

LECCIÓN NOVENA

DEL CÁNCER DEL ESTÓMAGO

RESUMEN.—Del diagnóstico del cáncer del estómago.—De las variedades del cáncer del estómago.—Signos clínicos.—Aspecto del enfermo.—Edad del enfermo.—Duración de la enfermedad.—Trastornos funcionales.—Dolor.—Anorexia.—Hematemesis.—Vómitos alimenticios.—Examen local.—Atresia y dilatación del estómago.—Del tumor estomacal.—Del edema de las extremidades.—De los ganglios periféricos.—Examen del jugo gástrico.—Examen de las orinas.—Dificultades del diagnóstico.—Del pronóstico.—De las formas lentas.—Del cáncer complicando la úlcera.—Del asiento del cáncer.—Cáncer del cardias, del píloro, en sábana, de la pequeña curvadura.—Del tratamiento.—Antisepsia estomacal.—Lavado.—Régimen alimenticio.—Tratamiento quirúrgico.

SEÑORES:

Podrá tal vez parecer extraño á algunos de vosotros que dedique toda una lección á la cura de una afección tenida por incurable. Los motivos que puedo alegar en apoyo de mi conducta son de dos clases: en primer lugar que en nuestra práctica no podemos distinguir los casos curables de los que no lo son, y que además nos es preciso siempre tratar nuestros enfermos sean ó no cancerosos (1).

(1) El cáncer del estómago es el más frecuente de los cánceres. Según Virchow, la proporción de los cánceres del estómago con relación á las demás afecciones carcinomatosas es de 34,9 por 100; según Wyss (de Zurich) se cuenta en un 35,6 por 100 entre las afecciones crónicas del estómago.

Según d'Espine y Lebert, el cáncer del estómago es raro antes de

los treinta años (1 por 100) como después de los setenta años (4,4 por 100); es frecuente de treinta y uno á setenta años (34,6 por 100). Esta frecuencia llega á su maximum de cincuenta y uno á sesenta años (60,7 por 100).

La herencia parece excepcional, según Lebert, para el cáncer del estómago. En fin, las mujeres serán más afectadas que los hombres (a).

(a) Lebert, *Ueber Magenkrebs in etiologischer und pathogenetischer Beziehung* (D. Arch. f. klin. Med., 1877).

Pero los motivos más poderosos son que el diagnóstico del cáncer y los problemas que de él se deducen son los puntos más interesantes del estudio clínico de las afecciones del estómago. Por último, encontraré en esta lección los medios de apreciar los métodos nuevos de que os he hablado en la última lección.

Antiguamente el diagnóstico del cáncer del estómago era, por decirlo así, clásico y parecía que no había cosa más fácil que distinguir el cáncer del estómago de las demás afecciones crónicas de este órgano. En el día estamos muy lejos de tener la misma seguridad, y se puede decir que en gran número de casos no solamente es difícil diagnosticar el cáncer del estómago sino que es hasta imposible hacerlo.

Esto depende de muchas causas, pero muy particularmente de nuestra ignorancia real acerca de la naturaleza del cáncer y en particular del cáncer del estómago. Recorred las obras de nuestros más eminentes anatomo-patologistas, las del profesor Cornil, por ejemplo, y veréis que las conclusiones son casi formales: la palabra *cáncer* no tiene ningún valor, debe desaparecer de nuestro cuadro nosológico. Indica solamente una afección maligna de un órgano; pero las formas son tan variadas, las marchas tan diferentes, que es difícil reunir bajo una misma denominación las diversas afecciones á las que damos comúnmente el epíteto de *cancerosas*.

Respecto al cáncer del estómago en particular, ignoramos su marcha, y es imposible confundir en una misma descripción clásica los cánceres encefaloides que brotan con rapidez extrema en la superficie de la mucosa, llenando de esta manera la cavidad del órgano, con los cánceres atróficos apenas apreciables á simple vista y que van acompañados de un engro-

Del diagnóstico del cáncer.

De las variedades del cáncer del estómago.

samiento y de una induración de las paredes estomacales.

