

nes normales en la cantidad eliminada van paralelas a las de la cantidad de heces.

No nos sorprende este resultado de la buena absorción de la vitamina A en los perros gastrectomizados, puesto que concuerda con el obtenido por ROMEO con respecto a las grasas.

2.^a Confirmamos la afirmación de BICKNELL y PRESCOTT de que el perro elimina siempre vitamina A por las heces, aun en dietas pobres en este factor. Efectivamente, la dieta basal no tiene cantidad de vitamina suficiente para poder explicarnos la eliminación elevada que se obtiene; esto unido a que la cantidad de vitamina A que aporta la dieta puede absorberse como acabamos de demostrar, nos hace pensar que la vitamina eliminada es de procedencia endógena, y esta diferencia entre el perro y el hombre en cuanto a la eliminación de vitamina A por las heces, puede obedecer, quizás, a una de estas dos posibilidades: a) que la flora intestinal del perro, siendo distinta de la del hombre, transforme en vitamina A gran cantidad de carotenos y permita que se eliminen como tal vitamina, o bien b) que dado el estrecho paralelismo existente entre la movilización de las grasas y la vitamina A del organismo, exista la posibilidad de que las grasas eliminadas por el perro sean cualitativamente distintas de las que elimina el hombre, ya que cuantitativamente, como sabemos por la experiencia de ROMEO, no existen diferencias apreciables, y que parte de la grasa eliminada por el perro, la de procedencia endógena, lleve en solución vitamina A.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 GRAY, E. LE. B., MORGAREIDGE y CAWLEY, J. D. — Jour. Nut., 20, 67, 1940.
- 2 GRAVES y SCHMIDT. — Am. Jour. Physiol., 3, 492, 1935.
- 3 BRESE, B. B., y MCCOORD, A. B. — Jour. Pediat., 16, 139, 1940.
- 4 BRESE, B. B., y MCCOORD, A. B. — Jour. Pediat., 15, 183, 1939.
- 5 ANDERSON, O. — Hospitalstidende 81. suple. 29, 1938.
- 6 THORBJANARSON, I., y DRUMMOND, J. C. — Biochem. Jour., 25, 914, 1931.
- 7 WALD, G., CARROLL, W. R., y SCIARRA, D. — Science, 94, 95, 1941.
- 8 BICKNELL y PRESCOTT. — The vitamins in general Medicine. Londres, 1942.
- 9 KOHN, C. J., y SHIRMAN, W. C. — Journ. Biol. Chem., 2, 527, 1940.

ZUSAMMENFASSUNG

Man untersuchte die Vitamin-A-Absorption bei gastrectomisierten Hunden und fand keinen Unterschied im Vergleich zu gesunden Tieren.

RÉSUMÉ

On étudie l'absorption de la vitamine A chez les chiens gastrectomisés; en constate qu'elle se vérifie dans les mêmes conditions que chez les animaux normaux.

LA REALIDAD SOBRE EL CÁNCER DE RECTO

A. GARCÍA BARÓN

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

El IV Congreso de Patología Digestiva, celebrado recientemente en Sevilla, se ocupó, como uno de los temas preferentes, del tratamiento quirúrgico del cáncer del recto. Tanto en la Ponencia (doctor GARCÍA MORÁN) como en las comunicaciones que la siguieron quedó bien aclarado el estado actual del asunto y el meritorio interés de los cirujanos españoles que aportaron su experiencia. Gracias a ellos es de esperar que podamos todos, en lo sucesivo, tratar a esta clase de cancerosos con métodos mejor determinados y técnicas más perfectas, prudentemente elegidas entre las innumerables publicaciones que sobre la materia han aparecido en la literatura mundial de nuestra época.

