BASES EMBRIOLÓGICAS PARA LA CIRUGÍA RADICAL DEL CÁNCER GÁSTRICO

Dr. A GOMEZ Y GOMEZ
(Académico numerario electo)

24 de Enero de 1956

Es un hecho corriente que cuando el internista y el cirujano se enfrentan ante un caso de cáncer gástrico, aun cuando logren un diagnóstico precoz y un correcto tratamiento, raras veces los enfermos llegan a sobrevivir más de cinco años; por lo general, mueren a los dos años de operados, y sólo abona el hecho de que se aconseje la alteración la posibilidad de una supervivencia mayor o menor en un número muy reducido de porcentaje, o bien que estos enfermos, una vez operados, evitan los atroces dolores que aquejan hasta su muerte los que no han sido operados.

Los cirujanos se han esforzado en mejorar sus técnicas, llegando incluso a la exéresis total, pero sin conseguir gran cosa y quizá aumentando la mortalidad. Los operados parcialmente pueden todavía tener algunas esperanzas; pero los operados por extirpación total siguen enfermos durante mucho tiempo, ya que es difícil adaptarse a su nueva fisiología.

En contraste con estos pocos éxitos, vemos que en el cáncer de recto y de colon los éxitos demuestran una supervivencia bastante aceptable. ¿A qué es debido ello? El conferenciante opina que es debido a que el cirujano ignora la anatomía de las corrientes linfáticas y de los ganglios y una serie de principios embriológicos que son fundamentales.

En el cáncer de colon y de recto, el cirujano llega no solamente a practicar una extirpación amplia, sino que se llega a veces también a otros órganos. Así, en la mujer, extirpa a la vez útero y anexos, y en el hombre llega a extirpar las vesículas seminales; se extirpan a la vez los ganglios prearóticos y, en los cánceres de colon, se llegan a extirpar los vasos premesenteriales o mesenteriales.

En cambio, en la cirugía gástrica, el cirujano se halla todavía muy atrasado, porque, aunque ha perfeccionado su técnica, no comprende bien el significado de la circulación linfática, y por esto no llega a una extirpación correcta. En efecto, cuando el cirujano practica una gastrectomía por cáncer, se preocupa, en primer lugar, de ver si el caso es operable o no. Si hay metástasis en páncreas o hígado, cierra de nuevo sin operar. Pero si cree que es posible operar, busca la cadena ganglionar de la curvatura mayor, secciona según la pauta que dan los libros de anato-

mía, extirpando ganglios y pedículos linfáticos.

Pues bien, si la curvatura menor, que representa el borde anterior del estómago primitivo, tiene también sus ganglios, se ha de hacer una doble diferenciación, puesto que, embriológicamente, toda la cara derecha es la que se va reduciendo, y se ha de insistir, por lo tanto, en que esta cadena ganglionar de la curvatura menor presenta un grupo pregástrico y otro retrogástrico. La mayor parte de la linfa del hígado se dirige hacia el estómago, pasando por una cadena de ganglios pregástrica, pero existe también una cadena ganglionar muy próxima, que corresponde a la cadena coronaria, de manera que el curso sería: cadena pregástrica, curvatura menor, cadena retrogástrica y cisterna de Pecker.

Pero considerando todos los ganglios precavitarios, se han de tener en cuenta los de la coronaria, los esplénicos y también los que existen debajo del píloro, que serán retrogástricos y obligarán a la corriente venida del estómago a seguir de curvadura menor a curvadura mayor. Así, la corriente forma con los ganglios una barrera. Por eso, en los casos de cáncer de estómago se encuentran más anastomosados los ganglios postelúricos que los de la curvadura menor.

Pero lo cierto es que así como se dice que las cadenas linfáticas van todas desde el hígado al confluente portal; si esto fuere así, sería por demás que el cirujano hiciese más o menos radical la operación, aún llevándose todo el estómago y todo el páncreas, lo cual sería una mutilación horrorosa. Pero el doctor GÓMEZ defiende que la corriente hígado-estómago obliga a la corriente linfática a seguir por la cadena gastroesplénica, que es retrogástrica.

El conferenciante proyecta diversas películas con cortes embrionarios para demostrar la formación del estómago y ejecuta diversos y magníficos dibujos en el encerado, para demostrar todo lo que ha ido diciendo.

En resumen, pues, la operación debe hacerse por el epiplón mayor del estómago, pero sin quitarlo todo, y debe extirpar la cadena coronaria a nivel de la hoz, ya que así se quitan con facilidad los ganglios. Se ha de cortar por arriba para evitar el corte de la arteria. Debe llegarse, por lo tanto, vena y arteria esplénica, y alcanzar la gastroduodenal, ya que así pueden extirparse los ganglios subpilóricos.

El académico numerario P. PUJIULA recuerda los estudios embriológicos hechos en su laboratorio por el conferenciante, cuya técnica y sagacidad ha podido comprobar, que le han llevado a la obtención de conclusiones de tanto interés práctico para el tema que ha debatido.

El Presidente, Dr. COROMINAS,

después de agradecer al conferenciante su magnífica disertación hace resaltar el hecho de que, en Medicina, tienen cada día mayor importancia práctica los estudios que, a primera vista, parecían ser sólo de conocimientos auxiliares. Así, los pacientes estudios embriológicos del Dr. GÓMEZ y GÓMEZ le han llevado al descubrimiento de relaciones anatómicas de capital importancia para prácticas quirúrgicas, como había demostrado ya anteriormente al estudiar la existencia de la llamada trascavidad de los epiplones que tanta importancia ha demostrado tener para facilitar la práctica de la cirujía abdominal y hacer menos traumatizantes sus intervenciones; y, por la conferencia de hoy, se revela la posibilidad de una más completa y cuidadosa operación para retardar, en lo posible, la reproducción metastática de las neoplasias de estómago.

Sesión Inaugural del Curso Académico - 29 de Enero de 1956

RESEÑA DE LAS TAREAS EFECTUADAS POR LA CORPORACIÓN DURANTE EL AÑO ANTERIOR

Dr. L. SUÑE MEDAN
(Secretario de la R. A. de M.)

Empieza recordando lo que decía en 1856 el Secretario de la Real Academia en aquella fecha, doctor Emilio PI y MOLIST, en cuya memoria se daba cuenta del estudio sanitario del Principado de Cataluña en el último año transcurrido, que era el de haber sufrido «las consabidas afecciones meteorológicas y enfermedades reinantes (*reumatismos catarrales de índole flogística* con diversas localizaciones) que fueron en crecido número a primeros de enero y que luego disminuyeron en gran escala después de la copiosa nevada del día 19. Siendo todavía recientes los estragos producidos por la aparición y desarrollo del *cólera morbo asiático,* que afligió a Barcelona en el año 1854, la Real Academia estuvo en constante vigilancia respecto de toda suerte de afecciones intestinales y no descuidó de tomar medidas oportunas por si se presentase de nuevo la afección colérica, como así ocurrió desde el mes de julio, aunque no tuvo, en general, carácter epidémico. Con este motivo se ocupó también la Academia de poner en claro las discutidas propiedades terapéuticas de la planta Mastranzo (mentha rotundifolia, Menta borda, Madrastra, Matapusas, en catalán) y que ya se utilizaba desde el año 1833 como poderoso auxiliar terapéutico, infalible contra el cólera, así como la hier-