Es, sin embargo, probable que todas estas formas de cáncer tengan por origen el epitelio de las glándulas estomacales, y que de este epitelio partan prolongaciones, verdaderos cordones cancerosos, que interesan progresivamente las demás tunicas del estómago. Pero lo que debo recordaros es la riqueza de este órgano en linfáticos, circunstancia que explica la propagación del cáncer á los órganos vecinos y en particular al sistema ganglionar.

Signos
clínicos.

Si la anatomía patológica sólo nos proporciona nociones oscuras sobre esta cuestión, veamos si la clínica es más apta para resolver el problema del diagnóstico y del pronóstico, y para ello seguiremos el orden que empleamos para examinar á un enfermo, continuando por los conmemorativos y por los signos funcionales, para terminar por los signos físicos.

Procuraré ser todo lo más breve posible en las explicaciones en que voy á entrar, contentándome con remitiros á los trabajos que ya he publicado sobre este asunto (a) y á la tesis de uno de mis mejores discípulos, el doctor Deschamps (de Riom), tesis muy bien hecha y basada en casos recogidos en mi servicio (b), y por último á una revista general muy completa, más reciente, que se debe al doctor Gastón Lyon (c). Paso ahora al estudio de los diferentes signos de diagnóstico de que os he hablado.

Aspecto
del enfermo.

El aspecto del enfermo puede servir de guía; porque, de todos los cánceres, el del estómago es el que más se acompaña de un estado caquético carac-

(a) Dujardin-Beaumetz, *Sur le cancer de l'estomac* (Sociedad Médica de los Hospitales, 26 de julio de 1835).

(b) Deschamps (de Riom), *Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac* (Tesis de París, 1834).

(c) Gastón Lyon, *Diagnostic du cancer de l'estomac* (*Gazette des hôpitaux*, 15 y 22 de febrero de 1890).

terizado esencialmente por el adelgazamiento y un tinte amarillo pajizo de la cara, pudiendo hasta decirse que en ciertos viejos afectos de formas latentes de cáncer del estómago este es á menudo el único síntoma que se observa. Pero esta caquexia no es más que la manifestación de un mal estado de la nutrición, y se comprende entonces que pueda faltar al principio del cáncer ó bien que pueda existir en otras afecciones del estómago que no sean el cáncer, y que, en fin, sea posible se presente en afecciones extrañas á este órgano, de tal suerte que este signo tiene valor, pero este valor es relativo.

La edad del enfermo también suministra indicaciones. El cáncer del estómago se produce sobre todo á partir de los cincuenta años, y los casos más numerosos se presentan entre cincuenta y sesenta años. Es sumamente raro antes de los veinte años; en una interesante tesis de Duzan (a), en ciento ochenta y dos observaciones de cáncer no existe más que una observación de cáncer del estómago, y los casos recogidos en una tesis de la Facultad de Lyon por Marc Mathieu (b) indican que esto es un caso excepcional. Se trata, pues, siempre en estos casos de cáncer del estómago en los jóvenes ó los niños de errores de diagnóstico.

Edad
del enfermo.

La duración de la enfermedad puede igualmente proporcionaros algunas indicaciones útiles; aunque, como os diré, entiendo que el cáncer del estómago puede evolucionar mucho más lentamente de lo que se piensa, no es, sin embargo, menos cierto que cuando un enfermo se queja durante diez años de una afección del estómago debemos descartar la idea de cáncer. No obstante, no olvidéis que el cáncer puede

Duración
de
la enfermedad.

(a) Duzan, *Du cancer chez les enfants* (Tesis de París).

(b) Marc Mathieu, *Du cancer précoce de l'estomac* (Tesis de Lyon, 1834).

presentarse como injertado en una antigua afección del estómago. Se han visto, y yo mismo los he observado, cánceres del estómago que se desarrollan al rededor de la cicatriz de una úlcera del estómago (1).

Se puede haber tenido una gastritis crónica y ver sobrevenir un cáncer. Como veis, todo esto disminuye mucho el valor diagnóstico que se atribuye á la duración de la enfermedad.

Trastornos
funcionales.

