

UNIVERSIDAD DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**Aportación al diagnóstico citológico del cáncer gástrico y
esofágico**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Vicente Cabré Friol

Madrid, 2015

R. 51.289

TA 383

APORTACION al DIAGNOSTICO CITOLOGICO

del CANCER GASTRICO y ESOFAGICO.

por

Vicente Cabré Fiol



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315018221

SUMARIO

Introducción	pag.	1
Historia		4
Composición del sedimento gástrico		9
Características citológicas degenerativas e inflamatorias		17
id. id. de malignidad		23
Técnicas citodiagnósticas gástricas		35
Método de aspiración y lavado gástrico		41
id. de Temenius		48
Modificaciones de Boteford y Tucker		50
id. de Hunter y Richardson		51
Método de exfoliación por el balón abrasivo		52
id. mucolítico de Traut y Rosenthal		59

Método de Henning	pág. 63
id. del frote exfoliativo con mandril-sonda . .	65
Técnicas citodiagnósticas esofágicas	79
id. del frote exfoliativo con mandril-sonda. .	86
Clasificación de los resultados	94
Resultados de las diferentes técnicas	96
Casística	102
Conclusiones	300
Bibliografía	303

INTRODUCCION

La citología como elemento diagnóstico, en lo que se refiere al cáncer esofágico y especialmente al de localización gástrica, no ha ido adquiriendo importancia parecida a la que tiene en el estudio de las neoplasias, situadas en lugares del organismo mas fácilmente accesibles hasta recientemente, en que algunos adelantos de la técnica, junto a una mayor experiencia en la interpretación citológica, han permitido que se incrementara tal conocimiento, con su consiguiente valoración, puesta de relieve en el creciente número de trabajos publicados sobre la materia.

Por el interés que creemos presenta dicha exploración, los problemas que plantea y las posibilidades que encierra, nos decidimos apertar nuestra modesta experiencia, adquirida en el Servicio de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de

Barcelona (Director Dr. T.A. Pinós) en donde se estudiaron los enfermos que figuran en el presente trabajo, en su mayoría procedentes de las salas o dispensario de dicho servicio, los restantes de la práctica privada de compañeros y nuestra propia.

Desde mediados de 1952, venimos utilizando para la obtención de muestras, un sencillo procedimiento personal, que ha sido el exclusivamente empleado en los casos que se describirán. Nuestro propósito es estudiar los resultados logrados en un grupo de enfermos, afectos de neoplasia gástrica o esofágica comprobada, en distintos grados de evolución, contrastándolos con los obtenidos en otros, exentos de dicho cáncer, análogamente a como lo vienen verificando la mayoría de autores; con objeto de poder realizar la comparación de los resultados obtenidos. Además presentaremos algunos casos que siendo dudosos, el estudio citológico ha proporcionado un dato muy importante en el delicado problema del diagnóstico diferencial,

entre las lesiones benignas y malignas, que en uno de ellos, permitió sentar un criterio de gravedad, que no señalaban los demás métodos exploratorios; aunque siempre procurando no apartarnos del concepto, según el cual, el examen citológico, solo es una exploración más, dentro del estudio general del enfermo, considerando en su conjunto.

A todos los que nos han prestado su colaboración y estimulado en la tarea, nos complacemos en expresarles aquí, nuestro sincero agradecimiento.

HISTORIA

Haciendo una ligera reseña de la evolución de la citología gástrica y esofágica, nos encontramos según Castelain, que a finales del siglo pasado, después que Ehrlich y Walshe habían identificado células neoplásicas de origen bronquial, otros autores las describieron en diversas secreciones, entre ellas el jugo gástrico. Pero estos trabajos no pasaron adelante, debido a que los procedimientos de fijación y coloración citológica resultaban imperfectos.

Marini en 1909 verifica el estudio del citodiagnóstico gástrico, realizando el examen en fresco, de células sin tefir; exponiendo la predicción de que llegaría día, en que se obtendrían datos tan importantes de la citología del lavado gástrico, como los que ya entonces lograban del examen del sedimento urinario.

El diagnóstico citológico del cáncer gástrico, siguió las visci-

situdes de la evolución general de la citología, pero quedando rezagado, pues como era lógico, se llegó antes a obtener resultados, del estudio de órganos mas asequibles, principalmente de cuello uterino y respiratorios, pero que sirvieron para conocer las características principales de las células neoplásicas; conocimientos que posteriormente pudieron ser aplicados al citodiagnóstico de diversas secreciones orgánicas, entre ellas al del contenido gástrico.

En 1927 Dudgeon y Patrick publican un método, para el rápido diagnóstico microscópico de tumores, pero refiriéndose a los de aparato respiratorio, pero exponían caracteres generales propios de las células neoplásicas; insistiendo el primero de dichos autores, junto con Wrigley en 1935.