Allí se cumplió la misión de estudiar un punto concreto, todavía en estado de evolución, sin que la natural restricción del tiempo permitiese considerar con la misma atención los restantes aspectos de la enfermedad, a pesar de reconocer su importancia, lo que por otra parte parecía menos necesario ya que en ellos existe uniformidad de juicio. Sin embargo, debemos aprovechar la ocasión para exponer con la mayor brevedad a los médicos los verdaderos términos en que hoy está planteado en la práctica, no el problema del cáncer rectal sino el de los cancerosos de recto, y con tanto mayor motivo cuanto que, aun en la actualidad, constituyen una exigua minoría los casos perfectamente adecuados para el tratamiento quirúrgico radical, a pesar de tratarse de un cáncer de diagnóstico fácil durante el período de su evolución en que la cirugía puede obtener sus más brillantes resultados. Y como no podemos admitir que sea principalmente el enfermo el causante de su desdicha nada debe cohibirnos el tener que repetir conceptos elementales y conocidos cuando, a juzgar por los hechos, es su olvido quien preside las frequentísimas y deplorables omisiones e indecisiones, fatales para el canceroso.

¿Con qué frecuencia llega el canceroso de recto al cirujano en condiciones aptas para serle aplicada la terapéutica quirúrgica radical? — En el cuadro número 1 detallamos lo ocurrido en nuestros 93 enfermos: un 37 por 100 eran inoperables radicales, sin que existiera indicación de operación paliativa; un 14 por 100 eran operables radicales, pero no aceptaron la intervención propuesta, y un 2 por ciento tampoco aceptaron una operación paliativa, única practicable. Por consiguiente, la mitad de los enfermos (53 por 100), ya desde el primer momento tuvieron que ser eliminados, o se eliminaron ellos mismos, de todo tratamiento quirúrgico, equiparando su suerte a la de los cancerosos prehistóricos.

Pero esto, con ser mucho, ha sufrido aún un acentuadísimo empeoramiento: hay otro 19 por ciento más de inaptos para el tratamiento radical, en los que hubimos de limitarnos, como operación

paliativa, al ano contranatura. Por lo tanto, ya nos encontramos con que el 58 por 100 de todos nuestros cancerosos han llegado en condiciones, locales o generales, tan desfavorables que ha sido preciso renunciar a toda terapéutica con probabilidades de eficacia, y que únicamente en la cuarta parte de todos los casos se ha podido emplear la moderna cirugía en su máxima amplitud y radicalidad.

Estas son cifras que acaso puedan ser aceptadas como término medio para nuestro país, pues se basan en un criterio ni audaz en demasía ni de excesiva timidez.

Hagamos ahora algunas amargas y necesarias reflexiones sobre la mortalidad operatoria. El tratamiento paliativo, el simple ano contranatura, ha traído consigo — cuando en el mejor de los casos sólo podíamos esperar de él una disminución de las molestias o el remedio a un estado de íleo crónico — una mortalidad inmediata del 20 por 100, que cuando, por estar el enfermo en íleo agudo, fué realizado de urgencia, alcanzó el 37 por 100 (si consideramos no sólo los casos de íleo agudo con cáncer irreseccable, sino también los que pudieron ser resecados en un segundo tiempo — en total 12 — la mortalidad del ano contranatura en esas condiciones desfavorables fué del 25 por 100).

Sobre la mortalidad de los operados radicalmente lo que ahora nos interesa es que se ha elevado al 26 por 100 — casi igual que la del ano contranatura paliativo — y que si agregamos, como es justo, los dos casos que fallecieron después del ano ilíaco, que se había realizado como primer tiempo, asciende al 32 por 100.