Los trastornos funcionales dan indicaciones un poco más precisas. En primer lugar el dolor, que en el cáncer del estómago no tiene un gran valor diagnóstico. Se han visto evolucionar cánceres, y algunos hasta la muerte sin ningún dolor, en tanto que ciertas formas de dispepsia dolorosa se acompañan de dolores extraordinariamente vivos. Existe generalmente cuando hay ulceración del estómago; pero esta ulceración no es siempre resultado de un proceso canceroso. Se produce, en fin, frecuentemente á consecuencia de los ataques peritoneales que tienen lugar al rededor de las masas cancerosas.

De
la anorexia.

Otro tanto diré de la anorexia; la pérdida del apetito se encuentra en gran número de afecciones del estómago y la del cáncer no tiene nada de particular. Debo añadir además que existen enfermos en los que se conserva el apetito hasta en los últimos pe-

(1) Se ha visto al cáncer del estómago complicar la úlcera redonda de este órgano.

Dittrich (de Praga) lo ha observado 8 veces en 160 casos de cáncer.

Hauzer, Brinton y Ewald han visto también esta sucesión de lugar del cáncer á la úlcera, y en estos casos se ha notado la persistencia de

la producción del ácido clorhídrico. Rosenheim ha citado cuatro casos muy típicos de ello.

En estos cuatro casos se pudo siempre hacer constar la presencia del ácido clorhídrico en el jugo gástrico. El cáncer se había desarrollado sobre la cicatriz de la úlcera. Se comprende en estos casos la dificultad del diagnóstico (a).

(a) Rosenheim, *le Cancer venant compliquer l'ulcère de l'estomac* (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. XVII, Heft 12).

ríodos de la enfermedad. Ya he citado la observación de un hombre, que ocupaba una cama de nuestras salas, que reclamó y digirió hasta su muerte los manjares más indigestos, tales como la ensalada de huevos; la autopsia nos permitió hacer constar la existencia de un cáncer en sábana del estómago.

Durante largo tiempo los vómitos de sangre, y en particular los vómitos negro de café, han sido considerados como característicos del cáncer del estómago. Esto es un error, porque sólo indican una cosa: la presencia de ulceración en la mucosa del estómago; y como existen gastritis con exulceración de esta mucosa, se comprende que estos vómitos puedan presentarse independientemente del cáncer. Pero reconocemos, sin embargo, que cuando se repiten á menudo constituyen uno de los síntomas que sirven para fundamentar el diagnóstico.

De
las hematemesis.

En cuanto á los vómitos alimenticios, pueden existir ó faltar: existen cuando el cáncer tiene su asiento, bien en el cardias, bien el píloro; pueden faltar cuando estos dos orificios se encuentran intactos, cualquiera que por lo demás sea la extensión del cáncer. Los únicos vómitos característicos son los que se producen en los períodos avanzados de la enfermedad, y en los que el enfermo expulsa, sobre todo por la mañana, un licor canceroso sumamente fétido. Paso ahora al examen local del enfermo.

De
los vómitos
alimenticios.

Este examen nos permite hacer constar el estado del estómago y el del abdomen, y sobre todo la presencia de un tumor.

Examen local.

Relativamente al estado del estómago, todo depende del asiento del cáncer. Si oblitera el cardias, el estómago se retrae y su volumen no excede del del intestino grueso; el vientre se excava hasta tal punto que la masa intestinal desaparece casi por completo. ¿Está, por el contrario, situado en el píloro? Existe

Atresia
y dilatación del
estómago.

distensión enorme del estómago, ruido de bazuqueo, aumento de la túnica muscular y producción de contracciones estomacales visibles á simple vista. Pero cuando el cáncer tiene su asiento en la pequeña curvadura, ó no cierra uno de los orificios, el estómago puede conservar su forma y volumen habituales.

Del
tumor estomacal.

El signo más importante del cáncer del estómago reside sobre todo en la existencia del tumor y en su apreciación. En efecto, cuando apreciáis de una manera manifiesta un tumor abollado ligeramente doloroso á la presión, todo esto unido á perturbaciones generales de la nutrición y á los trastornos funcionales de que acabo de hablaros, se está en el caso de afirmar el diagnóstico del cáncer; y sin embargo, señores, ¡cuántas causas de error existen! En primer lugar apreciamos frecuentemente una falsa sensación de tumor, que es debida por completo á la contracción de los músculos rectos del abdomen. Todos conocéis las fibras que seccionan transversalmente los músculos rectos; cuando el enfermo experimenta un dolor en un punto del abdomen, contrae involuntariamente estos segmentos de los músculos rectos, que dan entonces á la palpación y á la percusión la sensación de un tumor limitado y desigual. Después, en el abdomen existen muchas vísceras que pueden ser el origen de tumores benignos ó malignos.