En 1928 Quensel, estudia los aspectos comunes específicos de la citología tumoral, determinando muchas de sus peculiaridades. También en este año, Papanicolaou y después Daniel y Babes, en sus

estudios sobre el ciclo menstrual femenino, establecían la posibilidad de identificar la célula cancerosa en los frotis.

En 1929 Mac Carty, comienza a publicar la serie de sus trabajos sucesivos, sobre caracteres diferenciales de la malignidad celular.

Luego van siguiendo las publicaciones. La de Fidler en 1935, realizando el estudio citológico comparativo, entre el tejido normal y el neoplásico. La de Guttman, insistiendo en la alteración existente, en la relación núcleo-nucleolo de las células tumorales, como había determinado Quesnel y Mac Carty anteriormente y sobre lo que había de volver a llamar la atención Haumeder en 1938.

Continuaron saliendo trabajos sobre citología en derrames pleurales, ascitis, esputos ect. pero es a partir de 1941 que Papanicolaou y sus colaboradores, perfilan su técnica de coloración, insistiendo además en el método ya anteriormente conocido, de la fijación húmeda de las muestras.

A pesar de que Hess Hollander en 1944, verifican estudios sobre

coloración de la mucosa gástrica; no fué hasta 1946 que papanicolaou⁷ publicó su técnica de tinción celular, estableciendo el valor diagnóstico de las células exfoliadas de los tejidos cancerosos, que se utilizó también para el estudio de las neoplasias gástricas, cuyos primeros resultados en lo referente a estas últimas, fueron dados a la publicidad por dicho autor junto con Cooper, el año siguiente, estudiando la citología del contenido gástrico, como procedimiento diagnóstico del cáncer de dicha localización.

Desde entonces las publicaciones se fueron multiplicando, con aportación de modificaciones diversas, que veremos al estudiar las técnicas citológicas, que intentaban resolver los múltiples inconvenientes que presenta el citodiagnóstico del estómago. Entre ellas, hay que considerar los trabajos de Hollander y colaboradores, los de Graham y otros. Los procedimientos de obtención de muestras, como los propuestos por Tomenius, y por Henning y las modificaciones de Botsford y Tucker, de Hunter y Richardson; hasta

llegar al avance representado por el balon abrasivo de panico Papanicolaou y Cooper, y al método mucelítico de Rosenthal y Traut todos los cuales serán descritos más adelante.

Actualmente un gran número de investigadores norteamericanos, bajo el patrocinio de la American Cancer Society en su lucha anticancerosa, trabajando en diversos centros de aquel país, insisten en el estudio del citodiagnóstico del cáncer gástrico, en busca de poder obtener mas datos exploratorios, que complementen los que se pueden lograr de la radiología y de la gastroscopia.

COMPOSICION DEL SEDIMENTO GASTRICO

El material obtenido para su estudio citológico, bien por el procedimiento antiguo del exámen del sedimento del contenido gástrico en ayunas, añadiéndole el líquido procedente de repetidos lavados con suero fisiológico templado, o bien mediante el incremento de la exfoliación natural por el frote mecánico de la superficie de ^{la} mucosa; presenta unas características cualitativas parecidas, con la diferencia que en el segundo caso, las muestras obtenidas son mas numerosas en cantidad y de mayor tamaño, estando constituidas generalmente, no por células aisladas, sino por acúmulos celulares que en algunos casos pueden llegar a tener un volumen relativamente grande; además en mejor estado de conservación, porque recién desprendidas de la pared gástrica, el tiempo transcurrido desde su exfoliación hasta su extracción al exterior, es muy escaso; a lo que se añade el hecho de que los fragmentos constituidos por una aglomeración celular,

resisten mucho mas a la acción pepsolítica del jugo gástrico que las células aisladas, tanto mas, como de mayor número de aquellas esté constituida la porción de mucosa, encontrando en este caso, que si bien las de la periferia presentan cierta alteración, las que ocupan una localización mas central, la han sufrido en grado mucho menor.

El material extraído de la cavidad gástrica que nos ha de proporcionar las muestras para la citología, además de elementos de origen gástrico y esofágico, tiene la posibilidad de contener otros componentes que se han de diferenciar identificándolos. Se trata de elementos de procedencia buco-faríngea, rino-respiratoria, duodenal, de origen hemático, gérmenes y parásitos y en último lugar, materias de origen externo y elementos no identificables.

Elementos gástricos: procedentes de la exfoliación celular y de las secreciones del estómago; Están constituidos por células de la mucosa, unas de tipo epitelial superficial, aisladas y formando pequeñas agrupaciones; las menos de la mucosa secretora. Además por núcleos de las células epiteliales, desnudos o conservando fragmentos de citoplasma, como consecuencia de la plasmolisis producida por los fermentos proteolíticos gástricos. Existe también mucina en cantidad variable.

Elementos esofágicos: desprendidos por la exfoliación natural y deglutidos o llevados a la cavidad gástrica, por el pase de la sonda. Los que predominan son las células del epitelio escamoso estratificado superficial que tapiza el esófago; pueden presentarse sueltas o constituyendo acúmulos. En mucha menor cantidad pueden hallarse células de la capa intermedia de la profunda basal, y células glandulares.

