

Al margen de un libro *

"El cáncer del estómago en su principio".—René A. Gutmann.
París, 1939.—Doin Editor.—493 páginas, 563 figuras.

Por el Dr. E. POUS CHAZARO.

Para todos los que cultivamos la gastroenterología, constituye el cáncer gástrico un verdadero problema. Lamentamos ver llegar a nosotros el enfermo con tumor abdominal palpable; unas veces con estenosis pilórica y otras sin ella; con gran adegalmazamiento, con estado caquético, con metastasis, y obligadamente con imágenes radiológicas que en sí mismas llevan la desesperanza de la terapéutica, por más ampliamente quirúrgica que se le suponga.

Y en esos casos, muchísimo más comunes que lo que fuera de desearse, viene el tratamiento paliativo; el que alivia los dolores; el que mantiene en el enfermo una esperanza que para el médico no existe. Porque es allí, donde médico y familiares, de común acuerdo, mantienen al paciente ignorante de su mal y de su estado; envuelto aquel cuadro en el ropaje piadoso de la mentira.

Siempre deseamos llegar a tiempo. Felices nosotros, cuando el enfermo nos llega colocado dentro de aquel marco que hace algunos años oímos trazar a Félix Ramond, cuando decía: "Enfermo que pase de cincuenta años, sin pasado gástrico, que bruscamente comienza a sufrir del estómago, piénsese en cáncer antes que en otro padecimiento". Y la afirmación del especialista del Hospital Saint Antoine, la hemos visto confirmada varias veces.

Pero ese cuadro constituye un por ciento mínimo de los cancerosos del estómago. El capítulo, con todos sus hechos decepcionantes, ha seguido siendo una de las máximas interrogaciones en gastroenterología. Y ya no hablo de tratamiento, porque el éxito de éste está subordinado forzosamente, no tanto a la oportunidad sino a la precocidad del diagnóstico.

De allí que en el Primer Congreso Internacional de Gastroenterología de Bruselas (1935) fuese acogida con muy poco entusiasmo la moción francesa de considerar como ponencia para el

* Leído en la sesión del 24 de enero de 1940.

siguiente congreso (París, 1937) el tema de "Cáncer del Estómago". Todos preferían dirigir sus esfuerzos hacia un objetivo menos decepcionante.

René Gutmann abre brecha al lanzar su magnífica obra "El Cáncer del Estómago en su Principio", primer libro no sólo en Francia sino en el mundo, que se dedica al importantísimo objeto de estudiar las fases iniciales del cáncer gástrico.

La obra que analizo tiene sus antecedentes bien precisos. Gutmann comenzó por estudiar en la úlcera duodenal, los diversos aspectos —desconocidos hasta entonces— del edema periulceroso, haciendo la distinción importantísima entre las imágenes de edema, siempre fugaces, y las imágenes orgánicas, de carácter permanente.

Aplicando el mismo criterio a la úlcera gástrica, fijó exactamente la característica de las imágenes ulcerosas, que tanto en estómago como en duodeno van disminuyendo a medida que disminuye el brote ulceroso clínico, y desaparecen al mismo tiempo que él. Por ese camino llegó a establecer como hecho incontrovertible, que imagen de úlcera gástrica que no desaparece con el brote clínico, es imagen producida por un cáncer. Así fijó la permanencia, la inamovilidad, diríamos, como hecho peculiar de las imágenes del cáncer gástrico.

Era en el año de 1936. Concurría yo al servicio de Gutmann. Entre muchos enfermos como allí se ven, veíamos un hombre de 32 años, empleado de los Tranvías de París, con un cuadro clínico doloroso, de tipo ulceroso. Radiológicamente lesión ulcerosa —tipo nicho— de la pequeña curvatura gástrica. Desaparece la crisis y permanece inamovible la imagen radiológica. Se hace diagnóstico de cáncer, y Gutmann aconseja la intervención que el enfermo rehusa. El clínico insiste, y el enfermo arguye no tener molestias, tener buen apetito, aumentar de peso. Se acepta la intervención ante los temores de un porvenir incierto. Gastrectomía. Estudio histopatológico: carcinoma primitivo.

