

## VALOR DEL DIAGNOSTICO PRECOZ Y DE LAS OPERACIONES ENSANCHADAS EN EL PRONOSTICO DEL CANCER (\*)

Dr. Martín Miqueo Narancio

En Agosto de 1947 el Instituto de Radiología y Ciencias Físicas de la Facultad de Medicina, entonces bajo la dirección del malogrado Profesor Pedro Alberto Barcia, celebró un importante ateneo para tratar el estado actual del problema del cáncer gástrico. En estas reuniones, a las que concurrieron lo más distinguidos especialistas médicos y quirúrgicos del país se expusieron diversas opiniones de alto valor sobre tan paoroso problema. El Prof. Barcia, con la genialidad que lo caracterizaba, nos hizo entonces el alto honor de designarnos para recopilar las opiniones vertidas y darla a publicidad, una vez ajustadas a nuestra manera de pensar sobre el particular. Así lo hicimos al año siguiente en folleto editado por la Asociación Uruguaya de Lucha contra el Cáncer (Serie C. N° 6) (1). En dicho folleto destinado a la clase médica del país, nos ceñimos esquemáticamente al "slogan" de la American Cancer Society en su lucha por mejorar el pronóstico alejado del cáncer en general: "Diagnóstico precoz, tratamiento efectivo, mejores resultados". Pero no lo hicimos sin antes dejar sentadas en nuestro fuero íntimo importantes reservas mentales; creemos hoy llegada la ocasión de exponer públicamente cuáles eran esas reservas mentales y por qué.

"Diagnóstico precoz, tratamiento efectivo, mejores resultados". Síntesis apretada de una manera de encarar el problema del cáncer, este "slogan" es repetido hasta el cansancio en todos los círculos médicos y en todas las asambleas de divulgación cien-

---

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 13 de junio de 1951.

tífica popular de los Estados Unidos, el Uruguay, y docenas de otros países. Y como todos los "slogans" repetidos hasta el infinito, lleva tal fuerza de convicción que existe la tendencia a dar por sentada su verdad sin tomarse el trabajo de examinarlo debidamente.

Síntesis apretada de una manera de encarar este problema, decimos, porque afirma que la curabilidad del cáncer está en razón inversa del tiempo transcurrido desde la iniciación de sus síntomas. Es decir: Cáncer joven en edad igual a cáncer sin metástasis, igual a cáncer localizado, igual a cáncer curable; a condición de efectuar una terapéutica efectiva. E inversamente: Cáncer avanzado en edad igual a cáncer con metástasis, igual a cáncer generalizado, igual a cáncer incurable. Ello implicaría la teoría de que el cáncer seguiría sin desviación una línea uniformemente continuada que desde la lesión precancerosa, arranca con la inducción de la enfermedad por causas hasta el presente desconocidas, sigue por el período de enfermedad local, latente o con síntomas iniciales o confirmados, atraviesa el período de invasión regional con metástasis ganglionares y finalmente arriba al período de generalización. No toma en cuenta las posibles desviaciones de esta secuencia ni los arrestos en la progresión de tal línea, salvo aquellos derivado del tipo de neoplasia, su mayor o menor malignidad, etc.

Tal simplificación del problema, solamente aceptable de un modo esquemático con fines de propaganda anticancerosa, se nos revela como absurda a poco que profundicemos en él.

En efecto, si los mejores resultados dependiesen del diagnóstico precoz de la enfermedad y siempre que la terapéutica haya sido adecuada; los resultados serían mejores en aquellos lugares en que los diagnósticos fuesen más precoces por obra de una intensiva campaña de educación sanitaria de la población en general y de la clase médica en particular. En realidad pasa todo lo contrario.

Es clásico el ejemplo citado por MacDonald (2) de los resultados obtenidos en lugares escogidos del estado de Connecticut, Estados Unidos, donde durante más de 20 años las campañas anticancerosas han dado como resultado un número apreciablemente mayor de cánceres llamados "precoces", los cuales han sido tratados con gran despliegue de toda clase de medios.

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

CIFRA DE MUERTES POR CANCER EN SITIOS ESCOGIDOS DEL ESTADO DE CONNECTICUT DESDE 1937 A 1948. POR 100.000 HABITANTES Y POR SEXO

Sitio	(1937)		(1948)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Aparato digestivo	74	62	94	72
Seno		30		37
Utero		25		21
Aparato respiratorio	11	5	29	6
Aparato urinario	11	5	13	8

Estas cifras tomadas en el amplio sentido que poseen, están abiertas a discusión desde que podría objetárseles que son explicables por un aumento general de la morbilidad por cáncer. A pesar de ello son extraordinariamente sugestivas. Tratemos ahora de circunscribir más el problema.

