)	15 %o	50 %o
2.º y 3.º mes	94	16	17 %o	8 (50 %o)		
Del 4.º al 12.º mes . . .	158	34	22 %o	17 (50 %o)	22 %o	50 %o
Segundo año	18	6	33 %o	0	34 %o	13 %o
Tercer año	18	2	11 %o	0		
Más tarde	80	31	35 %o	5 (17 %o)		

hecho citado, sino de precisarle con la claridad de una regla: *a medida que la historia gástrica — fíjese bien que no decimos historia cancerosa — es más antigua, las posibilidades de resección son mayores, en igualdad de criterio para realizarla, a la vez que la mortalidad operatoria es menor.*

¿Son casuales ambos resultados en mi material? No lo creemos. El mismo criterio sobre las indicaciones de la resección tenía cuando el año 1929 comencé mi actuación en el Servicio, que ahora; no se pueden achacar las diferentes mortalidades a variaciones en la perfección de la técnica o de los tratamientos pre y operatorio, porque los casos de resección están distribuidos a lo largo de 14 años; y por otra parte, los tres lotes constan de un número muy semejante de casos (20, 34 y 39).

Si estos resultados no son fortuitos, las ideas que de ellos brotan son de la mayor importancia práctica. Repasemos lo que hemos escrito sobre los síntomas de los enfermos cuyos antecedentes digestivos

4.º La ausencia frecuente de los síntomas subjetivos tenidos como característicos, en minoría evidente ante el grupo de los imprecisos y, sobre todo, de los del tipo úlcera.

5.º La persistencia de alguno o varios de estos signos de normalidad: apetito y peso conservados, falta de vómitos, no alteración del hemograma, ausencia de hemorragias ocultas en heces.

6.º La imprecisión frecuente en el diagnóstico hasta que los síntomas generales, ya de decadencia orgánica (pérdida de apetito, peso y fuerzas), confieren el sello de malignidad a los locales, hasta entonces demasiado banales.

7.º La aparición del cáncer en individuos por debajo de los 40 años.

8.º Los infinitos matices de evolución dependientes de la naturaleza, grado de malignidad y localización de la neoplasia maligna.

Y, a pesar de estas dificultades, hay un hecho bien demostrado: que cuando el cuadro sintomático

tico es completo el enfermo está ya perdido para el tratamiento quirúrgico eficaz. Y así nos encontramos en un callejón sin salida del que queremos librarnos al simple grito de guerra de ¡hay que hacer un diagnóstico precoz! Para salir de él airoosamente tenemos antes que reconocer que con los signos clínicos no es posible conseguirlo y que lo más que pueden hacer es despertar la sospecha del cáncer y encauzar el enfermo hacia la exploración radiológica, que es el método que en la actualidad dispone de las mayores posibilidades, pero que en modo alguno puede ser la tabla de salvación de todos los cancerosos.

Si tomamos en consideración lo expuesto en este trabajo, ¿no resulta pretenciosa y condenada a una pronta — y poco conveniente — desilusión nuestra frase "hay que llegar al diagnóstico precoz"? ¿No sería mejor que todos — Estado, individuo y médico — uniésemos nuestros esfuerzos para alcanzar una finalidad mucho más modesta, pero factible: la de diagnosticar el cáncer gástrico más pronto de lo que hoy se logra, para después, poco a poco, pero con paso seguro, ir elevando gradualmente nuestra aspiración a un diagnóstico ideal, al cual — si no surge otro método de exploración, de la máxima eficacia — tal vez no seamos nosotros, sino nuestros hijos o nietos los que lleguen?