Células buco-faríngeas: grandes con tendencia a la eosinofilia y abundante queratina, desprendidas y deglutidas, suelen hallarse en

pequeña cantidad. Hay que tener en cuenta su presencia porque sus núcleos, relativamente grandes en comparación con los del epitelio del estómago, al quedar aislados por la destrucción de su protoplasma, debida a la acción ya mencionada de los fermentos proteolíticos gástricos, pueden simular una célula maligna de gran núcleo.

Elementos de origen respiratorio: serían células llegadas al estómago adheridas al moco de procedencia nasal o bronquial. Están por lo general formados por células cúbicas o bien ciliadas, desprendidas de aquellas mucosas. Puede haber también histiocitos pulmonares o bronquiales.

Elementos de procedencia duodenal: excepcionalmente puede encontrarse epitelio de dicho origen, llegado a la cavidad gástrica merced al refluje duodenal. En un enfermo gastrectomizado, con úlcera de nueva formación, en la vertiente intestinal de la anastomosis, los encontramos en gran cantidad.

Elementos hemáticos: procedentes del sistema vascular, llegados al estómago por hemorragia o leucepédesis. Están constituidos en primer lugar por leucocitos polinucleares, en número variable, dependiendo principalmente de la existencia de una inflamación aguda o crónica. Linfocitos cuya cantidad está en relación con la presencia de una flógosia crónica o de reacciones linfomatosas. Monocitos en escasa proporción, ocasionalmente hallados en determinadas condiciones inflamatorias. Macrófagos o histiocitos, también en proporción variable y en relación con procesos flogósicos locales. Hematíes cuya presencia con los antiguos métodos de obtención de muestras, tenía la significación de la existencia de una hemorragia activa (ulcus, neoplasia o gastritis) con el empleo del método de exfoliación mediante frote, puede hallarséles en escasa cantidad, aun en ausencia de aquella. Células plasmáticas, pocas, mas abundantes cuando existe gastritis crónica.

Gérmenes y parásitos: generalmente llegados al estómago desde boca, faringe y vías respiratorias altas, o aparecen por contaminación de las muestras, durante la exploración. Están constituidos por bacterias, cocos, varios tipos de hongos (monilia) en forma de micelios o de esporos. Como parásito puede hallarse, giardia lamblia, de posible procedencia duodenal.

Entre las materias llegadas del exterior, podemos encontrar diversos restos alimenticios indigeridos. La persistencia de retención de alimentos, dificulta mucho la exploración citológica, obligando a realizar lavados gástricos previos. Entre los elementos extraños introducidos desde fuera, hemos de tener en cuenta, la frecuente presencia de pequeñas cantidades de sulfato de bario, residuo de la exploración radiológica previa; nos ha sido posible observar su existencia, al ser desprendido por el rascado de la mucosa, al realizar el frote, aun en casos que no resultaba visible, a la observación radioscópica;

su presencia en cantidad, dificulta el estudio citológico, lo que motiva que aun sin retención gástrica aparente, esperemos realizar el citodiagnóstico mediante el frote, pasados unos tres días, de la última exploración a Rayos X.

Además pueden existir elementos no identificables: células intersticiales, fibras o mucosas, degeneradas y necrosadas. También las secreciones producidas en diversas ulceraciones (ulcus, neoplasia ulcerada, gastritis ulcerosa). Todo esto contribuye a dificultar la correcta interpretación citológica.

Como veremos más adelante, al exponer nuestra técnica, hemos soslayado en lo posible, la presencia de tantos factores de perturbación, y en lugar de seguir la pauta, de verificar la sedimentación, del contenido del estómago y del lavado gástrico, o bien del líquido obtenido directamente del estómago y del lavado del balón abrasivo,

según hacen Panico y colaboradores; lo que realizamos nosotros, después del frote, seguido de la instilación reiterada de suero fisiológico, en cavidad gástrica, con su consiguiente extracción, es separar los pequeños fragmentos existentes en dicho líquido, que por su aspecto macroscópico, parecen ser de mucosa, añadiéndoles además, los que pueden hallarse retenidos en el mandril; verificando luego, la observación citológica, del material así obtenido.

CARACTERISTICAS CITOLOGICAS DEGENERATIVAS E INFLAMATORIAS

Interesa sobremanera, estudiar los caracteres diferenciales, que pueden presentar, las lesiones gástricas y esofágicas diversas, especialmente las de origen inflamatoria, pues estas son las que con mas facilidad pueden inducirnos a error, y en donde resulta en ocasiones, extremadamente difícil opinar, si determinada alteración de las células, es simplemente inflamatoria, o representa un transterne maligno inicial; teniendo en cuenta, que las consecuencias prácticas, derivadas de su muy distinto pronóstico y tratamiento, pueden ser importantes, planteando problemas, a veces de dificultosa solución. Solo el atento exámen, de todas las preparaciones hechas con el material obtenido, cuantas mas mejor, y en cada una de ellas, el cuidadoso estudio de las alteraciones citológicas halladas, consideradas individualmente y en su conjunto, puede permitir la emisión de un dic-

támen autorizado. Será norma prudente, insistir, repitiendo las maniobras de obtención de muestras, en los casos dudosos. Es en estos enfermos, afectos de procesos flogósicos crónicos, donde nos hemos encontrado, con las máximas dificultades interpretativas.

