

(Servicio de Cirugía del Prof. Horacio García Lagos, Hospital Maciel)

EXTIRPACION DEL CANCER DEL ESOFAGO TORACICO

Victor Armand Ugón, J. M. Alonso Leguisamo, Jorge Lockhart y René Armand Ugón

Desde enero de 1940 hasta el mes de junio de 1943, fueron internados en el Servicio del Prof. H. García Lagos 43 enfermos portadores del neoplasma de esófago torácico y del cardias.

La edad oscila entre los 42 años y 78 años, siendo de ellos 34 hombres y 9 mujeres.

La localización predominante fué a nivel de los 3/4 inferiores del esófago torácico, pues sólo figuran tres casos en donde el neoplasma estaba por encima del cayado de la aorta.

El promedio de *duración* de la enfermedad era de cinco meses antes de su ingreso al servicio de cirugía, aceptando que la iniciación de su enfermedad coincide con la aparición del primer síntoma clínico llamativo, como es la disfagia. En el terreno de los hechos, el neoplásico de esófago consulta, prácticamente siempre, por disfagia, verdadero síntoma de iniciación clínica de la enfermedad, disfagia, que en un primer momento es espasmódica, transitoria, fugaz, para reaparecer días o semanas más tarde con mayor intensidad y progresividad.

La disfagia constituyó, en nuestra estadística, el síntoma de alarma para el 85 % de los enfermos, los cuales consultaron médicos que les recetaron medicación anodina en la mayor parte de las veces, en los dos primeros meses de la evolución de la disfagia.

Tres de los enfermos fueron radioscopados en estos dos primeros meses de la evolución clínica de la enfermedad y en los tres, la radioscopia no fué suficiente para poder afirmar la existencia del neoplasma.

Ninguno de estos enfermos fué esofagoscopiado en los primeros meses de evolución de su enfermedad, para aclarar la causa de la disfagia.

El promedio del *adelgazamiento* fué de unos 14 kilos, existiendo en un caso una pérdida de peso de 34 kilos. La gran mayoría de los enfermos procedían de la campaña, e ingresaron al servicio en pésimas condiciones de nutrición, algunos caquécticos y otros ya con disfagia completa, pasando penosamente algunas pocas cucharadas de agua en las 24 horas.

En tres de los enfermos existían adenopatías supraclaviculares, en cuatro se comprobaron complicaciones pulmonares y en dos se tuvo la evidencia de que existían metástasis hepáticas.

En 18 de nuestros enfermos se practicó la esofagoscopia extrayendo un fragmento para biopsia (16 resultados positivos: 12 epitelomas y 4 adeno carcinomas, 2 resultados negativos). De estos resultados negativos, uno de los enfermos fué esofagoscopiado nuevamente, y el fragmento de biopsia extraído demostró la existencia de un epiteloma pavimentoso en el segundo examen.

Sobre el total de 43 enfermos, 31 fueron laparotomizados, comprobándose la existencia de metástasis en los ganglios subdiafragmáticos o hepáticas en 7 de los enfermos, pero esta investigación no fué realizada sistemáticamente en todos los laparotomizados, pero sí, se llevó a cabo, en todos los casos en que se planteó la posibilidad de la esofagectomía a lo Thorek.

En 25 enfermos se practicó gastrotomía y en dos enterotomías, con 7 muertes. Cinco enfermos fueron intervenidos por la vía transtorácica izquierda con el fin de explorar y de realizar una esofagectomía, si eso era posible. En tres de ellos se comprobó, una vez que el esófago fué liberado por encima o por debajo del tumor, que las conexiones con la aorta, pericardio y con el hilio pulmonar eran suficientemente importantes como para oponerse a la extirpación exitosa del esófago.

Estas toracotomías exploradoras evolucionaron favorablemente sin que en ninguna de ellas se tuviera la menor incidencia post-operatoria, siendo dados de alta, después de la gastrostomía.

Dos enfermos fueron esofagectomizados por la vía transtorácica y cervical (operación de Thorek). Estas dos intervenciones se pudieron llevar a cabo sin dificultades; uno de los enfermos

falleció a las 30 horas de la intervención con un cuadro de Shock.