Mas para permanecer en el campo del diagnóstico, os recordaré especialmente los tumores benignos que pueden confundirse con el cáncer; encontramos en primer lugar la ectopia renal derecha. Como esta ectopia acompaña siempre á una dilatación del estómago, que produce á su vez trastornos funcionales por parte de la digestión, comprenderéis fácilmente que se hayan podido confundir estos tumores con un cáncer del píloro. Tenemos después los tumores fecales, que pueden tener su asiento en el colon trans-

verso ó en los ángulos del colon, es decir, al nivel del estómago. Por último, se observan también ciertos tumores del hígado relativamente benignos, como los quistes hidáticos.

El examen local nos permite igualmente observar los edemas, y en particular la *flegmasia alba dolens*. Todos conocéis la expresión de Trousseau á propósito de Soubeyrán; se discutía hacía tiempo acerca de la naturaleza de la afección estomacal que presentaba este último. Cuando se le dijo á Trousseau que Soubeyrán padecía una *flegmasia alba dolens*, contestó entonces: «Con esto me basta para afirmar que existe un cáncer del estómago», y los acontecimientos le dieron la razón.

Esta *flegmasia* no tiene el valor que la atribuía Trousseau; se produce en todos los estados caquécticos y hasta independientemente de ellos. Sólo tiene, pues, un valor completamente secundario.

No sucede lo mismo respecto á la aparición de infartos ganglionares en puntos más ó menos distantes del estómago. Troisier (a) ha demostrado en 1886 el valor de este síntoma; por más que la adenopatía á distancia sea sintomática de todas las afecciones cancerosas del tórax y del abdomen, no es menos cierto que es frecuente en el cáncer estomacal, puesto que ha sido observada catorce veces en veintisiete casos.

Estos infartos ganglionares, que son duros y abollados, se presentan más frecuentemente en el triángulo supraclavicular, al nivel del tercio medio de la clavícula. Algunas veces se les encuentra en la axila ó bien en las ingles. Desgraciadamente estos infartos ganglionares no se presentan sino en los períodos avanzados de la enfermedad, es decir, cuando ya existen otros signos más importantes.

(a) Troisier, *Société médicale des hôpitaux*, 1886, y *Archives générales de médecine*, 1889.

Del edema
de
las extremidades.

De los
infartos ganglio-
nares
periféricos.

Como veis, señores, tomados aisladamente, cada uno de los síntomas del cáncer del estómago puede ser discutido; solamente, por su reunión, se puede establecer el diagnóstico, y aun así, en estos casos, os encontraréis indecisos; y para vencer esta duda se ha recurrido á otros signos, sacados unos del examen directo del jugo gástrico y otros del examen de las orinas.

Del examen
del
jugo gástrico.

Van den Welden fué quien hace más de diez años, en 1879, llamó por primera vez la atención sobre la desaparición del ácido clorhídrico libre en el cáncer del estómago, y los primeros ensayos hechos por Riegel dieron á este signo un gran valor, puesto que en los casos de cáncer del estómago no encontró nunca el ácido clorhídrico libre (1).

(1) La ley de Van den Welden fué comprobada por Riegel. En 16 cancerosos se hicieron 306 exámenes, y Riegel no encontró nunca el ácido clorhídrico libre.

Después Ewald ha hecho constar en 23 exámenes hechos en cinco casos de cáncer la reacción del violeta de metilo.

Cahn y Mering rechazaron el violeta de metilo y recurrieron al análisis cuantitativo, y según sus investigaciones en el cáncer del píloro la presencia del ácido clorhídrico es la regla, la falta será la excepción.

Schoeffler, sirviéndose del proce-

dimiento de Cahn y Mering, ha hecho constar la presencia del ácido clorhídrico 7 veces en 9 casos de cáncer.