Nuestra experiencia personal en el caso del cáncer gástrico es muy pequeña si se la compara con la de otros cirujanos e instituciones, pero aun siendo tan pequeña ella es la causa de las reservas mentales con que suscribimos nuestro folleto de 1948. En efecto, desde 1945 a 1949 hemos operado 70 casos de cáncer gástrico debidamente comprobados y los resultados obtenidos en términos de extirpabilidad con relación a la precocidad del diagnóstico son los siguientes:

Duración de los síntomas	Operados	Extirpados	Tasa de extirpab.
0      3 meses	16	2	12.5 %
3      6 meses	20	6	30.0 %
6      12 meses	9	2	22.2 %
12     18 meses	13	3	23.0 %
1 ¼ años    3 años	7	2	28.5 %
3      6 años	4	1	25.0 %
Duración desconocida	1	1	
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>17</b>	<b>24.2 %</b>

Aunque no se nos escapa lo difícil que es precisar la fecha del primer síntoma del carcinoma gástrico, hemos puesto siempre especial cuidado en determinarlo basándonos para ello en la iniciación de un síntoma dispéptico cualquiera que él sea o el cambio más ligero experimentado en una dispepsia preexistente.

Esta pequeña experiencia es insignificante si se la juzga en

términos de cifras, pero es harto importante desde nuestro punto de vista personal, porque ella es el producto de años vividos en este problema. Dentro de su absoluta modestia concuerda hasta cierto punto, con la imponente estadística mucho más completa ciertamente, de la Mayo Clinic según la relatan Walters, Gray y Priestley (3). Hela aquí:

MAYO CLINIC. CARCINOMA GASTRICO (1907-38) EXTIRPABILIDAD, MORTALIDAD OPERATORIA, TASA DE SUPERVIVENCIA DE 5 AÑOS SEGUN LA DURACION DEL PRIMER SINTOMA:

¡ PACIENTES EXTIRPADOS

Intervalo	Total	Número	Tasa	5 años		
				Tasa	Pac. seg. Tasa	
	pac. op.		extir.	mort.		
0 - 3 meses	1.127	403	35,8 %	20,8 %	259	20,8
4 - 6 meses	1.182	497	42 %	20,5 %	326	28,5
7-11 meses	805	342	42,5 %	18,4 %	241	23,2
1 - 2 años	996	448	45 %	17,2 %	324	27,2
3 - 4 años	280	151	53,9 %	12,6 %	109	38,5
4 - 5 años	209	95	45,5 %	8,4 %	76	32,9
5 y más años	1.156	604	52,2 %	12,1 %	439	35,5
Total	6.242	2.772	44,4 %	16,2 %	1.951	28,9

Con estos resultados concuerda La Due (4) en años más recientes, desde que en 1950 afirma, después de examinar exhaustivamente las historias de más de 1.000 pacientes con carcinomas gástricos extirpables e inextirpables, que la duración de la enfermedad no tiene ninguna relación con la extirpabilidad o curabilidad de la misma. Por su parte Saypol e Hinton (5) afirman que la extirpabilidad, evolución y posibilidades de curación son mejores en el período comprendido entre 1 ½ y 3 años, a partir de la iniciación de los síntomas.

Estos resultados concordantes deben ser examinados críticamente, pero desde ya nos llevan a dos conclusiones principales:

a) A no colocar indebido énfasis en el diagnóstico precoz del cáncer gástrico como índice de curabilidad de la afección, si bien está por cierto muy lejos de nosotros el pretender que deba dejarse de lado todo esfuerzo en ese sentido;

b) A no negar jamás el recurso de la laparotomía exploradora a ningún canceroso gástrico sin contraindicaciones forma-

les para ella, por larga que sea su historia y por avanzada que creamos su enfermedad. No hay que olvidar que hace más de 10 años Pack y sus colaboradores (6) afirmaban que un 20 a 25 % de carcinomas gástricos están todavía localizados en el estómago en el momento de la muerte del enfermo, sin metástasis de ninguna clase, según lo prueban largas series de autopsias.

Lo que hemos dicho acerca del neoplasma gástrico se repite en cánceres de otras localizaciones, hecho sobre el cual no nos extenderemos para no fatigar al distinguido auditorio.

En un esfuerzo sin duda noble y loable de combatir esta enfermedad, y ante el evidente fracaso de los resultados derivados del método del diagnóstico precoz, estamos viviendo ahora la era de las operaciones ensanchadas con sacrificio de uno o más órganos vecinos. Esta corriente que tiene como máximo exponente al Dr. Alejandro Brunschwig, primero de Chicago y ahora cirujano del Memorial Hospital de New York City, llega a su máxima expresión en las llamadas "exanteraciones", algunas de las cuales hemos tenido la desgracia de presenciar. Es inconcebible, a nuestro modo de ver, que cirujanos avezados y distinguidos crean que es posible, por ej., extirpar un carcinoma gástrico *con propósitos curativos* cuando, además de todo el órgano, acompañan a dicha víscera en la extirpación parte del lóbulo izquierdo, el bazo, la mitad del páncreas, el colon transversal, un par de metros de intestino delgado, una apreciable parte de la pared abdominal anterior y una no menos apreciable de la cúpula diafrágmatica, de lo cual hemos sido testigos. Tales intervenciones hechas en casos tan avanzados no pueden tener ninguna esperanza de curación y su resultado en la casi totalidad de los casos consiste en acelerar, a veces de manera fulminante, el tránsito terreno del pobre enfermo. Cuando la pericia del cirujano, la labor de su equipo, los cuidados postoperatorios, el destino o la suerte le ayudan a sortear tan terrible trance, la recaída a breve plazo es la regla, en medio de torturas físicas y morales aun mayores muchas veces que las de la primitiva enfermedad.