En este enfermo se omitieron detalles fundamentales para la obtención del éxito operatorio: Transfusión, reexpansión periódica del pulmón colapsado, oxigenoterapia; por causas ajenas a nuestra voluntad.

En el otro esofagectomizado evolucionó favorablemente; su historia es la siguiente:



Fotografías del operado.

L. E. O., 40 años, uruguayo, jornalero, soltero. Dto. de Colonia.

Motivo de ingreso: Ingresó al Servicio enviado por uno de nosotros.

Enfermedad actual: 28/V/1943. El 19 de junio de 1942 en ocasión de su almuerzo nota detención del bolo alimenticio al nivel de su esófago: acceso de tos violenta, expulsión de alimentos y cialorrea abundante durante diez minutos.

Desde entonces hasta noviembre ppdo. permanece al parecer completamente curado; inicia en esa fecha una disfagia progresiva, al principio para

los sólidos (pan, carne), su alimentación se realizaba exclusivamente a base de alimentos líquidos. En ciertas ocasiones mismo estos líquidos tenían dificultad al pasar; estas crisis sobrevenían esporádicamente, volviendo el enfermo a su alimentación habitual. En enero último consulta médico por primera vez, quien le aconseja antiespasmódicos, no mejorando. Al principio del corriente mes nos es enviado por el Dr. Agustoni. Se hace estudio radiológico con el Dr. Barcia y Menéndez, comprobándose una lesión de $1/4$ de su esófago, sospechosa de neoplasma.

Hemos practicado un estudio del cardias y sus proximidades al Sr. L. E.

En el $1/3$ inferior del esófago se observa un estrechamiento irregular de la luz con rigidez de paredes y moderada distensión del esófago por encima del obstáculo.

El estudio del cardias está dificultado por la mínima cantidad de comida opaca que pasa por la estenosis esofágica, que no permite un relleno utilizable para estudio de cúpula.



Imagen radiográfica del neoplasma esofágico.



Radiografía tomada en el 2º día del post-operatorio.

Se indica entonces una esofagoscopia que realiza el Dr. Roglia, aprovechándose para hacer una biopsia, cuyo resultado confirma el diagnóstico de neoplasma (Dr. Larghero).

En el transcurso de su enfermedad, adelgazó 5 kilos. Se plantea la intervención quirúrgica en la brevedad posible, temperamento aceptado por el enfermo.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Antecedentes personales: Niega venereas, no es etilista, fumador discreto, no hay antecedentes dignos de mención.

Antecedentes familiares: Padre fallecido de un neo de esófago, madre cardíaca, seis hermanos, cinco sanos y uno padece de neoplasma de esófago, teniendo actualmente una gastrostomía, estando caquético.

Examen: Enfermo algo desnutrido, piel y mucosas sin particularidades, apirético, pulso 80 regular y bien golpeado, lengua húmeda y limpia.

El examen general es completamente negativo.

Exámenes de laboratorio:

26/5/43 Orinas normales.

26/5/43 Urea 0 g. 30 por litro de suero.

26/5/43 Sangre:

Glóbulos rojos: 5.250.000.000 por milímetro cúbico.

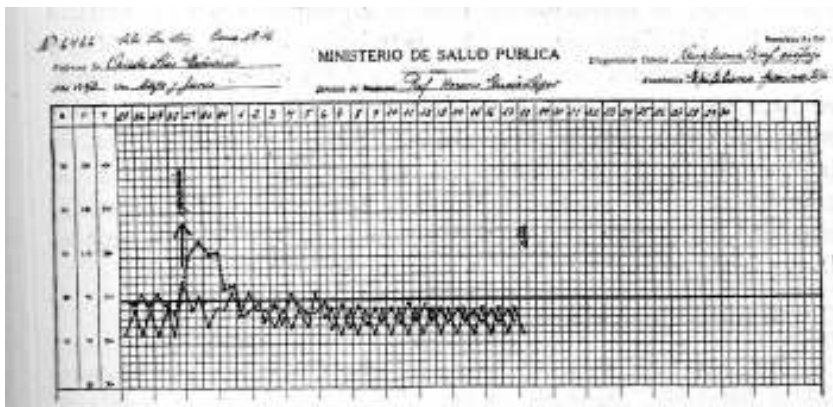
Hemoglobina: 100/00.