* *

Su método, al trazar el libro que comento, no ha sido exclusivista: se encuentra en él una mezcla armónica de la clínica con la radiología, con la terapéutica médica utilizada como medio diagnós-

tico, todo controlado con los actos quirúrgicos y con la anatomía patológica.

Toda esta labor lo ha llevado a la publicación de su magnífica obra que ha despertado y despertará opositores por doquier; como las despertó su primera edición de los "Síndromes dolorosos de la región epigástrica", que hoy nadie discute y todos aceptan. Porque el autor tiene ante todo originalidad y personalidad propias, destacadas. Es él: no se parece a nadie, ni a nadie imita, ni mucho menos copia. Da lo que observa; cuida de que sus observaciones sean rigurosamente llevadas y nada más.

* * *

Y su observatorio ha sido la Clínica Quirúrgica de La Salpetriere. Para los que sabemos cómo se trabaja en ella, el papel que allí desempeña Gutmann, el número de enfermos que se estudian y controlan desde hace muchos años; no fué una sorpresa la aparición de su libro, muchos de cuyos fundamentos ya nos eran conocidos.

La parte clínica constituye algo que se aparta de lo que hasta aquí se tiene como común y corriente en el cáncer del estómago. Nada hay en verdad más proteiforme. Desde las formas latentes, de evolución lenta, prolongada, sólo reveladas por metastasis; las formas no dolorosas, en las que encajan el dispéptico banal, con mejorías terapéuticas; las de principio anoréxico o bulímico; aquellas con vómitos o con disfagia; las aerofágicas, las hemorrágicas, las anémicas. Y formando parte del capítulo de las formas no dolorosas, las que clínicamente adoptan la máscara intestinal: formas enterálgicas, de constipación, y formas diarreicas puras, de las que algunos casos hemos observado.

Por ejemplo: X., enferma sin trastornos gástricos, de 56 años, con diarrea, no estudiada coprológicamente por quien la trataba, rebelde a la medicación, a aquella medicación ciega, antidiarreica a base de absorbentes. Ordeno examen coprológico general con régimen de prueba, y encuentro solamente tránsito acelerado e insuficiencia gástrica, sin que se pueda precisar si es debido a insuficiencia secretoria o a vaciamiento rápido del estómago. Radiografía: gran imagen lacunar en gran curvatura del antro. Gastrec-

tomía (Dr. Baz en el Hospital de Jesús). He aquí la forma diarreaica de que habla Gutmann. Casualmente he visto esta enferma hace dos días. Tiene dos años de operada y no hay señales de reproducción.

Las formas dolorosas constituyen uno de los capítulos más interesantes del libro de Gutmann. Corresponde el primer lugar a los tumores de brotes ulceriformes típicos; el cáncer ulceriforme de forma continua o subcontinua; a la úlcera transformada; a los neoplasmas perforantes cuyo encuentro clínico hemos tenido alguna vez; y, por último, al cáncer muco-erosivo de marcha lenta, cuya primera descripción pertenece a René Gutmann.

Noventa y ocho ejemplares clínicos, de variada sintomatología, tomados de los miles de enfermos que han pasado por La Salpêtrière, constituyen el acervo descriptivo de la obra; comprobados por la clínica, por la radiología, por la intervención quirúrgica y por la histopatología. Al terminar la lectura de la parte clínica, es forzoso concluir que estamos muy lejos de aquella sintomatología del cáncer gástrico, que nos tocó aprender en nuestra época estudiantil.