El cáncer gástrico tiene netas y claras fronteras de inextirpabilidad, que no voy a enumerar porque ustedes las conocen mejor que yo, más allá de las cuales no hay esperanza de curación. Nada mejor pues, nos parece, que transcribir aquí las tex-

tuales palabras de un gran cirujano, a quien nadie podrá negarle capacidad, pericia, coraje y sana filosofía quirúrgica, el Dr. John Garlock del Mount Sinai Hospital de New York, quien dice, refiriéndose al carcinoma del esófago, en cuyo campo tantas y tan valiosas proezas ha realizado: "Metástasis hepáticas, implantaciones peritoneales, invasión extensa de los ganglios retroperitoneales y fijación del tumor a estructuras vitales, simples o combinadas, son caracteres de inextirpabilidad. El autor tiene fuertes convicciones acerca de llevar a cabo procedimientos quirúrgicos extensivos con propósitos solamente paliativos. No ve ninguna excusa en someter al paciente al riesgo considerable que tales operaciones entrañan, cuando es obvio que no hay esperanza alguna de erradicar la enfermedad. Realmente no hay ninguna cuestión moral en juego en esto, y cuando todo se ha dicho y hecho, es evidente que la operación no ha sido sino un ejercicio gimnástico para el cirujano." (7).

Todo lo contrario acontece cuando cirujanos y maestros de la talla de Frank Lahey proponen la gastrectomía total para los pequeños cánceres gástricos, aparentemente muy localizados. Las razones de esta terapéutica agresiva y radical, en casos considerados precoces, las da el propio Lahey en el editorial publicado en Surg. Gyn. y Obst., pág. 246, Vol. 90, Febrero 1950 y su lectura debe hacer meditar a todo aquel que se encuentre embarcado en este azaroso problema. El tiempo dirá su última palabra, pero nos parece con Mac Donald que poco puede esperarse de este nuevo método cuando el cáncer de un particular enfermo es de tan terrible malignidad como para infiltrar todas las tunicas gástricas y nódulos vecinos en un muy corto lapso.

En resumen: traemos a esta alta asamblea científica una inquietud basada en hechos. De los distinguidos componentes de la misma esperamos obtener, con sus ideas y sugerencias, mucho más de lo que hemos venido a dar; es decir: una luz que no tenemos. Hasta la fecha, en el viejo problema del agente mórbido y el terreno sobre el cual actúa, la racional de la terapia anticancerosa, dando una indebida importancia al diagnóstico precoz, sólo ha visto el primero desestimando el segundo. En nuestra modestísima opinión creemos que alborea en el horizonte la era en la cual el terreno volverá a recobrar su perdida importancia. Y no

olvidamos ciertamente el recuerdo de hombres que, con las mismas inquietudes, algo vislumbraron que quizá el futuro nos dará; y en tal sentido vuelven a nuestra memoria la frase tantas veces oída de labios de nuestro viejo y querido maestro, el Prof. Navarro: "El cáncer no es lo que se ve, sino lo que no se ve".

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) MIQUEO NARANCIO, M. — Estado Actual del Problema del Cáncer Gástrico, Impresora Uruguaya S. A., Montevideo, Uruguay, 1948.
- 2) MACDONALD, I. — Biological Predeterminism in Human Cáncer, Surg. Gyn. y Obst., p. 443, vol. 92, Number 4, Abril 1951.
- 3) WALTERS, W., GRAY, H. K., PRIESTLEY, J. T. — Carcinoma y otras lesiones malignas del estómago. Edición Española. Salvat Editores S. A., Barcelona-Buenos Aires, 1946.
- 4) LA DUE, J. S. et al. — Symptomatology and diagnosis of gastric cancer. Arch. Surg., 1950, 60 : 305.
- 5) SAYPOL, G. M. y HINTON, J. W. — Statistical review of carcinoma of stomach. Am. J. Surg., 1941, 54 : 431.
- 6) PACK, G. T. y LIVINGSTON, J. M. — Treatment of Cancer. Paul Hober Co. Philadelphia, 1939.
- 7) BAMCROFT, F. W. y WADE, P. A. — Surgical Treatment of the Abdomen. Pág. 373. J. B. Lippincott Co. Philadelphia, 1947.

**Dr. Stajano.** — Llegué un poco tarde; estoy un poco desorientado con lo que ha leído el Dr. Miqueo. No pude percibir lo anterior, pero por lo que oí me impresionó que según las estadísticas que mencionaba hace un momento, a medida que se prolonga el tiempo de evolución del neoplasma, no sé si entendí bien o mal, mejoraba el porcentaje de sobrevida, a los cinco años?