Los cambios de aspecto, que presentan las células, debidos a alteraciones degenerativas o inflamatorias, los acusan en mayor grado, las de la mucosa gástrica; siendo en cambio menos marcadas, en las esofágicas.

Las alteraciones celulares degenerativas, pueden ser producidas por diversos factores, unos generales, como son: trastornos de la digestión, deficiencias nutritivas y vitamínicas, perturbaciones hormonales y anemia; otros en relación a condiciones locales, como la existencia de retención gástrica o esofágica, y de un quimismo anormal. En estos casos de lesiones degenerativas, las células presentan modificaciones, en los diversos elementos que la constituyen;

el protoplasma puede contener inclusiones vacuolares de bastante tamaño; su membrana suele hallarse arrugada, fragmentada o totalmente destruida; el núcleo está ligeramente engrosado e hiper cromático, pudiendo existir en él, piconosis carioquinesis o cariolisis. En los fragmentos constituidos por agrupaciones celulares, se podrá observar ligera anisocitosis y anisonucleosis, así como la desaparición, generalmente parcial, de algunas de las separaciones intercelulares.

Las alteraciones citológicas inflamatorias, que se presentan acompañando principalmente a la gastritis y al úlcus péptico, pueden transcurrir, con infiltración leucocitaria, necrosis celular y erosiones ulcerativas. En cuanto a las manifestaciones celulares, el núcleo puede hallarse algo aumentado de tamaño e hiper cromático, provisto de una bien marcada membrana nuclear, con su cromatina y nucleolo, mas destacados de lo normal. Es posible que el protoplas-

ma contenga leucocitos incluidos. Las agrupaciones celulares, examinadas en conjunto, pueden presentar ligera anisocucleosis. Como parte de la reacción inflamatoria, se hallarían, leucocitos perinucleares y linfocitos, en cantidad variable, rodeando a los elementos celulares.

Durante el proceso de reparación tisular, existente en las fases de cicatrización del úlcus gástrico; así como en los cicatriciales que tienen lugar, en el post-operatorio inmediato, de las intervenciones quirúrgicas gástricas; puede amenudo producirse, según Panico, la aparición de células epiteliales atípicas, mostrando alteraciones que fácilmente podrían ser interpretadas, como de naturaleza maligna. En dichos procesos de reparación tisular, los histiocitos, dotados de acción fagocitaria, contribuyen con su presencia a complicar el cuadro citológico, dando lugar a la aparición, de formas celulares de difícil clasificación.

En la gastritis hipertrófica, se hallarían las células superficiales de la mucosa gástrica, conservando perfectamente sus límites protoplasmáticos, con la estructura nuclear bien mantenida pero con algo de aumento de su tamaño y de su hipercrematismo. Raramente se encuentran en las muestras obtenidas, células mucosas vacuoladas. Existe por lo general, abundante mucina y gran infiltración linfocitaria extracelular, que se pone especialmente de manifiesto, estudiando los microfragmentos de mucosa; estas células linfocitarias, desparramadas entre las epiteliales, constituyen una importante característica diferencial, con la mucosa normal.

En la gastritis atrófica, se encontraría en las preparaciones, junto a escasas células gástricas atípicas, una moderada cantidad de leucocitos polinucleares y menos linfocitos. Mientras algunas de las células de la mucosa, presentan sus núcleos poco deformados, por la existencia de inclusiones vacuolares citoplasmáticas, hay

otras, pocas, en que dicho núcleo, hiperromático, queda desplazado lateralmente, tomando el aspecto de células en anillo de sello. En los fragmentos de mucosa, raramente pueden encontrarse linfocitos extracelulares.

En los enfermos de úlcera gástrica, crónica, benigna, podemos hallar células epiteliales gástricas, con cierto grado de atipia, acompañadas de leucocitos polinucleares y linfocitos. Las manifestaciones de dicha atipia celular, consistirían en un moderado aumento del tamaño nuclear, acentuándose su red de cromatina y el volumen del nucleolo. En cambio es insignificante el aumento del hiperromatismo del núcleo. La existencia de células intersticiales o del tejido fibroso es difícil de precisar. El grado excepcional de discariosis de las células epiteliales, que se suele encontrar en estos casos, puede tener cierto valor.