Conociendo ya los dos datos esenciales, operabilidad y mortalidad inmediata, podemos hacer la consideración más importante: de 93 cancerosos rectales han podido abandonar la ayuda médica en las condiciones más favorables que puede alcanzar la cirugía, únicamente 17 (o sea el 18 por 100). Si por un momento suponemos que una perfección mayor de las técnicas seguidas me permitiera disminuir la mortalidad a la mitad, el número de afortunados de 17 pasaría a 20 (o sea el 21 por ciento), y si por una razón inexplicable e inesperada la reducción alcanzase a la tercera parte — dos muertos por 23 operados — los afortunados no serían más que 21 (o sea el 23 por 100). Así vemos con la mayor evidencia lo poco que podemos esperar, exclusivamente, del perfeccionamiento de las técnicas en la mejora global del porvenir de los cancerosos rectales. Por esto es tan necesario acentuar que por tenaces y fructuosos que sean los esfuerzos de los cirujanos apenas pueden modificar, de una manera apreciable, los graves términos en que actualmente se encuentra planteado en la práctica el problema que nos ocupa, porque la única solución eficaz se basa en el diagnóstico mucho más precoz de la enfermedad. De poco sirve, en realidad, que la cirugía se envanezca de lograr largas supervivencias y hasta curaciones definitivas si el número de casos en que puede actuar es sumamente limitado, y sobre esta triste verdad deben meditar quienes se encuentran en circunstancias de poderla modificar favorablemente.

¿En qué plazo, a partir del comienzo de los sín-

tomas, acuden los cancerosos rectales al cirujano? En el cuadro número 2 puede verse este dato. Sólo un poco más de la cuarta parte de los enfermos ha llegado en el primer trimestre de la enfermedad, y casi otra cuarta parte en el segundo, es decir, la mitad de los pacientes entran en contacto con el cirujano cuando ya ha transcurrido lo menos, medio año con manifestaciones de la enfermedad, e incluso hay un 26 por 100 en el pasado un año entero. Esto explica perfectamente las consideraciones hechas en el examen de este material.

¿Tiene explicación y sobre todo justificación el trascendental retraso en el diagnóstico? — No más remedio que soportar el diagnóstico tardío de una afección cuando sus síntomas son continuos, si carecemos de medios de exploración de suficiente valor. ¿Concurren estas circunstancias en el cáncer rectal?

a) Síntomas iniciales. — Hemos buscado en nuestros enfermos cuál fué el primer síntoma que exteriorizó la enfermedad, llegando al cuadro número 3, que sin duda contiene errores inherentes — ya que a veces son varios los signos que aparecen simultáneamente, — pero que es útil para nosotros aquí nos interesa. El síntoma más frecuente (ciento de los casos), es al aparición de diarrea, moco y sangre en el 33 y sin moco ni sangre en el 18 por 100), al que siguen en orden decreciente la salida de sangre, como hemorragia aislada, y la da a las heces de consistencia y número de deposiciones no alterado (15 por 100); estreñimiento puro o con sangre y moco (13 por 100); sensación de más o menos dolorosa hacia recto y ano (11 por ciento); tenesmo (5 por 100); dolores en el epigastrio (4 por 100), y, finalmente, cuadro de íleo agudo sin síntomas previos (4 por 100). Veamos, por lo tanto, que estos síntomas iniciales no son más que los que agrupados a medida que avanza la evolución, forman el cuadro clínico completo del cáncer rectal, basado en la diversa combinación de los tres factores causales: rectitis concomitante, ulceración del tumor y efectos estenosantes.

Estos síntomas nada tienen de confusos. Con precisar en el interrogatorio la exactitud de los términos diarrea, estreñimiento y hemorragia, que puede ocurrir que el enfermo no hable de diarrea si en vez de deposiciones abundantes y repetidas se trata sólo de la evacuación repetida de heces; ni que mencione el estreñimiento si el laxante logra una deposición diaria y que quiera recuerde la hemorragia por no haberse cuenta de ella o por atribuirle a hemorroides. Una vez aclarada la existencia de los síntomas mencionados bien fácil es que en el ánimo del enfermo brote la idea de la posibilidad de un cáncer, no ocurre, ninguna culpa le incumbe al cirujano aunque sea quien tenga que arrostrar las consecuencias.

Sobre dos extremos conviene insistir: el del apetito y peso, y la edad y sexo.