**Dr. Miqueo.** — Exacto.

**Dr. Stajano.** — Y mejoraba el porcentaje de mortalidad operatoria. Realmente eso me llenó un poco de desconcierto de acuerdo con lo que nosotros vemos o apreciamos en el curso de nuestra práctica que nunca puede ser ni parecida a lo que pueden nombrar estos autores que ven miles de casos. En realidad me desconcierta un poco: la posibilidad de un resultado que para mí es paradójico, y si hay algo que nos preocupa a nosotros, cirujanos, es operar precozmente para tratar de evitar las consecuencias de un tumor que ha pasado su período evolutivo, de operabilidad, es decir operar en una forma más precoz, creyendo con eso que mejoramos la mortalidad operatoria y la mortalidad a los cinco años y elevamos el porcentaje de sobrevida, y por lo que oí, parece que es al revés, no sé si oí mal, pero es así. Es algo que choca, y que impresiona

y posiblemente al Dr. Miqueo le ha impresionado en el mismo sentido, por eso lo presenta.

En cuanto al problema de extensión, al problema de la operabilidad del cáncer y las operaciones cada vez más ensanchadas, al punto de seguir la orientación actual, de hacer gastrectomías totales en los cánceres, posiblemente en los cánceres operables precozmente, es otra de las cosas que también se ve que la gente actual está orientada en ese sentido, para obtener curabilidad total en los cánceres incipientes. Es evidente que es una cirugía de gran extirpación y de gran mutilación la gastrectomía total y a propósito de algún caso que hemos visto de gastrectomía total, es tal la cantidad de desajustes funcionales, fisiológicos del enfermo gastrectomizado, la descomposición por así decir del funcionalismo orgánico del gastrectomizado total que realmente uno se pregunta si el porvenir de la gastrectomía total con la finalidad de curar un cáncer incipiente puede tener compensación con todo el desarreglo de nutrición que origina la supresión total del estómago, y eso lo comentábamos esta mañana en la Clínica a propósito de un caso que tenemos. Cambia fundamentalmente la situación de un gastrectomizado del que se deja un pedacito de estómago, alto, gastrectomía subtotal, y es tan distinta la evolución y pronóstico de estos sujetos que realmente uno se pregunta qué porvenir le espera a la gastrectomía total dentro de unos cuantos años, cuando se vea la realidad de los inconvenientes funcionales y nutritivos que aparecen como consecuencia. Son tamaños inconvenientes de orden general los que abren un punto de interrogación por el momento.

Otro punto que tocó, que me parece muy acertado, el Dr. Miqueo, uno que ha visto cánceres de toda clase, no es la cuestión de la posición anatómica, ni de tamaño del tumor, ni de propagación ganglionar del cáncer, sino que hay algo más: no es lo anatómico que se ve, sino que es lo biológico y funcional que no se ve, que es lo que podría llamarse la malignidad biológica de los cánceres y es una cosa que no se puede registrar y que es evidente que existe. Hay un cáncer pequeño, chiquitito del estómago, que evoluciona con una progresión extraordinaria en seis meses, un año y hay otros cánceres gigantes y grandes, infiltrados posiblemente en las paredes gástricas, como los casos que constantemente repito en la clínica, de un cáncer que operé en el Hospital Italiano, que vino con un síndrome pilórico avanzado, un estómago en el que no pasaba una gota de agua y lo operé; un tumor palpable, sabemos que un tumor palpable es teóricamente inoperable, lo operé lo mismo porque se debe operar siempre y me encontré con un neoplasma que invadía píloro, pequeña y gran curva y sólo un pedacito de pared gástrica normal en el fondo del estómago. Sin embargo hice una gastroenterostomía altísima convencido que no funcionaría por la posición. La sorpresa más grande fué que en este sujeto funcionó su boca desde el primer momento y le dí el alta a los ocho o diez días, no recuerdo, y se fué a Paysandú y le mandé una carta a un médico diciéndole que tendría una invasión de la neo-boca al mes, quince días. Al año, me mandó decir que el enfermo

estaba perfectamente bien. Me mandó una caja de conserva de perdices, porque tenía una fábrica de conserva; a los dos años me mandó otra caja de conserva de perdices; entonces me asusté, convencido de que había equivocado, que no era un neoplasma, que podía ser otra cosa. A los tres años le dije que viniera, se sentía muy bien, y tenía una carcinosis peritoneal gástrico avanzada, prácticamente total a los tres años. Quiere decir que hay cánceres de baja malignidad. Es un ejemplo gráfico que repito sin cesar, de manera que la malignidad biológica tiene más importancia en conocerse y apreciarse y ojalá que pudiéramos precisarla algún día para poder mejorar el medio de nuestros pronósticos quirúrgicos. Creo que el problema en nuestro futuro, como perseguidores del mal en el cáncer de estómago, es el día que nuestros medios de investigación permitan conocer la malignidad biológica de los cánceres y no como hoy que nos valemos del criterio puramente morfológico, de extensión, de mayor o menor infiltración, que es una cosa groserísima frente a la complejidad del proceso de la cancerización de los tejidos, que no quiero tocar, pero que es el comentario que me sugiere la comunicación interesante del Dr. Miqueo.