CARACTERISTICAS CITOLOGICAS DE MALIGNIDAD

Hay que hacer constar previamente, que no existe un criterio absoluto, de malignidad celular, y que este concepto se ha ido formando, hasta adquirir las características esenciales que lo definen actualmente. Insisten Papanicolaou y otros autores, en la no existencia, de un cuadro absolutamente patognomónico, de dicha malignidad, siendo solo la apreciación de un conjunto de desviaciones estructurales, lo que permite tal diagnóstico. Sin embargo, según indican Rubin y colaboradores, coincidiendo con la opinión expuesta por muchos otros, las características citológicas que pueden ser halladas, a condición de disponer de suficientes muestras en buen estado, y de tener la adecuada experiencia en su interpretación, son bastantes, para conferir al estudio citológico un alto grado de exactitud.

Además hay que recordar, que no todas las células, procedentes de las muestras obtenidas de una lesión maligna, han de tener necesariamente dichas características, sino que pueden también estar presentes, muchas de aspecto normal y otras previstas de atípicas inflamatorias o degenerativas. Contribuye en alto grado, a facilitar el diagnóstico citológico de neoplasia, un importante factor que señalan Panico y otros autores; es, que las células malignas son más fácilmente exfoliables que las normales, aunque esta característica que se produce espontáneamente y se acentúa con la exfoliación provocada, nosotros también la hemos observado, quizá en menor grado, empleando el procedimiento de obtención de muestras, mediante el mandril-sonda, en los procesos inflamatorios, contrastando con las muestras relativamente escasas, logradas en los individuos con normalidad gástrica.

Las características morfológicas generales, que definieran también, la malignidad celular gástrica y esofágica, serían las siguientes.

Tendencia al aumento de volumen de la célula neoplásica.

Variabilidad de forma y tamaño celular, debido a la presencia simultánea, de elementos normales, hipo e hiperplásicos, en fases de crecimiento y degeneración, con la consiguiente atipia. La existencia de monstruosidades en la forma celular, es un carácter propio de neoplasia maligna.

Aumento de la relación de tamaño, núcleo-citoplasma, invirtiéndose las proporciones normales, por aumento predominante del núcleo.

Membrana nuclear visible; a veces realzada, por la condensación periférica de la cromatina.

Hipererromia nuclear, que según Capersson y colaboradores, estaría en proporción, con un aumento en ácidos nucleínicos. El hipererromatismo es a veces tan acentuado, que llega a ocultar los

detalles de la estructura nuclear.

El núcleo, aparece aumentado de volumen, de forma redondeada, oval o de contornos irregulares. La diferencia del tamaño nuclear, en relación con el de la célula normal, es mas acentuada que las variaciones morfológicas. Presenta un aspecto granuloso, que sería debido, a la presencia, de un gran número de formaciones ricas en ácido nucleínico (acúmulos cromáticos de Koller) irregularmente repartidos, pudiendo en ocasiones, por su gran condensación, que dá lugar a formarse espesos grumos de cromatina, quedar espacios desprovistos de substancia nuclear. Es posible hallar también, núcleos aislados, despojados parcial o totalmente de protoplasma.

Se encuentran uno o varios nucléolos; mas numerosos, en células que están en fase de crecimiento, y en número menor, en las degenerativas. También ^{de} gran volumen. Según algunos, contendrían abundante ácido ribonucleico. La presencia de nucléolos múltiples, constituiría un importante signo, de célula neoplásica. Suele hallarse

aumentada la proporción nucléolo-núcleo de Quensel; normalmente el cociente de dividir, el diámetro del nucléolo por el núcleo, no pasa de 0,2, mientras que en las células neoplásicas, la comparación del nucléolo mayor, suele dar valores de 0,3 y 0,4.

Es posible encontrar, monstruosidades nucleares y mitosis anormales, como signos de alteración de la división nuclear. Esta característica bastante frecuente, en las células neoplásicas gástricas, lo es mucho menos en las esofágicas.

Existe basofilia citoplásmica, generalmente muy acentuada, pero apareciendo el protoplasma, debilmente coloreado por contraste con la intensa coloración nuclear. La estructura del citoplasma, puede aparecer hialina, pero con mas frecuencia, es de superficie áspera como deshilachada. En algunos casos, se han descrito la presencia de inclusiones o productos de la diferenciación celular (queratina, lipoides etc).

También existen vacuolizaciones pretoplasáticas, principalmente evidentes con el microscopio electrónico. Estas vacuolas, cuando son de gran tamaño, pueden llegar a desplazar el núcleo hacia la periferia. En el protoplasma de las células de algunos epitelios, se han descrito, la existencia de zonas basófilas en la región perinuclear alternando con otras acidófilas en la periferia; éstas últimas, serían debidas a un proceso de queratinización.

Las agrupaciones celulares neoplásicas, pueden aparecer en ocasiones, con aspecto de racimos de núcleos, incrustados en una masa pretoplasática, faltando las membranas intercelulares. Dichos núcleos, cuya cromatina estaría irregularmente repartida, serían de tamaño distinto unos de otros; aunque podrían exhibir poco polimorfismo. Esta disposición sincicial, sería la expresivamente llamada por los alemanes "Kernkultur" o cultivo de núcleos; habiéndola encontrado algunas veces; en nuestros casos.