* *

No es extraño que, desde el punto de vista radiológico, haya baido Gutmann un récord de maravilla y de eficiencia en lo que respecta al cáncer gástrico. Para los que hemos seguido personalmente su labor y conocemos su organización radiológica, la estrecha relación entre Gutmann clínico y Gutmann interpretador de clisés, que lee con precisión, que maneja habilísimamente los detalles evolutivos, no existe sorpresa al recorrer un capítulo pleno de enseñanza, de material radiológico perfectamente seleccionado.

Es tan interesante esta parte de la obra, que damos por seguro que ni clínicos especialistas ni radiólogos podrán carecer de ella. Existen atlas con imágenes radiológicas clásicas, de cáncer gástrico, pero hasta hoy no sabemos que exista ninguna que comprenda el estudio radiológico de las fases iniciales, las nuevas imágenes en distintos períodos evolutivos, y en muchas series, las variantes que sufren las imágenes de cáncer aún operable, con las imágenes finales de inoperabilidad que todos conocemos.

Forzosamente comienza García Calderón (Servicio Ledoux-

Lebard) por fijar la técnica radiológica, que no puede ser más sencilla ni estar más al alcance de cualquier radiólogo. Preparación del enfermo, vaciamiento del líquido residual por medio de la sonda duodenal, posiciones para fluoroscopia y para radiografía, etc. Plantease la ventaja del estudio por medio de los dos procedimientos —capa delgada y repleción total— y se pronuncian por la última como más conveniente para el estudio del cáncer gástrico, sin que dejen de usar la primera cuando les interesa particularmente el estudio del relieve de la mucosa. Practicando siempre la fluoroscopia, afirman rotundamente que las imágenes del cáncer gástrico en su principio son infra-radioscópicas, es decir, no son visibles a la radioscopia. De donde hay que concluir que toda imagen de neoplasma gástrico que sea visible a la radioscopia, ha dejado de ser un cáncer gástrico en su principio para convertirse en un proceso mucho más avanzado.

Un hecho hay que subrayar, importantísimo: los estudios radiológicos, además de hacerse en serie como se hacen habitualmente, se repiten cada vez que es necesario. Es el modo más efectivo de controlar las más pequeñas variantes ocurridas en las lesiones, partiendo del principio de que la clínica y la terapéutica médica son el punto de partida del nuevo estudio radiológico.

Haría yo interminable esta nota si analizara detalladamente todo lo concerniente a las imágenes radiológicas del cáncer gástrico. Allí están analizados los nichos benignos y los malignos, las imágenes de las formas infiltrantes, de las ulcerantes, de las vegetantes, sin caer, claro está, en las imágenes lacunares que son ya el último peldaño radiológico del cáncer gástrico, casi el momento de lo inoperable.

Haciendo a un lado el “nicho plano de Gutmann”, que ya nadie discute como imagen peculiar al cáncer gástrico, mencionaré las imágenes de nichos encastrados, las imágenes encastradas, los nichos triangulares, el nicho sobre fondo plano, el nicho en laguna en arco, etc. Y las imágenes del cáncer muco-erosivo, lesión que diagnosticada por la clínica y confirmada por la radiología, es de tan pocas dimensiones, que pasa inadvertida para el cirujano que explora el estómago abierto; y si la percibe, su pequeñez ha sido motivo para que algún cirujano se haya resistido a practicar la

gastrectomía ante lesión tan insignificante. La evolución posterior colocó a ese enfermo dentro del grupo de los inoperables.

La casuística radiológica consta de más de 400 series de clichés, en visión evolutiva. Magnífico acervo para documentar los casos clínicos, y fuente inagotable de enseñanza para el clínico y para el radiólogo.

* *

No concede Gutmann gran importancia a la gastroscopía como medio de exploración para el diagnóstico del cáncer del estómago en su principio. Pero al llegar a este punto, justo es precisar conceptos, para evitar interpretaciones equívocas.

Gutmann emplea gastroscopistas en su servicio, a los que envía los enfermos susceptibles de la exploración, después de que han pasado por las secuelas de la exploración clásica. Siempre le oí decir que la gastroscopía no puede suplir una serie de clichés bien hechos y mejor interpretados. Admira a Schindler, creador del actual gastroscopio, y le da enorme valor al procedimiento en lo que respecta a las gastritis.