Hoy por hoy, creemos que el diagnóstico verdaderamente precoz en la mayoría de los casos — entendiéndose bien — no en una minoría exigua, es un noble sueño irrealizable. Soy pesimista sobre las posibilidades del momento. Pero si nuestro pesimismo se refiere al verdadero diagnóstico precoz, somos, en cambio, optimistas respecto a la posibilidad de un reconocimiento más temprano de la enfermedad. Trabajemos sin descanso en esa dirección porque, aunque no podamos llegar a realizar nuestro ideal, el número cada vez mayor de resecados con larga supervivencia, o hasta con curación definitiva, compensará con creces nuestros esfuerzos.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor nimmt eine Klassifizierung von 400 nicht juxtacardialen Magenkrebsen vor; bei der Gruppeneinteilung berücksichtigt er den Beginn der Symptome, ob es sich um Neoplasmen handelt oder nicht und den Zeitpunkt der Roentgenuntersuchung. Vorgeschichte und Symptome eines jeden Falles werden untersucht. Im zweiten Teil der Arbeit werden Fragen von grossem praktischem Wert besprochen, die sich auf die Anamnese und deren Besonderheiten beziehen. Man erwähnt das häufige Fehlen von Symptomen, die den Übergang einer banalen Affektion in ein Ca ankündigen. Es gibt auch eine grosse Anzahl Patienten, bei denen von Beginn der Krankheit an eine hyperazide Gastritis im Mittelpunkt steht. Die einzelnen klinischen und Laboratoriumszeichen werden ebenfalls besprochen.

Bezüglich einer wirklich frühzeitigen Diagnose ist die Ansicht des Verfassers pessimistisch, aber optimistisch, was ein frühes Erkennen anbetrifft, das die heutigen Ergebnisse der radikalen chirurgischen Behandlung zu bessern vermag.

RÉSUMÉ

L'auteur classe 400 cas de cancer gastrique, non juxtacardiaux, dans plusieurs groupes selon le temps écoulé depuis le début des symptômes, néoplasiques ou non et le moment de l'exploration radiologique; il étudie les antécédents et symptômes de chacun d'eux. Dans la deuxième partie du travail il pose une série de questions du plus grand intérêt pratique; il répond avec un grand nombre de données. Ces questions traitent des antécédents et de leurs caractéristiques; le manque fréquent de signes que pourraient indiquer le passage d'une affection banale au cancer; le grand nombre de malades chez lesquels domine depuis le commencement de la maladie le cadre de gastrite hyperacide; enfin chacun des syndromes cliniques et de laboratoire.

L'impression de l'auteur est pessimiste quant au diagnostic authentique précoce, mais optimiste en ce qui concerne la possibilité d'une observation faite plus tôt, capable d'améliorer les résultats actuels du traitement chirurgical radical.

SEUDOHERMAFRODITISMO MASCULINO

E. RODA y A. Y E. DE LA PEÑA

Clínica Médica Universitaria. Director:
PROF. C. JIMÉNEZ
DÍAZ.

Urólogos

Hemos tenido ocasión de observar últimamente un caso de "seudohermafroditismo masculino" en el que concurren ciertas particularidades de interés y en el que se han llevado a cabo una serie de exploraciones, alguna de las cuales es la primera vez que se han practicado en este tipo de casos. Por ello estimamos de interés su publicación.

OBSERVACIÓN. — Se trata de un sujeto, A. L. P., de treinta años de edad, natural de Nogales (Lugo), quien concurre a nuestra Policlínica remitido desde el Servicio de Cirugía del Hospital Provincial (Dr. VIGUERAS), porque, al ser intervenido de una hernia inguinal izquierda, se le habían apreciado, en el curso de la operación, la presencia de un cordón espermático y de un testículo hipoplásico pero evidente en el mismo lado. Dicha hernia le fué operada con la técnica de BASSINI y quedó bien.

Concurre ante nosotros vestido de mujer, con nombre de tal, y con una personalidad legal perteneciente a este sexo, habiéndose desarrollado toda su vida conceptuada como tal en el ambiente familiar y extrafamiliar, dedicándose a las ocupaciones propias del sexo femenino (servidumbre, labores caseras, etcétera). En nuestra presencia se comporta tímidamente y con un tipo de actitud psicológica propia de quien se da cuenta de su anómala situación. Su historia biológica y clínica es como sigue: Cuando nació, la matrona que le recogió en el parto dijo que no precisaba bien el sexo a que pertenecía (esto se lo había oído decir confidencialmente a su madre alguna vez, pero no había insistido ya más sobre este asunto y el paciente nunca dijo nada). En su infancia le atraían las incli-