Rosenheim no ha llegado á las mismas conclusiones: de 16 carcinomas, en 14 casos no hubo ácido clorhídrico. Ha demostrado además que, cuando el cáncer complica la úlcera del estómago, puede existir hiperacidez, aun en los últimos períodos del cáncer.

Dujardin-Beaumez ha indicado casos de afecciones estomacales en los que no existía ácido clorhídrico libre y que en manera alguna eran cancerosas (a).

(a) Van den Welden, *Hist. du Cancer* (*Arch. für Klinik*, Bd. XXIII, 1879; *Riegel zur Diagnostik der Magenkrankheiten*; *Zeitschr. f. kl. Med.*, Bd. XII, pág. 430, 1878).—Rosenbach, *Zur Diagnostik des Magen-carcinoms* (*Centralbl. f. kl. Med.*, 1887, pág. 585).—Hoenigmann y Von Noorden, *Verhalten der Salzsäure in carcinomatösen Magen* (*Zeitschr. f. kl. Med.*, Bd. XIII, pág. 87).—Cahn, *Die Säuren in carcinomatösen Magen* (*Berl. kl. Woch.*, pág. 351, mayo de 1887).—L. Wolff y Ewald, *Ueber das Fehlen der freien Salzsäure in Mageninhalt* (*Ber. kl. Woch.*, página 546, julio de 1887).—Bordoni, *De l'utilité de la dialyse dans la recherche de HCl* (*la Riforma medica*, 4 de marzo de 1889).—Klemperer, *Zur chemischen Diagnostik der Magenkrankheiten* (*Zeitschr. f. kl. Med.*, Bd. XIV, 1888).

Mas bien pronto aparecieron otras observaciones, y en particular las de Ewald, de Cahn y de Mering, que demostraron que el cáncer podía existir con conservación del ácido clorhídrico libre.

Hoy día la cuestión parece juzgada, y el valor diagnóstico de la falta de ácido clorhídrico libre en el cáncer del estómago es absolutamente secundaria, y la razón es ésta: en primer lugar, como he dicho en la lección anterior, es un hecho adquirido, como lo han demostrado Ewald y después Hayem, que en estado fisiológico y normal el hombre no posee ácido clorhídrico libre en el estómago, puesto que un gran número de afecciones del estómago pueden ir acompañadas de esta anaclorhidria. Invertiré, pues, la ley establecida por Van den Welden, y diré: cuando en un enfermo que se sospecha padece un cáncer del estómago encontréis hiperclorhidria, y esto como resultado de varios exámenes repetidos, se debe admitir la doble hipótesis siguiente: ó que el enfermo padece una úlcera redonda del estómago, que es la única enfermedad en que esta hiperclorhidria es constante y bien manifiesta, ó que se trata, como ha demostrado Rosenheim, de un cáncer que viene á complicar una úlcera redonda del estómago.

¿Suministra indicaciones más precisas el examen de las orinas? Esto es lo que vamos á discutir ahora.

Del
examen
de las orinas.

Rommelaere fué el primero que estableció en 1883 la ley de que, cuando la cantidad de urea secretada en veinticuatro horas sea durante varios días superior á 12 gramos, habrá que descartar la idea de un tumor maligno (1).

(1) Rommelaere ha establecido la ley siguiente:

«Siempre que se dude de la naturaleza cancerosa de una localización morbosca habrá que analizar la ori-

na expelida por el sujeto en veinticuatro horas, teniendo cuidado de repetir el análisis varios días consecutivos. Si la cantidad de urea que contiene esta orina es notable y

Ha aplicado esta ley á todos los tumores malignos, incluso el cáncer del estómago.

En cuanto tuve conocimiento del trabajo de Rommelaere me apresuré á comprobar esta ley respecto al cáncer del estómago, y en la tesis de mi discípulo el doctor Deschamps (de Riom) encontraréis el resultado de nuestras investigaciones. Este resultado fué el siguiente: Si en la mayoría de los casos de cáncer del estómago, y sobre todo en un período avanza-

constantemente superior á 12 gramos, se puede casi con seguridad excluir el cáncer como causa del mal».