Pero en lo que respecta a las fases iniciales del cáncer, su opinión es distinta, y esa opinión es el resultado de una gran experiencia y de la experiencia de exploradores como Moutier, Henning y René Chevalier, verdaderamente hábiles en el manejo del gastroscopio. En esas condiciones, el diagnóstico precoz del cáncer gástrico es para Gutmann un asunto erizado de dificultades y en muchos casos insoluble.

* *

Capítulo especial dedica al quimismo gástrico desde el punto de vista del objeto de su libro. Analiza cuidadosamente todas las opiniones, subraya estadísticas, estudia factores como el sexo, como la extensión de la lesión, como hechos que pueden explicar las alteraciones del quimismo.

Porque por poco que hurguemos en nuestros conocimientos, recordaremos que se nos ha dado como hecho constante, casi patognomónico, el de que todo canceroso gástrico es anaclorhídrico. Gutmann establece que en las fases iniciales, el quimismo no aporta ningún apoyo al diagnóstico. Sigue siendo un método que tiene interés puramente científico. Se trata de buscar en el jugo gás-

trico —y algún día habrá de encontrarse—, métodos o sustancias que ayudarán al diagnóstico. “Por el momento —y transcribo literalmente sus palabras—, en el estado actual de la ciencia, se puede decir que, al querer ayudarse del quimismo para despistar precozmente un cáncer gástrico, se tienen las mismas probabilidades de éxito que si se tuviera en cuenta el sexo del enfermo, su morfología general, o el color de sus cabellos”.

* *

Menos decepcionante, aunque no deja de serlo, es el estudio de las hemorragias ocultas. Para establecer conclusiones, Gutmann enumera y analiza todas las reacciones conocidas, hace el estudio de la investigación de la deuteroporfirina, con el procedimiento para determinarla, y plantea el estudio diferencial de las hemorragias, de las benignas y de las malignas.

Afirma, en resumen, que la persistencia de hemorragias a pesar del tratamiento, es un síntoma de valor, pero no patognomónico. Que la ausencia de hemorragias en las fases de principio quita a este signo una gran parte de su interés, y que la detención del escurrimiento sanguíneo puede observarse en el cáncer. Total: que es un medio que puede proporcionar las más grandes incertidumbres.

* *

No podía faltar en una obra de la índole de ésta, el capítulo dedicado a las reacciones serológicas desde el punto de vista de la especificidad diagnóstica. Las analiza todas; y concluye que en el momento actual, es interesante practicar sistemáticamente, en cada caso —y él lo hace— cierto número de reacciones y estudiar la sedimentación globular. Pero estos hechos deben destinarse más bien a suministrar elementos para ensayos de patogenia y de diagnóstico precoz, que a aportar argumentos decisivos y de importancia clínica.

* *

Llegamos al capítulo del tratamiento. Me adelanto a lo que seguramente piensan los que me escuchan. Y el autor del libro sale a nuestro encuentro: “Capítulo que todos habrán de conside-

rar superfluo, porque el camino más fácil y de menor esfuerzo lo señala una sola palabra: gastrectomía"! Pero contra esta aparente simplicidad, varios obstáculos se yerguen.

El cirujano, en el momento quirúrgico, puede ver y sentir una lesión tan insignificante que la declara benigna y practica la gastro-enterostomía. El cirujano, en ciertos casos más precoces, o especiales —cáncer muco-erosivo—, ni ve ni siente nada anormal, y cierra el vientre pensando en un error de diagnóstico. Y el último obstáculo lo constituyen las llamadas lesiones precañcerosas.

Magnífico capítulo que es el coronamiento de la obra. Señala los casos de cáncer ulceriforme de apariencia benigna, ante los ojos y las manos del cirujano, y dice: "que si agrupara los casos vistos por él de lesiones malignas, tomadas por úlceras, que fueron objeto de gastro-enterostomías, formaría con ellas un bello batallón de muertos".