Se repite siempre, con motivo sobrado, que el cáncer rectal puede perfectamente consor-

apetito y peso habituales durante los primeros meses de la enfermedad, pero no se dan cifras que hagan más exacto el juicio. Nosotros no podemos determinarlas durante la fase inicial, aunque nos puede proporcionar una idea bastante exacta el saber lo que ocurre a este respecto cuando, ya fuera del período precoz, acudieron los enfermos a la consulta. Y para ser más demostrativos elegimos sólo los casos que eran ya inoperables radicales en el momento del diagnóstico. En el cuadro núm. 4 se puede ver que, *aun en estos enfermos perdidos, si bien hay más de la mitad (54 por 100) con disminución, más o menos acentuada, de apetito y peso, encontramos una cuarta parte (26 por 100) con apetito inalterado, aunque con pérdida de peso, y casi otra cuarta parte (20 por 100) en los que ni el apetito ni el peso han sufrido variación.* Y si esto ocurre tardíamente, es lógico que al iniciarse la evolución de la neoplasia predomine con mucho la última de las tres posibilidades citadas. y sobre todo la conservación del apetito, ya que en el cáncer rectal, como en el gástrico, *es más precoz la pérdida de peso que la del apetito.*

Respecto a la edad y sexo conviene echar una ojeada al cuadro número 5. A partir de los diez años el cáncer de recto va aumentando progresivamente de frecuencia hasta llegar a los 69; pasada esta edad sufre una disminución, pero aun es tan frecuente como entre los 40 y 49. De los 10 a los 19 es muy raro (1 por 100), pero de los 20 a los 29 ya alcanza el 4 por 100, es decir, *por debajo de los 30 años hay un 5 por 100.* Es curioso que en nuestra estadística — en contra de la gran mayoría de las publicadas — domine el sexo femenino; acaso sea un hecho casual. Pero lo que no parece fortuito — a pesar de que no encontramos que se haya hecho esta observación — es que, si prescindimos del caso extraordinariamente raro de un muchacho de 14 años, *la proporción a favor del sexo femenino (que en todo el lote es del 58 por 100) siendo absoluta de los 20 a los 29 años (100 por ciento) va disminuyendo progresivamente a medida que la edad avanza, para llegar a su mínimo (38 por 100) pasados los 70 años.* Sin querer obtener conclusión alguna de este hecho nos limitaremos a aceptarle como cierto, dada la regularidad de la escala de frecuencia.

b) *Exploración complementaria decisiva.*—Una de las exploraciones que requieren un instrumental menos complicado, y más fácil de tener a nuestro alcance, y que suministran, sin la menor preparación técnica, datos de más valor es el tacto rectal por sospecha de neoplasia. Lo único que se necesita es deseo de realizarle. Sobre las elementales particularidades de ejecución e interpretación ya decíamos lo más pertinente en antiguas publicaciones y aun en alguna moderna (*), pero la repetición es, ahora como entonces, necesaria en lo que se refiere a la aspiración al simple diagnóstico.

(*) Para el médico práctico. El cáncer rectosigmoideo. Anales de la Casa de Salud Valdecilla, 1934, págs. 126-128; El cáncer rectal. Conferencia dada en el Instituto Madinaveitia. Anales de la C. S. V., 1935, págs. 327-349; Cáncer de recto. Manual de Patología Quirúrgica del profesor ARGÜELLES. Tercera ed., 1943, t. III, págs. 480-495. Editorial Científico Médica.

El tacto rectal no consiste en la simple introducción del dedo en el recto, sino en la exploración ordenada y sistematizada con el pulpejo del índice de la mucosa rectal en toda su extensión, desde el ano hasta donde el dedo alcance (8 ó 10 centímetros) y debe practicarse sin violencia alguna, utilizando un guante o dedil de goma muy abundantemente lubricado. El enfermo — al que es conveniente haber puesto antes un enema de limpieza — es colocado primeramente en decúbito supino, no sólo porque la mayoría de las veces el cáncer se localiza en la cara anterior del recto, sino también porque en esa posición podemos hacer palpación combinada. Si nada anormal percibimos, no debemos dar por terminada la exploración, sino que, sin extraer el dedo, se manda al enfermo que comprima activamente su pared abdominal; de este modo pueden llegar a ponerse en contacto con el dedo porciones más altas del recto, e incluso es posible que la presión intraabdominal haga descender materias fecales situadas por encima de una neoplasia, con lo cual ésta resulta palpable. Si aun así el resultado es negativo debemos repetir el tacto con el enfermo de pie, obligándole igualmente a aumentar la tensión intraabdominal. Sea el resultado positivo o negativo no hay que omitir el tactar con el enfermo arrodillado e inclinado hacia delante, pues esta posición es la más favorable para explorar la cara posterior que puede, excepcionalmente, ser el sitio de localización del cáncer, o bien, con más frecuencia, el campo de expansión de una neoplasia de la cara anterior.