Esta opinión ha sido combatida de una manera muy viva primeramente por Gregoire, que en 1883 ha publicado 15 observaciones, en las que pretende que la cantidad de urea estará en razón directa del estado caquético y del grado de la alimentación del enfermo.

En el mismo año Dujardin-Beaumont ha demostrado que la cantidad de urea se encontraba en relación, no con el cáncer, sino con el estado caquético.

Esta es asimismo la conclusión de Robin.

Deschamps, en 1884, en su tesis inspirada por Dujardin-Beaumont, admite las conclusiones siguientes:

- 1.º La urea está adecuada al régimen.
- 2.º La disminución de la urea no es particular al cáncer.
- 3.º La disminución de la urea no puede explicar todas las condiciones de producción del cáncer.

En 1885, Kirmisson ha examinado

orinas de cancerosos en 24 casos, y afirma que no se puede atribuir al signo de Rommelaere un valor diagnóstico, porque muchos estados patológicos terminan por el mismo resultado; y si en 24 casos de cáncer 19 han excretado una cifra de urea inferior á 12 gramos al día, existen 5 en los que se trataba de cáncer del recto, de la lengua y del maxilar superior en los que esta cifra pasó de 12 gramos y llegó hasta 21.

Allado de estos adversarios es necesario citar los partidarios de la doctrina de Rommelaere, y en primer lugar el trabajo de Thiriard y la tesis de Lancelin, que llega á la conclusión de que «se observa frecuentemente en los tumores malignos una disminución de la cifra de la urea, y que esta hipoazoturia no depende únicamente de la falta de alimentación; que en los casos dudosos de diagnóstico la disminución de la cifra de la urea es un fenómeno que hay que tener en cuenta, pero sin considerarle como un signo patognomónico de un valor absoluto» (a).

(a) Rommelaere, *Diagnostic du cancer*, 1883. Bruselas, Manceaux.—Gregoire, *De l'urée dans le cancer* (Tesis de París, 1883).—Dujardin-Beaumont, *Soc. méd. des hôpit.*, 25 de julio de 1884; *Gaz. hebdom.*, junio de 1884.—A. Robin, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1884, tomo I, pág. 317.—Deschamps, *Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac* (Tesis de París, 1884).—Thiriard, *Comptes rendus des Congrès de 1885*, pág. 140, y 1886, pág. 50.—Paul Lancelin, *Contribution à l'étude de la valeur sémiologique de la loi de Rommelaere* (Tesis de París, 1890).

do, se encuentra confirmada la ley de Rommelaere, es porque en estos casos la nutrición está profundamente alterada, porque dicha hipoazoturia no es especial al cáncer, sino á todos los estados patológicos que perturban profundamente la economía y modifican la nutrición. Si en los casos de cáncer del estómago se encuentra frecuentemente esta hipoazoturia, es por ser una afección que por el desorden que produce en el funcionamiento del tubo digestivo altera más rápidamente la nutrición.

A idénticas conclusiones han llegado Gregoire en su tesis, Alberto Robin y Kirmisson. Sin embargo, recientemente, en una tesis sostenida en la Facultad de Medicina por el doctor P. Lancelin, este autor parece admitir una idea ya apoyada por Thiriard (de Bruselas), cual es que los tumores malignos llamados *cancerosos* modifican más la nutrición que los demás tumores.

En una palabra, como el examen del jugo gástrico, la disminución de la cifra de la urea á menos de 12 gramos no es más que un signo complementario que os indicará sobre todo el estado general de la nutrición de vuestro enfermo.

Como veis, señores, los nuevos síntomas invocados no tienen el valor diagnóstico que se les ha atribuído, y nos encontramos todavía, respecto al diagnóstico del cáncer del estómago, en el caso de basarnos en el conjunto sintomático y clínico que presente el enfermo.

En ciertos casos el diagnóstico se impondrá, y podréis afirmar de una manera cierta la existencia de un cáncer del estómago. En otros casos, por el contrario, por mucha que sea vuestra sagacidad y habilidad, cualquiera que sea el cuidado que empleéis, os será preciso permanecer en la duda y reservar en absoluto el diagnóstico, y no creáis que un error de

Dificultades
del
diagnóstico.