Valor Globular: 0.95.

Glóbulos blancos: 9.200 por milímetro cúbico.

Fórmula leucocitaria:

Polinucleares	neutrófilos	64 %
	eosinófilos	3 %
	basófilos	1 %
Linfocitos		23 %
Monocitos		9 %



Gráfica del operado.

Informe radiológico: Dres. Barcia y Menéndez.

Intervención: Mayo 28 de 1943.

Operador, Dr. Víctor Armand Ugón; Ayudantes, Dr. Jorge Lockhart, René Armand Ugón y B. Duvost.

Anestesieta, Dr. Eduardo C. Palma.

Transfusionista, Pte. Surraco, del Centro de Transfusiones de S. P.

Anestesia al ciclo-propano-oxígeno. Enfermo en decúbito lateral derecho.

Primer tiempo: torácico.

Incisión llevada sobre la dirección de la novena costilla, que se reseca desde la apófisis transversa hasta el reborde condral que no se secciona. Neumotórax operatorio lento. Incisión sobre el lecho de la costilla reseca, abriendo la pleura en toda la extensión de la incisión. El pulmón se colapsa totalmente, pues ninguna adherencia lo fija a la pared. Se coloca un separador de Tuffier.

El mediastino es relativamente lábil, trasladándose a la derecha, exceptuando la aorta descendente que queda totalmente descubierta del esófago. Sección del ligamento triangular. Se incide la pleura mediastínica sobre el borde izquierdo del esófago, liberando la viscera en su porción supra diafragmática, pasando alrededor de ella una cintilla de gasa para traccionarlo, se pinza el frénico sobre el borde izquierdo del pericardio. La exploración del esófago nos muestra una tumoración que se inicia dos traveses de dedo encima del hiatus diafragmático y que se extiende hacia arriba más allá de la vena pulmonar izquierda.

Se estima impracticable la esófago-gastrostomía, que se había planeado, visto la extensión y altura de la tumoración, resolviendo hacer la operación de Thorek. Agrandamiento del orificio esofágico del diagrama, sección infradiafragmática del esófago, con los neumogástricos. Como este cabo sangra copiosamente, se hace un surget total hemostático y se invagina en el estómago, con dos planos seroserosos. Cierre con tres puntos de la frenotomía. La liberación del esófago proximal se hace fácilmente, siendo innecesario ligadura hemostática. Se libera fácilmente del cayado aórtico y con maniobras digitales suaves se libera hasta el cuello.

Segundo tiempo: cervical.

Incisión baja sobre el borde interno del externo-cleido-mastoideo izquierdo, abertura de su vaina y sección de la hoja posterior, se rechaza el paquete vículo-nervioso hacia afuera, sección entre dos ligaduras del homoiideo. Se evita el recurrente izquierdo y no se lesiona la arteria tiroidea inferior. Siguiendo el plano pre-vertebral el dedo cervical contacta fácilmente con el dedo intratorácico. Se introduce un Clamp curvo extrayendo por la herida cervical el esófago torácico. Se practica una pequeña incisión transversal al nivel del segundo cartílago izquierdo ha-

ciendo un túnel subcutáneo hasta llegar a la herida cervical. Una pinza trae el esófago por el trayecto creado, y se secciona dos traveses de dedo, por encima de la neoformación, fijando la sección a la piel. Cierre en dos planos de la herida cervical.

Nada sangra dentro del tórax. Se espolvorea con sulfanilamida (10 gramos) el lecho esofágico, no suturando la pleura mediastinal. Cierre de la toracotomía en 3 planos.

Periódicamente se suspendió el acto operatorio para reinflar el pulmón colapsado. Se reinsufla por última vez el pulmón, cerrando herméticamente el tórax, sin drenaje.

Tercer tiempo: abdominal.

El enfermo se coloca en decúbito dorsal, practicándosele una gastrostomía. Durante el acto quirúrgico se hizo gota a gota 500 gramos de sangre total en una vena del tobillo, preparada previamente al iniciar el acto quirúrgico.