**Dr. Etchegorry.** — Lamento no haber conocido el trabajo del Dr. Miqueo, porque realmente es un trabajo para reflexionar y no para improvisar la contestación aquí. Tiene unas consecuencias a mi modo de ver bastante amplias y grandes. Por de pronto, una cosa es evidente, y es que está demostrado y cuando los años aumentan en cada cirujano, como le sucede a Miqueo, que tienen que creer que los cánceres pueden durar cuatro, cinco años, sin dar la patada como se dice corrientemente. Existen cánceres que marchan tan lentamente, que cuando se llega al diagnóstico exacto hace cuatro o cinco años que están exhibiéndose y no se han diagnosticado porque el enfermo no ha creído del caso ver al cirujano.

En este momento tengo una enferma en esas condiciones, cuya historia es muy compleja e interesante y que se ha hecho diagnóstico de neoplasma, gracias a una insistencia un poco caprichosa mía, no sé por qué, no me lo tomo como mérito, que conste; ya que he insistido no sé por qué. Todo el mundo la trataba como a una mental y en realidad tenía un neo que evoluciona desde hace 4 años.

El segundo punto en que insiste el Dr. Miqueo, que es sumamente interesante, es a propósito de la consecuencia de esta precocidad o tardanza en el diagnóstico; el resultado final operatorio es en estos cánceres, dijo el Dr. Miqueo, idéntico en todos los cánceres, inclusive los del seno; es una vieja noción que se ha abandonado y me alegra que los norteamericanos la vuelvan a poner sobre el tapete, por cuanto el profesor Le Dentu, hace más de 25, 30 años, quizás el Dr. Prat lo recuerde, en una discusión en la Sociedad de Cirugía de París, a propósito del cáncer del seno, se levantó, se elevó, por decir un galicismo, se elevó contra las mutilaciones americanas y dijo que por más que saquemos, aun mismo la parrilla costal, había cánceres que van a recidivar; conser-

vemos el gran pectoral que da a la mujer sensación de bienestar y estética que difícilmente podemos sustituir con ninguna plástica.

Le Dentu, que tenía más de 89 años, dijo eso en la Sociedad de Cirugía de París, en medio de la sonrisa de todos los jóvenes. En este país, un cirujano no tan viejo como el citado, Mérola, sostenía la misma tesis; es justo hacerle justicia a Mérola; muchos años después he visto a operadas de Mérola en las que él conservaba el gran pectoral.

Aprovecho esta oportunidad para decirlo; basado en datos anatómicos precisos en la intervención del neoplasma de seno, conservaba el gran pectoral. El Dr. Vigil publicó la técnica en una revista argentina. Quería decir, pues, que esas ideas que aparecen actualmente en el tapete de las revistas americanas, es un asunto que felizmente para nosotros ha sido traído de nuevo; los que creíamos en las ideas de aquellos viejos, así lo pensamos.

En cuanto a la gastrectomía total son los años los que van a opinar; lo que se dice en el papel es muy bonito; cuando se le traslada a los hechos es otra cosa. El Director de Lucha Anticancerosa en Estados Unidos, publicó un artículo que creo casi nadie ha leído, sobre qué es el cáncer, y habla de la gastrectomía total y de si valía la pena vivir con una mutilación tan importante que le obligaba a un hombre de cierta edad arrastrarse, privándose de todo lo que le gusta, tomando ocho o diez veces al día un régimen vitamínico, y llevar una vida de esclavo; dice francamente que no. Yo no sé, a mí me hubiera puesto en la disyuntiva.

**Dr. Prat.** — El problema del cáncer es realmente un problema de lo más complejo que tiene la Medicina, y decepcionante en sus resultados y como lo han manifestado muy bien aquí, no se puede improvisar una contestación a ese trabajo que presenta el Dr. Miqueo y realmente uno tendría que rever estadísticas, rever sus técnicas y sobre todo poner un poco de orden en las ideas que uno podría expresar en esta reunión.

Por lo pronto, como elemento fundamental, voy a tomar en cuenta la declaración que surge del trabajo del Dr. Miqueo, que parece que estableciera así como una conclusión categórica, que el cáncer operado tardíamente, esos cánceres que evolucionan durante tres o cuatro años antes de la operación y en los que se tienen mejores resultados que en los operados, no digo precozmente, porque sería antes de tiempo, pero sí de diagnóstico inicial, oportuno, lo más cerca posible de su iniciación y en ese sentido, me declaro terminante y categóricamente contra esta posición, y no es porque ponga en duda la opinión honesta de estos cirujanos, no; porque como diremos a continuación, veremos que hay hechos que parecen comprobarlo. Contra esa opinión podría establecer esta pregunta: estos cirujanos que admiten que a los 3, 4 o 5 años, que admiten que operan y curan a esos enfermos, si ellos tuvieran un cáncer de estómago, ¿esperarían ese tiempo para operarse? Creo que no, se operarían lo más oportunamente posible y para mí eso es la sanción más categó-

rica de que el cáncer hay que operarlo siempre lo más pronto posible, hay que operarlo siempre en estado incipiente y oportunamente.