En presencia de células, que muestren evidentes, todos o muchos de los caracteres descritos, el diagnóstico de malignidad se impone. Si existen "placards" de aspecto neoplásico, aquel resulta aun mas seguro, y por supuesto mucho mas, en los casos que utilizando nuestro método de obtención de muestras, mediante el mandril-sonda, conseguimos disponer de pequeños fragmentos de mucosa, que pueden ser incluidos directamente en parafina, permitiendo verificar un verdadero exámen histológico y la comprobación de una importante característica de malignidad, que es incapaz de proporcionar la citología, consistente en la disposición irregular o desordenada de la estructura tisular blastomatosa.

Recientemente se ha intentado establecer una relación, entre los aspectos citológicos encontrados, y la naturaleza anatomopatológica de la lesión de que proceden; agrupando las células en dos categorías, unas diferenciadas que corresponderían al tipo adenocarcinoma, y otras

Aspecto de los diferentes tipos de células neoplásicas gástricas, aisladas o formando agrupaciones, obtenidas con el balón abrasivo.

Aumento: 475

(Fotocopia de una publicación de F.G. Panice)

procedentes de carcinomas indiferenciados.

Las primeras, presentarían los siguientes caracteres, entre los propios de malignidad celular, ya descritos. Conservarían membrana celular. Su protoplasma vacuolada; pudiendo estar desplazado el núcleo a un extremo de la célula, tomando el aspecto, en anillo de sello; las vacuolas pueden contener pequeños elementos celulares, los mas frecuentes de tipo leucocitario. Núcleo grande, excéntrico, variable en su forma y dimensiones, generalmente con varios nucléolos; la cromatina nuclear, estaría muy aumentada y repartida en gruesos filamentos y densos grumos, de distribución irregular.

En cambio, las células procedentes de carcinomas indiferenciados, presentarían tendencia a constituir apretados grupos, son poderse distinguir las membranas celulares. La vacuolización del protoplasma, aunque visible, sería menos acentuada. El núcleo, presentaría las características generales de malignidad.

Las células neoplásicas encontradas en el estómago, pertenecen en su mayoría, a la variedad indiferenciada; y la realidad es, que solo con poca frecuencia, se ha podido establecer una relación, entre las células desprendidas, y la correspondiente preparación histológica, en algún caso de adenocarcinoma y excepcionalmente en uno de carcinoma mucosoide. Lo mas que se llega en la práctica, es sospechar en algunos casos, por las características descritas, que dichos elementos celulares, provienen de un carcinoma gástrico indiferenciado, o en los que muestran, una disposición que recuerda los acinis, que proceden de un adenocarcinoma.

Por nuestra parte, las veces que nos hemos permitido emitir una opinión, en el sentido de determinar, la naturaleza anatómopatológica de la tumoración, que ha dado lugar a las muestras, ha sido basándonos en el aspecto histológico, de las obtenidas, que ofreciendo un tamaño relativamente grande, conservaban estructura tisular.

Siempre se ha pensado en la posibilidad, de que hubiera, diferencias bioquímicas , entre las células benignas y malignas. Caspersson en 1942, después de un detenido estudio, concluyó, en la no existencia de variaciones cualitativas de composición. Dicho autor y sus colaboradores en 1950, demostraron diferencias cuantitativas, principalmente en los núcleos neoplásicos, con aumento de ácidos nucleínicos. Describieron en áreas tumorales, con nutrición deficiente, la presencia de células de aspecto muy parecido, a las observadas por la citología.

Desde los trabajos de Mellors en 1951, existe la posibilidad de examinar, una nueva característica de malignidad celular, y es su poder fluorescente. Se ha demostrado, que la célula cancerosa, teñida con una coloración a base de fluorocromo, que se combina selectivamente con ciertos componentes celulares, de máxima localización en el núcleo, cuando es sometida, al efecto de una radiación ultravioleta de gran longitud de onda, emite una fluorescencia

principalmente nuclear, mucho mayor que la célula normal, pudiéndose medir dicha intensidad luminosa.

Este procedimiento microfluorimétrico, precisa de un material costoso, de manejo delicado, y aquella propiedad, no parece ser mas demostrativa de malignidad, que las características morfológicas primeramente descritas. No obstante, creemos posible que en el futuro, podrá tambien ser aplicado, a la citología diagnóstica gástrica y esofágica, evidenciando un aspecto mas, de la célula neoplásica.

Recientes trabajos de Oberling y colaboradores con el microscópio electrónico, han puesto de manifiesto la estructura de los elementos que proporcionan la basofilia característica de la célula neoplásica.