Duración total de la operación una hora cuarenta y cinco minutos; al terminar la intervención el pulso es de 100 regular y fuerte.

Post - operatorio: Día 28. Hora 22. — Enfermo algo excitado. Pulso 125 tenso y regular, respiración 30 al minuto. Oxigenoterapia permanente; 500 c.c. de transfusión.

Día 29. Hora 8. — Buen estado general, apirético, pulso 110 regular 25 respiraciones al minuto. Se indica transfusión de 400 gramos. y tenso.

Radiografía de tórax. Pulmón expandido ligero velo pleural en vértice. (Dr. Irigoyen).

Día 31 de mayo de 1943. Hora 8. — El enfermo sigue muy bien. Apirético, pulso 84 regular y tenso. Las heridas operatorias presentan excelente aspecto. Discreto balonamiento abdominal. Se hace suero hipertónico intravenoso y un enema salado. El enfermo desde el día anterior se alimenta por sonda gástrica. Se inicia tratamiento sulfamidado por vía gástrica. La presión es de máx. 13 ½, mín. 8.

Día 1° de junio de 1943. Hora 8. — Buen estado general, mucosas bien coloreadas. 84 pulsaciones regulares y tensas. 20 respiraciones al minuto. Descansa bien durante la noche. Ha disminuído considerablemente el balonamiento abdominal. Ayer se hizo examen radiológico "B. 36558. Se observa un discreto velo en el extremo base izquierda que

asciende ocupando todo el l/e. inferior. Resto de los campos pulmonares sin ninguna otra particularidad radiológica. Dr. Irigoyen".

Día 4 de junio de 1943. Hora 8. — Buen estado general, pulso 80, bien golpeado.

La piel de alrededor del abocamiento esofágico con aspecto de dermatitis. Entreabiendo la sutura sale algo de pus. Recorte de las porciones esfaceladas del esófago, sulfanilamida en polvo y pasta de zinc en la piel. La herida de su toracotomía en su parte inferior segrega serosidad.

Día 7. — Buen estado general, pulso 76, regular. Se indica levantarse.

Día 16 de junio de 1943. — El enfermo sigue muy bien, siendo dado de alta el día de hoy. Aprovechándose para sacar las fotos que adjuntamos. El enfermo ha aumentado 2 kilos de peso.

Se esperará seis meses a año antes de plantear la esofaplastia, **reconstitutiva** de la continuidad digestiva, por temor a la recidiva.

Dr. V. Armand Ugón. — L. E. O. — Neo de esófago. Examen anatómico.

Segmento del esófago, resecado en una altura de diez centímetros, está abierto longitudinalmente y fijado extendido en un plano.

La cara externa es lisa, regular y muestra el conectivo normal adventicial del esófago. La cara interna o superficie de la mucosa es irregular, en la parte inferior se ve una banda de anchura variable, de 2 a 4 centímetros, de mucosa sana, lisa, con aspecto algo leucoplásico; en el borde superior se distingue una banda discontinua de mucosa, con unos milímetros de ancho, desaparecida en una mitad de la extensión de este borde.

Entre las dos bandas de mucosa, sana comprendiendo la mayor parte de esta superficie, se desarrolla un tumor vegetante plano, que cambia por completo el aspecto de la mucosa sobre la que se implanta y sustituye: se eleva de 1 a 5 milímetros sobre el plano de la mucosa normal, es irregular, con cráteres o pérdidas de sustancia y bandas de tejido persistente, deflecadas en parte y con brotes llenos, de tejido neoplásico blando de color gris sucio. Este tumor vegetante epitelial se disponía en anillo completo rodeando la luz esofágica y estenosándola parcialmente. Los cráteres corresponden a zonas superficiales necrosadas del tumor.

En un corte longitudinal, perpendicular a la pared, se observa de fuera adentro: la adventicia conjuntiva, la pared muscular espesada y hialinizada, infiltrada escasamente por el tumor en su capa interna, y por fin la neoplasia epitelial que prolifera sustituyendo la mucosa, con poca tendencia infiltrativa, levantándose en tumor vegetante plano sobre la mucosa.