Esos hechos llevan al autor a una conclusión absolutamente clara y terminante: ni viendo, ni palpando, ni sobre los caracteres de la lesión, ni sobre los del estómago, ni sobre el aspecto de las ganglios ni sobre nada, puede el cirujano juzgar si una lesión es benigna o maligna. Y los cirujanos que están avezados a esta clase de trabajos, convendrán en que tiene razón. Yo, que no soy cirujano, pero que con ellos opero, veo que los estudios anatómo-patológicos nos dan resultados inesperados, opuestos infinidad de veces a lo que creímos que existía, teniendo el vientre abierto.

Noblemente declara Gutmann que esa afirmación no disminuye ni el papel ni la importancia del cirujano. Es lo mismo que decir a un médico, por eminente que se le suponga, que no puede hacer un diagnóstico viendo a la simple vista un frotis de sangre sobre una lámina.

En resumen: las dimensiones de una lesión gástrica no permiten al cirujano juzgar sobre su naturaleza. Tampoco su consistencia: una úlcera puede ser dura; un cáncer puede ser blando. No son la vista ni el tacto los que hacen un diagnóstico de cáncer. En este punto el autor es terminante, rotundo, categórico: "es antes de la operación cuando debe hacerse el diagnóstico, gracias a la observación, a la evolución clínica-radiológica, interviniendo en esa

labor personas competentes y de calidad, al corriente de estos problemas”.

De paso discute a Finsterer, ese gran creador de cirugía gástrica, que afirma que la palpación de la lesión entre dos dedos permite llegar a conclusiones sobre la benignidad o malignidad de ella. Porque Finsterer llega a afirmar que esa exploración digital del interior del estómago es, para el diagnóstico del cáncer que principia, un método más fácil y más seguro que la radiología y la gastroscopía. Gutmann no puede aceptar semejante criterio. “Si es evidente, como afirma Finsterer, que el examen histológico es decisivo, Gutmann estima que la gastrectomía debe ser la resultante de un diagnóstico, y de ninguna manera su primer tiempo”.

Los estados precancerosos sirven para que el autor manifieste su desacuerdo con Menetrier y otros sobre la concepción gástrica del cáncer. Cuántas veces, en un enfermo con tales o cuales trastornos gástricos, colocamos la etiqueta de gastritis. En realidad, ese enfermo es un canceroso, en quien un estudio más cuidadoso nos pone en el camino de la verdad. Pensamos que por las mismas razones pasa a segundo plano aquella teoría de la metaplasia evolutiva, tan apasionada y brillantemente defendida en su época por Félix Ramond.

En suma, que el capítulo del tratamiento lo hace girar Gutmann alrededor del diagnóstico exacto, preciso, de la lesión: “larga experiencia clínica, calidad perfecta de los clichés, conocimiento profundo de la radiología digestiva, comprendiendo en particular el entrenamiento visual necesario para separar los pequeños aspectos subnormales que pueden descubrirse sobre cada película, y los aspectos patológicos que se inician. Accesoriamente, en gastroscopía, claridad, persistencia y carácter irrefutable de los aspectos observados.

* * *

No he de hacer interminable esta nota, y mucho menos emitiendo opiniones sobre temas que no me son propicios. El capítulo de anatomía patológica constituye una novedad en técnicas, en investigaciones sobre un asunto que, por ser nuevo, ha debido requerir entrenamiento especial. Peristiany, colaborador de Gutmann, ha trazado ese capítulo con toda clase de detalles, con gran

acopio de clichés de piezas anatómicas y de preparaciones histológicas, que deben merecer la atención de los que cultivan esa rama.