TECNICAS CITODIAGNOSTICAS GASTRICAS

En la práctica del diagnóstico citológico gástrico, hay que tener en cuenta, la intervención de una serie de factores especiales, que le imprimen peculiares características. Son los siguientes: la acidez y poder proteolítico del jugo gástrico; el paso al interior del estómago de secreciones procedentes de nariz, faringe y bronquios; también la posibilidad de reflujo duodenal; la secreción de moco gástrico; la retención de alimentos y finalmente la capacidad de exfoliación de las lesiones, que puede padecer el estómago. De la neutralización de los primeros y del incremento de la última, dependen los resultados que se obtengan; pues aquellas son circunstancias que contribuyen a dificultar el citodiagnóstico; favoreciéndolo en cambio, el aumento del desprendimiento celular.

Hay que tener en cuenta en primer lugar, la acidez del jugo

gástrico y su notable acción proteolítica, que es capaz de destruir las células, en breve espacio de tiempo; mas fácilmente, si son aisladas, menos si constituyen agrupaciones, comenzando por lisarse, primero el protoplasma, y despues el núcleo. Para eliminar en lo posible la actuación perniciosa del jugo gástrico, se ha pensado en fijar los elementos celulares, lo mas pronto que se pueda, añadiendo el fijador, al contenido del estómago, recién extraído; pero este proceder, tiene el inconveniente de hacer precipitar todas las proteínas, existentes en el líquido, dificultando la ulterior observación. Incluso se ha pensado, en instilar el líquido fijador, dentro de la cavidad gástrica. También en inyectar, en el interior del estómago, soluciones bicarbonatadas que actuarían por neutralización del HCl y dilución del jugo gástrico.

Creemos mejor, el empleo de la solución isotónica de cloruro sódico, que favorece la conservación celular, a la vez que diluye el contenido intragástrico. Pero lo esencial, es el actuar rápidamente,

haciendo que las células desprendidas, permanezcan lo menos posible, en contacto con el ya repetidamente mencionado jugo gástrico.

El paso de secreciones, procedentes del tramo respiratorio, o bien el reflujo duodenal, aunque menos importantes, también no dejan de ser un inconveniente, contribuyendo a enturbiar el contenido del estómago, al introducir elementos extraños, pero sin llegar a constituir, inconveniente serio. Lo mismo, podemos decir de la secreción de moco; además de que recientemente Resenthal y Traut, han empleado como veremos más adelante, una sustancia dotada de acción mucolítica, eliminando dicho factor perturbador.

En cambio de máxima importancia, es la existencia de retención de alimentos; tanto, que algunos autores han dicho, que imposibilitaba el estudio de la citología. En realidad, constituye un contratiempo, pero no, un impedimento, que creemos se puede resolver casi siempre, insistiendo con lavados gástricos, uno o dos diarios, desde unos días antes de la exploración, hasta lograr limpiar el

estómago lo suficiente, o al menos clarificar su contenido. Nunca nos ha resultado un obstáculo insalvable, hasta ahora, aunque en uno de los casos que figuran en este trabajo, existía retención de papilla baritada, a los 17 días de la exploración radiológica; pero insistiendo en los lavados gástricos, se pudo por fin, realizar el examen citológico. Cuando existe retención, se ha aconsejado también, la práctica de la aspiración continua, desde unas 8 a 12 horas antes, de la exploración citológica.

Para nosotros, un factor primordial, lo constituye la capacidad de exfoliación de la mucosa gástrica, que como se ha demostrado, está aumentada en las neoplasias; y en incrementar este desprendimiento natural, es en donde creemos, reside la solución del problema, de mejorar el valor práctico, del citodiagnóstico de las lesiones del estómago. Lo que se precisa, es obtener mas muestras, de mayor tamaño, y en el mejor estado de conservación posible; dependiendo esta última condición, en parte, de la segunda, ya que cuanto mas grandes son los

fragmentos de mucosa, mejor es su preservación, y principalmente, de la rapidez en ser substraídos a la acción perniciosa del jugo gástrico, aunque esté diluido.

Para incrementar la exfoliación natural, en las diversas afecciones gástricas, se pensó en lavar el estómago con suero fisiológico, una vez retirado el contenido gástrico; buscando y recogiendo luego, las células desprendidas en contacto con dicho suero. Aunque se mejoraren algo los resultados obtenidos anteriormente, no era bastante.

También se trató de utilizar sustancias químicas, que tendrían de producir la descomposición de la mucosa, pero sin alterar la estructura celular. Según Traut y colaboradores mencionan, con tal fin Hollander Hess y Sober han propuesto el uso de una emulsión acuosa de eugenol; dicen que a la proporción de 2%, daba lugar al cabo de 15 minutos de ser instilada en el estómago, de los individuos normales en que fué probada, a un gran aumento del material celular que

podía ser obtenido. No dió buen resultado, el uso de substancias irritantes, para aprovechar su poder abrasivo sobre la mucosa gástrica, como por ejemplo el aceite de clavo que se probó de emplear en el Vincent Memorial Hospital de Boston.