El examen histológico hecho en cortes longitudinales, comprendiendo los dos bordes mucosos, muestra epitelioma pavimentoso atípico, tubular en gran parte, de aspecto cordonal a células cilíndricas muy jóvenes en la parte profunda, se corneifica en la superficie.

Está infectado y con zonas necróticas extendidas.

Enrique Castro.

CONSIDERACIONES

Los hechos que hemos anunciado anteriormente nos permiten decir que:

1º) El cáncer del esófago tiene una extraordinaria malignidad clínica, puesto que el promedio de sobrevivencia de los enfermos es de 6 meses a 1 año después de la aparición del primer signo clínico. Esta malignidad clínica es debida a la extenosis precoz órgano-espasmódica del segmento inicial del tubo digestivo, lo que es la causa de la instalación de una inanición grave.

El asiento de la lesión del esófago en la vecindad de formaciones vitales: corazón, pericardio, aorta y tráquea, hace que sea con bastante frecuencia inextirpable.

Hacemos notar que contrastando con la malignidad clínica del neoplasma del esófago, hay que oponer la relativa benignidad patológica de la lesión.

Pues Abel basándose en 1025 casos autopsiados establece que el 40 % de los casos no evidenciaban metástasis y que el 25 % eran quirúrgicamente extirpables con éxito en esa etapa tardía.

2º) El diagnóstico se hace demasiado tarde y por eso nos llegan los enfermos cuando cualquier tentativa de extirpación quirúrgica está contraindicada por las pésimas condiciones generales en que se encuentra el enfermo.

Subrayamos el hecho de que si los enfermos llegan demasiado tarde a las manos del cirujano, el hecho radica en que los médicos *son pesimistas*, en lo que respecta a la curabilidad operatoria de la lesión, ignorando, la mayoría de las veces, los grandes progresos que se han realizado en estos últimos cinco años dentro de este campo de la cirugía.

Muchos tienen repugnancia por indagar la causa real de la disfagia, procurando engañarse con diagnósticos ilusorios de aortitis, de mediastinitis, espasmos, etc., hasta que la intensidad de la disfagia llega a ser tal que los llama a la realidad de la existencia del neoplasma y entonces les hace confiar sus pacientes al cirujano para que realice una gastrostomía paliativa, pero ya grave por las condiciones generales en que se encuentra el enfermo.

Toda disfagia que aparezca en personas de más de 40 años debe hacernos recurrir al examen radioscópico minucioso y com-

plementar con una esofagoscopia bióptica, cuando no exista una causa evidente que la explique.

Hoy, la esofagoscopia y la broncoscopia, con buena anestesia, instrumentación y técnica, son maniobras apenas más molestas que una rectoscopia.

3º) La curación de los cánceres del esófago sólo puede llegar a ser obtenida por la esofagectomía, el caso de Thorek lo demuestra, pues sobrevivió 11 años, falleciendo de neumonía.

Los procedimientos no quirúrgicos terminan por la muerte del enfermo en el 100 % de los casos.

Nathanson y Weleh puntualizan —basándose en 297 casos— que el promedio de vida de los casos no tratados es de 7 meses, el de los tratados por gastrostomía paliativa es de 10 meses y el de los tratados por irradiaciones es de nueve meses.

Mc Cullagh establece que ningún caso de cáncer del esófago torácico ha sido curado empleando el método de las irradiaciones, idéntica afirmación hace Stone del Memorial Hospital de N. Y.

Señalamos el hecho de que si se envían tardíamente los enfermos para gastrostomizar, se tiene en esas condiciones una mortalidad del 30 %. Lo sensato sería enviar los enfermos lo más precozmente posible para poder realizar la extirpación radical, *la esofagectomía* cuya mortalidad en enfermos resistentes es escasamente superior a la de las gastrostomías hechas sobre pacientes muy debilitados.

Los cánceres del esófago torácico infra-aórtico y los tumores del cardias son perfectamente extirpables con todo éxito, con las técnicas de la cirugía actual, sin que la intervención constituya una aventura quirúrgica. Las largas series de esofagectomías de los cirujanos americanos señalan una mortalidad post-operatoria del 30 al 40 % y grandes son las esperanzas de cura radical, cuando la enfermedad no recidiva en los primeros años que siguen a la operación practicada.