En nuestro medio es realmente un desastre el diagnóstico oportuno, el diagnóstico de cáncer incipiente. Cuando actuaba en el Instituto de Clínica Quirúrgica, pude establecer que de 12 a 16 cánceres de estómago, sólo en uno se podía hacer una extirpación que se consideraba completa y total; en la mayoría eran operaciones de alivio y en otras no había más que abrir y cerrar el abdomen de estos enfermos, sin hacerle absolutamente nada.

Esta es una práctica común y corriente en nuestro medio, y de ahí los malos resultados, que han sido pavorosos, desastrosos. Ahora bien, ¿por que es así? En este momento estamos comprobando que cirujanos ingleses de gran categoría, de gran técnica quirúrgica, que han establecido series grandes de casos, que hacen la terapéutica completa del cáncer del seno y hacen la extirpación amplia, lo más amplia posible, como nadie lo ha hecho de la glándula y de todo el elemento linfático, y han tenido resultados que no los conformaron. Han realizado otra serie de tratamiento donde sólo han hecho radioterapia o extirpación simple de la mama y hasta en algunos casos no han hecho nada, y lo paradójal del caso es que han tenido resultados con la radioterapia y la extirpación simple de la mama, como con las extirpaciones completas; esto es decepcionante y hay que contralorear bien estas terapéuticas y resultados paradójales. Creo que los cirujanos estamos obsesionados por la propagación del cáncer por la vía linfática, pero olvidamos que hay otras vías de propagación y muy a menudo lo hemos comprobado en la práctica que cánceres de seno operado en su iniciación y extirpados radicalmente, fallecieron uno, dos o tres años después, por sus metástasis viscerales y que no presentaban ninguna metástasis local. ¿Qué quiere decir esto? Que la lesión cancerosa se propaga a menudo por vía venosa o perineural y pasa esa propagación completamente inadvertida al cirujano y sólo comprobamos las metástasis evolucionadas, en el hígado, pulmón o en los huesos.

Los patólogos americanos han demostrado de manera categórica que el cáncer del intestino, que es conjuntamente con el del estómago en los que el diagnóstico se hace más tardíamente, han podido demostrar que la propagación por vía venosa es del 20 % que no la puede tratar el cirujano y va a dar metástasis a distancia que hemos comprobado en el hígado y también en otras vísceras.

Entonces hay que llegar a conformarse con conductas como la de Blodgood, refiriéndonos a otro tipo de tumores que, como los sarcomas óseos, a los que este cirujano, ya al final de su carrera, prefería no operar porque se morían todos, quiere decir que este problema es un problema extraordinariamente complejo y que seguramente hoy día ignoramos muchos datos de esta Patología que no conocemos; es posible que si en los tumores de mama y en los cánceres de intestino, empezamos a realizar flebografías en el acto operatorio y comprobamos como está ese

aparato vascular, es posible que encontremos ya ciertas metástasis en marcha o que están evolucionando, y que pasan completamente inadvertidas al cirujano, entonces podremos encontrar la explicación de estos hechos que nos parecen paradójales e inexplicables.

Ha sonado la hora, límite de sesión, señor Presidente, y por eso ponemos fin a estas consideraciones que podrían extenderse por mucho tiempo.

**Dr. Vigil.** — No quiero dejar pasar esta comunicación sin felicitar al Dr. Miqueo por este importante trabajo, que lleva a la meditación. Creo como él; que en este asunto de neoplasma, no todo está en el diagnóstico precoz, que es importante y hay que hacerlo, que no debemos dejarnos intimidar por las metástasis, que no debemos dejarnos intimidar por la propagación, que debemos ir a buscar donde está y las vías linfáticas, todo lo posible, pero que con eso no hemos hecho todo.

Me parece que del trabajo del Dr. Miqueo se podría puntualizar tres aspectos importantes.

El primero, la posición del Dr. Miqueo a la que me suscribo totalmente.

El segundo tiempo a lo escrito por Brunschwig, que todos hemos leído los trabajos de Brunschwig y hemos quedado impresionados por su técnica.

Creo que de los neoplasmas gástricos incipientes que Lahey opera con gastrectomías totales, habrá algunos ciertamente que se curan y habrá algunos ciertamente que se mueren y de esos que se curan serían aquellos que el Dr. Miqueo acaba de decir que en las estadísticas figuran teniendo 3, 4, 5 años, y en ese período evolutivo el cáncer ha sido atacado por el cirujano; es el sentido que entiendo que ha dicho el Dr. Miqueo. No vamos a esperar que pasen tres años sin operar, que es una cosa distinta.