Con esta técnica se podrá palpar alguna vez un cáncer inicial desarrollado sobre un pólipo blando en coliflor, que hace prominencia en la luz rectal; pero, de ordinario, lo característico es percibir una ulceración redondeada con el típico reborde neto, duro, irregular y elevado. Cuando el cáncer de insular se ha convertido en circular, resulta estrechado el calibre del recto, y, o bien no se puede introducir el dedo más allá del borde inferior — por no haber o porque el cáncer es demasiado alto — o si se logra atravesarle nos damos cuenta de que por encima del borde superior la mucosa está íntegra. Éstas son las características del adenocarcinoma. Con muchísima menos frecuencia la impresión táctil no es tan clara, lo que es debido a particularidades de tipos neoplásicos menos habituales.

En qué proporción de casos basta el tacto rectal para confirmar la existencia de una tumoración? — (Gráfico número 5). En el 81 por 100 de nuestros casos el tumor era perceptible en toda su extensión, en parte de ella o, por lo menos, al nivel de su borde inferior, mientras que en los restantes no era accesible al dedo, por estar demasiado alto. Esto quiere decir que en una quinta parte de los cánceres fracasa la exploración digital, pero que el resultado negativo del tacto debe inducir al médico, ante la sospecha de reoformación maligna, a aconsejar terminantemente otra exploración, la rectosigmoidoscopia, que también es, casi siempre, sencilla, aunque requiere instrumental y práctica adecuados.

Podemos, por consiguiente, contestar a la pregunta que encabeza este capítulo diciendo que el trascendental retraso en el diagnóstico del cáncer del

Cuadro núm. 1. — EXPOSICIÓN DEL MATERIAL DE CANCEROSOS DE RECTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PRESUMIBLE RESECABILIDAD RADICAL Y DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SEGUIDO (93 casos)

GRUPOS	Casos	Mortalidad
<i>No operados:</i>		
Por inoperables radicales, sin indicación de operación paliativa.	34 (37%)	
Por no aceptar la operación:		
Que hubiera podido ser radical.	13 (14%)	
Que hubiera tenido que ser paliativa	2 (2%)	
<i>Total</i>	49 (53%)	
<i>Operados paliativamente con contraindicación de operación radical:</i>		
Sin ileo agudo	10	2 (20%)
En estado de ileo agudo	8	3 (37%)
<i>Total</i>	18 (19%)	5 (28%)
<i>Operables radicales con tratamiento interrumpido (ano iliaco definitivo como primer tiempo)</i>	3 (3%)	2
<i>Operados radicalmente:</i>		
Resecados por vía abdominal	2	1
Amputados por vía perineal, sin ano previo	9	1
Amputados por vía perineal, con ano iliaco previo definitivo	5	3
Amputados por vía abdominoperineal, con ano iliaco previo definitivo	7	1
<i>Total</i>	23 (25%)	6 (26%)

Resumen: De 93 casos, 54 (58 por 100) eran inoperables radicales, 13 (14 por 100) no aceptaron la operación radical, tres no pasaron al segundo tiempo y 23 (25 por 100) fueron intervenidos radicalmente.

recto tiene su explicación: el no pensar en él — lo que es una omisión de gravísimas consecuencias para el enfermo — y el no realizar el tacto rectal si se ha pensado, que equivale a una negligencia imperdonable; pero justificación no tiene absolutamente nin-

guna, porque en la gran mayoría de los casos para cumplir el deber con la perspicacia clínica, la exploración manual más elementales. Aquí se diferencia fundamental entre los dos cánceres rectales más frecuentes, el de estómago y el de recto, tan favorable para este último.