Hay dos técnicas perfectamente regladas: la operación de Thorek y la esófago-gastrostomía de Biondi, que permiten tratar los cánceres de las dos vertientes del cardias y del esófago torácico.

Las cifras que traemos y los hechos analizados nos autorizan a solicitar la colaboración de los médicos generales y de aquellos cirujanos a quienes no interesa esta rama de la cirugía para tra-

tar de mejorar las sombrías perspectivas que tiene el neoplasma de esófago, en nuestro medio, en el momento actual.

REFERENCIAS

- CARTER (B. W.). — Resection of a portion of the thoracic esophagus for carcinoma. *Surg. Gynec and obst.* 71, 624, 1940.
- CARTER (B. W.), STEVENSON (Y.) AND ABBOT (O. A.). — Transpleural esophagogastronomy for carcinoma of the esophagus and the cardiac portion of the stomach. *Surgery.* 8, 587, 1940.
- GARLOK (Y. H.). — The surgical treatment of carcinoma of the thoracic esophagus. *Surg. Gynec and. Obst.* 70, 534, 1940.
- ADAMS (W. E.). — Recent progress in the surgical treatment of carcinoma of the esophagus. *Surg. Y and obs.* 72, 312, 1940.
- OSCHNER y DE BAKEY. — Surgical aspects of carcinoma of the esophagus. *Y. Thoracic. Surg.* 10, 401, 1941.
- WU (K. Y.) AND LEOCHES (H. H.). — Resection of the esophagus for carcinoma. *Y. Thoracic. Surg.* 11, 516, 1942.
- STEPHNS (H. B.). — Cancer of the thoracic esophagus and the upper and of the stomach. *Y. thoracic Surg.* 11, 469, 1942.
- PHEEMITER (D. B.). — Experiences with eight cases of Resection. of the esophagus for carcinoma. *Y. Thoracic Surg.* 11, 484, 1942.
- IVANSSEVICH (O.) y FERRARI (R. O.). — Cáncer del esofagotorácico, operación de Thorek. *Curación Bol. y trab. de la Academia Arg. de Cirugía,* 26, 508, 1942.
- FERRARI (R. C.). — Cáncer del esófago torácico. Curación operatoria 3 casos. *Bol. y trab. Soc. Argentina de Cirugía.* 26, 640, 1942.
- EGGERS (C.), CHURCHILL (E. D.), MEYER (W. H.), OSCHNER (A.), BIGGER (I. A.). — Discussion on "Cases of the thoracic esophagus and the upper and of stomach. 11, 509, 1942.
- LLOVET (A. F.). — *Revue de Chirurgie.* 15, 242, 1895.
- LLOVET (A. F.). — *Revue de Chirurgie.* 22, 674, 1900.
- GOSSET. — *Recue de Chirurgie.* F. 28, 1903
- BENGOLEA (A. J.). — *Sur. Gyn. and obst.* 29, 413, 1919.

DISCUSION

Dr. Stajano. — Yo creo que no es para silenciar esta comunicación, sin un grato comentario.

No puedo aportar ningún elemento que la complemente puesto que no tengo experiencia y sobre todo es inicial en nuestro ambiente. Estamos

en la obligación de aportar al Dr. Ugón casos, ya que ha iniciado esta técnica que ha acometido con tanto éxito en uno de los casos presentados.

Constituye un progreso en una localización tan inabordable como era la cirugía del esófago. Yo le prometo al Dr. Ugón aportarle un caso incipiente de un enfermo que vino al Hospital Pasteur.

Es una nueva rama, una nueva disciplina de la cirugía que se inicia en nuestro ambiente con promisoras esperanzas.

Dr. Apolo. — Quiero felicitar calurosamente al Dr. Ugón por el magnífico caso de extirpación de esófago que nos ha presentado, y que si no tuve la suerte de ver operar, he podido en cambio seguir el post operatorio con el mayor interés.

Esta cirugía de esófago significa un inmenso paso en el tratamiento de esta terrible y frecuente enfermedad.