Ahora, el otro aspecto al que me suscribo sin limitaciones, es a lo que acaba de decir de las acrobacias quirúrgicas realizadas por algunos autores; ese es realmente un espectáculo que no sabría catalogar del punto de vista moral, o simplemente del punto de vista afectivo, si es posible asistir impávidamente a esos vaciamientos de abdomen que proponen estos cirujanos. Creo que naturalmente son alardes de técnica y que es probablemente que estas técnicas absolutamente fuera de discusión y fuera de propósito en el momento actual, sean la eficaz vía para que en el futuro se puedan plantear operaciones mejores, operaciones más importantes y operaciones más radicales. Creo que estos casos hay que operarlos con la amplitud necesaria, para que el progreso de la técnica sea un hecho, cuando con técnicas más depuradas y con criterio más sano se pueda hacer intervenciones más importantes.

Lo que acaba de decir el Dr. Etchegorry me trae un grato recuerdo, porque yo he trabajado al lado de Mérola y me parece que es necesario hacerle el homenaje que el Dr. Etchegorry le ha hecho por considerarlo

así. Este hombre tenía del cáncer un concepto que cada vez que pasa el tiempo vamos viendo que era el concepto más aceptable y ahora en la Clínica del Prof. Blanco, el propio Prof. Blanco insiste desde hace dos o tres años sobre un hecho que todos vemos y que el Dr. Miqueo acaba de señalar, lo que él llama el cáncer lento. Todos sabemos que en el momento actual se presentan enfermos con tumores palpables, enfermos con neoplasmas de pulmón que han arrastrado su neoplasma de pulmón un tiempo muy prolongado. Todos sabemos que estos enfermos debían haberse muerto y sin embargo todos sabemos que estos enfermos viven, lo que estamos viendo es que quién sabe si la terapéutica quirúrgica aplicada en un momento más o menos oportuno del neoplasma, se libra siempre de los felices efectos para los cuales se aplica, quiere decir en otros términos que no estamos completamente seguros que las grandes o pequeñas, pero sobre todo las grandes exéresis en estos tipos de tumores y de cáncer lento, como dice el Prof. Blanco, sean seguidas siempre de éxitos quirúrgicos que nosotros estamos esperando o deseando.

El otro aspecto muy importante que acaba de tocar el Dr. Miqueo es el del valor estadístico. Absolutamente seguro que en el momento actual, entre nosotros, con nuestra manera de ser, es mucho más difícil que la estadística sea elemento valedero; por otra parte el Dr. Miqueo acaba de señalar en forma más o menos importante ese hecho que lleva a la meditación: estamos absolutamente en la buena vía al afirmar y pegar carteles por la calle para que la gente se toque todas las partes del cuerpo para ver si tiene un bulto, que puede ser un cáncer, y digamos en una especie de tendencia a la cuestión colectiva de lo que nos va a traer una cierta mejoría o no en los resultados definitivos.

Es un hecho que mueve a la meditación y en el cual no tengo autoridad para pronunciarme, pero me llena de duda lo visto en la clínica diariamente.

**Dr. Hughes.** — Quería decir dos palabras a propósito de este problema tan interesante que ha traído el Dr. Miqueo.

El trabajo del Dr. Miqueo se compone de dos capítulos: el primero de los cuales nos lleva a meditar y al que me voy a referir en último término, y el segundo el problema de la cirugía, que como ha dicho el Dr. Vigil de las acrobacias quirúrgicas, y del que no hago uso de la palabra más que para adherirme al concepto sustentado por el Dr. Vigil a propósito de que el espíritu se rebela ante esas intervenciones en el momento actual.

Pero el primer aspecto del problema que quiero precisar y decir es que lo que ha dicho el Dr. Miqueo no es de ninguna manera que se saque como conclusión que el cáncer se debe operar tardíamente: El doctor Miqueo ha fijado un hecho de que los cánceres operados tardíamente evolucionan según las estadísticas, de una manera a veces más favorable que los cánceres operados precozmente, pero estoy absolutamente se-

guro que los que han hecho esas estadísticas frente a un determinado enfermo, no a una enfermedad, operarían no tardíamente, sino precozmente. Quiero decir, dejar sentado, que lo que se debe sacar como conclusión a este respecto es que seguramente hay una diferencia evolutiva entre los cánceres que se manifiestan clínicamente y acuden rápidamente a manos del cirujano frente a los neoplasmas que evolucionan tardíamente y que se operan tardíamente, con buenos resultados. Creo haber entendido que ese es el hecho que se ha sacado como conclusión en el trabajo del Dr. Miqueo, y no que se saque de esta reunión que es mejor operar los cánceres tardíamente que precozmente.

**Dr. Miqueo.** Voy a empezar por agradecer a toda la asamblea la atención prestada, especialmente a aquellos que han hecho uso de la palabra.