RESUMEN

De 93 cancerosos rectales vistos por el autor (cuadro núm. 1) eran inaptos para la intervención quirúrgica radical el 58 por 100 (no sufrieron intervención alguna el 37 por 100, no aceptaron operación paliativa el 2 por 100, y hubo que recurrirse al ano contranatura en el 19 por 100). De los 42 por 100 restante (no aceptaron intervención el 14 por 100, quedó interrumpido el tratamiento proyectado en dos tiempos en el 3 por 100 y fueron sometidos a la operación radical el 42 por 100). Estas cifras son desconsoladoras, pero comprensibles si se tiene en cuenta (cuadro núm. 2) que la mitad de los enfermos no llegó al diagnóstico hasta transcurridos los seis primeros meses de manifestaciones clínicas de la enfermedad, y que incluso una cuarta parte no acudió hasta por un año.

Cuadro núm. 2. — PLAZO, A PARTIR DEL COMIENZO DE LOS SÍNTOMAS, EN QUE HAN ACUDIDO LOS CANCEROSOS RECTALES A LA CONSULTA (91 casos)

PLAZOS	Casos	Proporción
En ileo agudo, como primer síntoma	2	2%
Primer trimestre	26	29%
Segundo trimestre	21	23%
Tercer trimestre	10	11%
Cuarto trimestre	8	9%
Segundo año	15	17%
Tercer año	5	5%
Más tarde	4	4%

Sin embargo, la sospecha del cáncer es fácil en su período precoz. El síntoma que inició la enfermedad fué (cuadro núm. 3): diarrea con moco y sangre.

Cuadro núm. 3. — TIPO Y FRECUENCIA DEL SÍNTOMA INICIAL EN LOS CANCEROSOS RECTALES (91 casos)

TIPO	Variantes	Frecuencia
Alteraciones del ritmo y consistencia habituales de las deposiciones	Diarrea con moco y sangre	30 (33%)
	Diarrea sin moco ni sangre	16 (18%)
	Estreñimiento, sin y con moco y sangre	12 (13%)
Hemorragia, sin diarrea ni estreñimiento	Fuera de la deposición	6 (7%)
	En la deposición	8 (9%)
Sensaciones dolorosas hacia recto y ano		6 (7%)
Tenesmo		5 (5%)
Dolores en hipogastrio		4 (4%)
Ileo agudo, como primer síntoma significativo		4 (4%)

y sangre, en el 33 por 100 de los casos; diarrea sin moco ni sangre, en el 18; hemorragia, entre o durante las deposiciones, normales en consistencia y número, en el 15; estreñimiento puro o con moco y sangre, en el 13; sensación persistente, más o menos dolorosa, en el recto o ano, en el 7; dolores en el hipogastrio en el 4, y cuadro de íleo agudo, sin síntomas previos, en el 4 por 100. Es necesario precisar bien con el enfermo, durante el interrogatorio, los conceptos de diarrea, estreñimiento, hemorragia y tenesmo.

La pérdida de peso es más frecuente que la del apetito, pero ambos son síntomas inseguros y tardíos. Eligiendo casos no precoces, sino los ya inoperables radicales, encontramos (cuadro núm. 4) apetito conservado, con pérdida de peso, en el 26 por 100, y persistencia del apetito, sin pérdida de peso en el 20 por 100.

Cuadro núm. 4. — ESTADO DEL APETITO Y PESO EN LOS CÁNCEROS RECTALES, NO EN EL PERÍODO PRECOZ SINO CUANDO YA ERAN INOPERABLES RADICALES (35 casos)

	Casos	Proporción
Apetito conservado, sin pérd. de peso	7	20 %
Apetito conservado, con pérd. de peso	9	26 %
Inapetencia, con pérdida de peso.	19	54 %

El que el individuo sea joven no es, en un caso dado, razón en contra de la posible existencia de un cáncer rectal porque (cuadro núm. 5) hay un 16 por ciento de pacientes por debajo de los 39 años y un 5 por 100 de edad inferior a los 29.