* * *

¿Quiere todo lo anterior, decir que el libro es una obra perfecta? No diría yo tanto. Su publicación entraña estudios detenidos, observación prolongada, coleccionar imágenes y clichés en cantidad ilimitada y selección de ellos. Es un aviso a los que esperan el período de la inoperabilidad para diagnosticar el cáncer gástrico, la fase de tumor palpable, de signo de Troissier, de imágenes lacunares que denuncian una víscera implacablemente corroída; es una tabla de salvación para los que más tarde estarán perdidos; para los que ya no son susceptibles más que de recibir aquel beso que en la frente daba Tillaux al canceroso inoperable.

Por el momento este libro levantará encoñadas críticas. Lo mismo las levantaron los "Síndromes dolorosos de la región epigástrica", que pusieron ante nuestros ojos una gastroenterología enteramente nueva. Habrá quien juzgue exageradas sus afirmaciones; pero ellas están avaladas con hechos que relata y que presenta, escuetos, elocuentes. Poco a poco iremos viendo, confirmando todo lo que hoy se juzga atrevido.

René Gutmann se adelanta a las críticas. Piensa que habrá quien diga que, si encuentra esos pequeños tumores malignos, es porque haciendo operar a todos sus enfermos, es natural que en algunos encuentre lesiones iniciales. Pero al mismo tiempo hace constar que todos sus enfermos se encaminan a no someter jamás a ningún enfermo a una operación inútil. Ninguno de sus enfermos llega al cirujano sin un diagnóstico preciso. "Tenemos el derecho de decir —agrega— que nuestras verificaciones operatorias son el resultado de una disciplina pacientemente adquirida y largamente madurada".

Igualmente superficial, es la crítica en el sentido de que habrán de practicarse gastrectomías en estómagos sanos de cáncer. Responde que el diagnóstico es la base del tratamiento, y que para no caer en esos errores, sólo se requiere "estudio, preparación, observación, sentido de responsabilidad".

"Y si agotados todos mis argumentos, no se quiere adoptar mis puntos de vista, hay un medio para escapar de las dificultades

que ellos envuelven: esperar. La lesión habrá de desarrollarse y se encargará de disipar todas las dudas". Triste medio de adquirir el convencimiento; y al hojear su libro se verá cuántos han hecho eso mismo: "esperar". Y la espera ha proporcionado desastres que allí están consignados prolijamente.

"Pero en materia de diagnóstico de cáncer, —dice Gutmann—, no debemos olvidar jamás que es en su principio cuando se decide el destino del enfermo que se entrega a nosotros. Cueste lo que cueste, debemos fijar nuestra posición a lo largo de un camino cuyos dos extremos son bien claros: el máximum de responsabilidad y de bellas curaciones, y el máximum de certidumbre y de bellas autopsias".

CENTENARIO DEL NACIMIENTO DEL DR. EDUARDO LICEAGA

El Dr. Licéaga, Miembro de la Academia Nacional de Medicina

Por el Dr. ALFONSO PRUNEDA,
Secretario Perpetuo de la Academia.

Cabe a la Academia Nacional de Medicina, la íntima satisfacción de haber iniciado que se conmemorara, como se está haciendo, el centenario del nacimiento de un ilustre médico mexicano, el Doctor Eduardo Licéaga, que prestó a nuestro país eminentes servicios. Y la Academia se siente aún más complacida, porque se han dignado asociar a este homenaje justísimo, el Departamento de Salubridad Pública, que honra así a quien tanto combatió en favor de la higiene, y la Facultad de Medicina, que recuerda a quien por largos años fuera su catedrático distinguido, y, sobre todo, su austero y activo director.

La Academia estaba obligada a contribuir a que no pasara inadvertido este centenario, porque el Dr. Licéaga fué uno de sus miembros más prominentes, la honró en numerosas ocasiones con su valiosa contribución científica, y, en diversas formas, contribuyó a su progreso.

* Leído en la velada conmemorativa que se efectuó el 13 de octubre de 1939 en la Sala de actos de la Academia Nacional de Medicina.