Al Dr. Stajano le diré en primer lugar que como él no oyó la primera parte de este trabajo, eso fué el proceso mental. Estas dudas las fuí sacando, a medida de ocuparme, como digo en el trabajo, me he ocupado intensamente en el cáncer gástrico y veía con asombro enfermos tratados, que la enfermedad había comenzado hacía poco, tenían en un cierto número muy importante, enormes tumores inextirpables, mientras que otros que llevaban su enfermedad años, se podía extirpar el tumor, de manera que ahí está cómo nació esa inquietud y entonces fuí a buscar estas estadísticas mucho más autorizadas que la mía y vi que evidentemente, hay una tendencia general a considerar el problema de ese punto de vista.

Con respecto a las manifestaciones de la gastrectomía total, evidentemente he vivido la gastrectomía total, si no como cirujano, por lo menos como observador, en una experiencia quizás anterior a la mayoría de los cirujanos del país, porque cuando estuve en Estados Unidos en 1943, el Dr. George T. Pack, llevaba operados más de 60 casos y evidentemente la vida de esos enfermos no era nada agradable, sin que por eso se mejorasen mucho más las estadísticas operatorias y las estadísticas de supervivencia; naturalmente que él lo aplicaba para los casos avanzados.

Al Dr. Etchegorry le agradezco todo lo que ha dicho, sobre todo refiriéndose al Prof. Mérola, porque él ha traído aquí la palabra de personas que saben observar bien las cosas que tienen entre manos y describirlas de una manera brillante. Ahora, actualmente, cada vez más, estoy leyendo trabajos antiguos para ver el concepto que se tenía 25, 30, 40 años antes, de un problema, comparado con los tiempos modernos.

Las ideas del Prof. Prat yo las conozco perfectamente por cuanto he tenido el privilegio de ser su asistente durante seis años y por lo que el Prof. Prat interpretó de mi trabajo, yo pido disculpas por no expresarlo claramente, pero es evidente que el Dr. Vigil como el Dr. Hughes, le han contestado.

Lo que quería decir en este trabajo, lo que surge de los hechos, no

es que nadie diga que va a esperar un par de años para operar neoplasmas de estómago, pero si un enfermo tiene el primer síntoma hoy, ruidoso, y se hace el diagnóstico dentro de una semana, de la estadística surge que ese enfermo tiene menos probabilidades de curarse que un enfermo que haya arrastrado un cáncer lento, con dispepsias, etc.; se trata de dos entidades diferentes de evolución y malignidad completamente distinta. Por otra parte hay que tener en cuenta de que este trabajo lo he traído a la Sociedad de Cirugía, pero no lo he llevado a la Asociación de Lucha contra el Cáncer ni a ninguna sociedad de divulgación científica, ni lo voy a llevar; lo traje a personas que viven el problema y tienen la capacidad e inteligencia para comprender que una cosa son los hechos en sí y otra cosa que se puede decir de un modo esquemático y de un punto de vista psicológico, no sólo para la masa médica, sino para el pueblo. Hay que hacer todos los esfuerzos para hacer el diagnóstico del cáncer lo antes posible, pero no quiere decir que de ese diagnóstico precoz se vaya a esperar resultados extraordinariamente mejores.

Al Dr. Vigil le voy a agradecer mucho todo lo que ha dicho porque estamos de acuerdo; él mismo ha dicho que está de acuerdo con todo lo que dije yo. El Dr. Vigil se ha referido a cierto aspecto del cáncer del pulmón de otro tipo que no he tratado en el trabajo por no alargar desmesuradamente, pero yo sabía que hay ciertas formas de tumores de los huesos, tipo sarcomas, que evolucionan por empujes, casi como una enfermedad infecciosa; en eso estoy de acuerdo con las personas que tienen experiencia sobre este punto de que es preferible operar al enfermo fuera de ese empuje agudo, dejar que ese empuje termine, porque si no la generalización es la regla a breve plazo.

En cuanto al Dr. Hughes ha interpretado perfectamente lo que yo he querido decir en esta asamblea, y para terminar, naturalmente yo he hecho aquí una crítica a cierta manera de pensar, esa manera traducida en el slogan: Diagnóstico precoz, tratamiento efectivo y mejores resultados. Ahora, como no me gusta hacer una crítica, sin hacer una sugestión de orden constructivo, voy a decir que por un lado estoy completamente de acuerdo con los distinguidos colegas que se han pronunciado acerca de la posibilidad o en fin, del deseo de que se descubran métodos que nos permitan descubrir la malignidad biológica de un tumor y hacer su diagnóstico precoz, pero naturalmente está lejos de nuestro alcance. Como cirujano lo que yo he querido sacar como consecuencia es lo que dije en cierta parte del trabajo, refiriéndome al problema del cáncer gástrico, de que no debemos negar la laparotomía exploradora en un enfermo por más avanzado que nos parezca su cáncer, porque en algunos casos vamos a tener una agradable y beneficiosa sorpresa de extirpar la lesión y curar el enfermo.

Muchas gracias.