En el caso del Dr. Armand Ugón, caben aun más las felicitaciones, porque acá no se trata del fruto de la audacia o del coraje de un cirujano, sino que es la consecuencia lógica del perfeccionamiento paciente de una técnica; del dominio de la cirugía torácica, a la cual se ha dedicado el Dr. Ugón y que es lo que le ha permitido ejecutar con éxito una operación tan seria como es la extirpación del esófago.

Además, creo que tiene mucha importancia recalcar lo que ha dicho el Dr. Ugón en cuanto al diagnóstico tardío que generalmente hacemos del cáncer del esófago. Por lo general diagnosticamos los cánceres de esófago en el último período, es decir, en el de la estenosis avanzada, cuando ya la lesión es muy grosera. En esos casos, el examen endoscópico tiene gran valor en el período inicial, difágico. La esofagoscopía como lo ha dicho muy bien el Dr. Ugón, con el progreso de la técnica y del instrumental, hoy se ha reducido a una exploración tan viable para el enfermo, como la cistoscopía o la rectoscopía. Para el cirujano que se dedica a esta Cirugía, tiene gran valor que el diagnóstico se haga precozmente, en el período de la disfagia y para ello es indispensable la colaboración del endoscopista, pues muchas veces el examen radiológico no da nada en este primer movimiento o simplemente acusa una pequeña alteración de la motilidad del esófago. Lo único que puede, en este primer período, diagnosticar seguramente la afección, es la endoscopía bióptica, sin la cual ningún cirujano se atrevería a plantear esta seria intervención.

Dr. Etchegorry. — La Mesa se permite resaltar un punto de la observación del Dr. Ugón y es el referente al problema de la anestesia.

El primer fracaso lo atribuye el Dr. Ugón a esa falta de pequeños detalles de colaboración que las circunstancias le impidieron obtener. Insisto en ese aspecto. No podremos adelantar en cirugía torácica mientras no haya anestesiistas. Es imposible la cirugía torácica si no podemos obtener personal que nos dé las anestесias con toda tranquilidad, que sean capaces de emplear los distintos elementos que actualmente se pueden poner en juego, con habilidad, y sabiendo lo que utilizan.

En cáncer del esófago, hay que tratar de que se hagan esas repetidas maniobras en las cuales insiste el Dr. Ugón a fin de evitar las atelectasias post-operatorias que matan al enfermo.

He visto operar varios neoplasmas del esófago en otras clínicas con raquianestesia y he podido observar los malos resultados post-operatorios, a pesar de la excelente técnica del cirujano.

Hago estas manifestaciones para que vean la importancia del problema y el por qué quiero hacer una sesión para abordar este tema en el que, a mi entender, estamos atrasados bastantes años con respecto a las demás clínicas del mundo civilizado. No podremos realizar la cirugía torácica si no contamos con elementos de los que ahora carecemos.

Dr. Armand Ugón. — Yo quiero agradecer las palabras de estímulo del Dr. Stajano, del Dr. Apolo y del señor Presidente. Deseo expresar mi reconocimiento a mis colaboradores y en particular al Dr. Eduardo Palma, quien ha traído la anestesia por gases en nuestro país lo que nos ha facilitado hacer estas operaciones utilizando casi siempre el ciclopropano y permitiendo al cirujano, darse integralmente al acto operatorio, sin ninguna preocupación secundaria.

También el transfusionista es un elemento indispensable en esta clase de operaciones. El servicio de transfusiones de S. Pública que dirige el Sr. Freire Muñoz, — es una hermosa conquista.

En el enfermo esofapectomizado que falleció, la operación se hizo sin dificultades, fué simple, sin embargo, el post operatorio fué desastroso y murió en un estado de choc intenso, por no haber tenido cuidado en esos detalles sobre los cuales insistió el Sr. Presidente, y sobre todo, por no haber contado con un transfusionista en el acto operatorio.

El Dr. Apolo ha insistido en la necesidad ineludible y efectiva de la endoscopia para el diagnóstico precoz del cáncer, es lo que anhelamos. Casi siempre tenemos que tratar con enfermos cacquéuticos. Insisto que la gastrectomía hecha en esas condiciones es una operación gravísima.