Cuadro núm. 5. — CÁNCER RECTAL. Edad y sexo

Años	Casos	Proporción	Mujeres	Proporción
10 - 19	1	1 %	0	
20 - 29	4	4 %	4	100 %
30 - 39	10	11 %	8	80 %
40 - 49	13	14 %	9	69 %
50 - 59	22	24 %	12	55 %
60 - 69	28	31 %	15	54 %
70 - 79	13	14 %	5	38 %
Total.	91		53	58 %

El predominio en nuestro material, del sexo femenino (58 por 100) acaso sea casual, pero lo que en él parece evidente es que la frecuencia en la mujer (cuadro núm. 5) es tanto mayor cuanto más joven sea el enfermo; en el segundo decenio de la vida eran mujeres el 100 por 100, en el tercero el 80 por ciento, en el cuarto el 69, y descendiendo con la misma regularidad en los restantes se llega al último, en el que la proporción tiene su mínimo del 38 por 100.

El tacto rectal comprobó la presencia de la neoplasia maligna en el 81 por 100 de los casos y la rectosigmoidoscopia en los demás.

Gráfico núm. 6. — VALOR DE LOS MÉTODOS DE EXPLORACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DEL RECTO (93 casos)

Rectoscopia 19 %. Basta el tacto rectal en el 81 %

El no sospechar el cáncer es una falta grave, pero aun es peor el omitir el tacto rectal cuando la sospecha ha surgido. La persistencia en este doble error hace casi inútiles los grandes progresos realizados por la cirugía radical en favor del enfermo, con tanta frecuencia irremisiblemente perdido por la ausencia de un diagnóstico precoz.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor bringt die statistischen Ergebnisse von 93 von ihm untersuchten Rectumkarzinomen, von denen 58 nicht mehr für eine radikale chirurgische Therapie geeignet waren. Das ist zwar eine enttäuschende aber doch gut zu erklärende Zahl, wenn man bedenkt, dass die Hälfte der Patienten erst 6 Monate nach Krankheitsbeginn zum Chirurgen kam und ein Viertel sogar erst nach einem Jahr. Die wichtigsten Frühsymptome sind Diarrhoe, Blutungen, schmerzhaftes Sensation im Rectum, Gewichtsverlust, Appetitmangel, etc. Man untersuchte die Verteilung auf Alter und Geschlecht; zum Schluss wird darauf aufmerksam gemacht, dass die rectale Untersuchung in 81 % den Nachweis des Tumors erbringt; in den übrigen Fällen führt die Recto-Sigmoideoskopie zu demselben Resultat.

R É S U M É

L'auteur expose les résultats statistiques de 93 cancéreux du rectum qu'il a étudiés. Parmi eux le 58 % n'était pas apte à la thérapeutique chirurgicale radicale, chiffre lamentable mais compréhensible étant donné que la moitié des malades ne parvint au chirurgien qu'après les six premiers mois de la maladie, et le quart après une année.

Il passe en revue les symptômes précoces les plus importants pour le diagnostic: diarrhée, hémorragie, sensation douloureuse au rectum, perte de poids et d'appétit etc. Il fait une étude de la distribution de fréquence par âge et sexe et il termine en signalant que le tacte rectal prouve la présence de la néoplasie chez le 81 % des cas et la rectosigmoidoscopia chez le reste.

LOS TUMORES DE CÉLULAS TECALES (TECOMAS) DEL OVARIO

J. M. BÉDOYA

De la II Clínica de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Madrid. Prof. encargado: DR. BOTELLA LLUSIA

En el pasado decenio, y en lo que va del actual, se ha prestado extraordinaria atención a un grupo de tumores del ovario que se caracterizan por pro-