Lo mejor parece ser: incrementar la exfoliación natural de la mucosa, mediante el frote mecánico, usando medios desprovistos de riesgos traumáticos; utilizar el suero clorurado sódico isotónico y finalmente actuar con relativa rapidez. Este ha sido nuestro parecer, y en tal sentido hemos orientado nuestros esfuerzos, en busca de mejorar todo lo posible, los resultados del citodiagnóstico gástrico.

Una vez hechas estas consideraciones de caracter general, pasaremos a describir, los métodos mas importantes, que se han empleado.

Método de aspiración y lavado gástricos. Basado en el examen citológico, de las células de la mucosa del estómago, desprendidas por exfoliación espontánea, ha sido el exclusivamente utilizado durante años, con ligeras modificaciones, hasta que se idearon artificios, para aumentar aquel desprendimiento natural. Este método, con alguna escasa variante, era el seguido por nosotros, antes de empezar a utilizar el procedimiento personal, que será expuesto mas adelante.

Su técnica, con algunos detalles que se le han ido añadiendo es la siguiente. Con el paciente en ayunas desde unas diez horas antes, se le introduce por boca o nariz, una sonda delgada provista de varios orificios, separados entre si poco mas de un centimetro, en su extremidad distal hasta penetrar unos 75 cm. Después

se instila por la sonda 200 c.c. de suero fisiológico, o bien de agua corriente, mejor es, ligeramente templada, evacuando seguidamente el contenido gástrico, todo lo posible, mediante aspiración con una jeringa de gran capacidad, obteniendo así la primera colección líquida, de donde se extraerán después las muestras.

A continuación se instilan 100 c.c. de suero fisiológico tibio, extrayéndole parcialmente y volviendo a inyectarlo de nuevo, varias veces. Entonces se obtura la sonda, y se hace acostar al enfermo en posición supina, prona y en ambos decúbitos laterales, sucesivamente; luego sentarse con el fin de que el líquido instilado, se ponga en contacto con toda la superficie gástrica. Después, se aspira el contenido del estómago hasta vaciarlo.

El líquido extraído, así como el obtenido primeramente, han de ser llevados, lo mas rapidamente posible al Laboratorio, pues en mayor o menor tiempo, dependiente de la composición del jugo gástrico, existe el peligro de que las células experimenten, un proceso de digestión que altere sus características morfológicas.

Ambos líquidos, con centrifugados en su totalidad, en tubos de 50 cc. durante 20 minutos, a unas dos mil revoluciones por minuto. Se decanta el líquido que sobrenada, y utilizando un asa de alambre, el sedimento es extendido en una capa delgada sobre portaobjetos, bien aplastado para obtener el mínimo grosor de la extensión, y sin darle lugar a secarse es introducido en el fijador, constituido a partes iguales, de alcohol de 95% y de éter etílico. Es un detalle esencial de esta técnica, preconizada por Papanicolaou, el de proceder a la fijación, estando aun húmeda la preparación. Permanecerán fijándose al menos durante una hora. Cuando no se desee, verificar seguidamente la coloración, pueden permanecer hasta un par de semanas, sin estropearse.

La tinción se realiza siguiendo el ya mencionado procedimiento de Papanicolaou, que es una buena coloración, proporcionando especialmente una excelente diferenciación nuclear. Siguiendo exactamente dicha técnica las preparaciones son extraídas directamente del fijador

se introducidas unas diez veces, en alcohol etílico al 70%, luego otras tantas en etre al 50% y despues en agua destilada. Se tife durante 3 minutos con Hematoxilina de Harris; contituida por: hematoxilina 1 grm. alcohol absolute 10 c.c. alumbre amónico e potásico 20 grm. agua destilada 200 c.c. y óxido mercuríico 0,5 grm. Después se lava 1 minuto en agua; se introduce unas 5 veces en una solución de HCl al 5%, pasándola luego, por agua durante 4 minutos y se coloca durante otro minuto, en una solución diluída de carbonato de litio; se vuelve a pasar por agua durante un nuevo minuto, y se verifican sucesivamente unas diez inmeriones en alcohol al 50,70,80, y 95 %.

Luego se introduce durante 1 minuto, en el colorante Orange G-6, constituido por: Orange &-6 0,5 % en solución con alcohol etílico al 95% 100 c.c. y ácido fosfotungstico 0,015 grm.

Después otra decena de inmersiones en alcohol de 95%, que se reiteran de nuevo, y coloración durante 2 minutos con el colorante de

Papanicolaou, que se compone de: verde brillante al 0,5 % en alcohol al 95 %, 45 c.c. Pardo Bismark al 5% en alcohol de 95 %: Eosina al $\frac{1}{2}$ % en alcohol de 95 %: 45 c.c. Acido fosfotúngstico: 0,20 grm. Solución saturada de carbonato de litio: una gota.

A continuación, se sigue con inmersiones repetidas diez veces, en cada uno de tres recipientes con alcohol al 95 %. Luego que permanezca en alcohol absolute durante 4 minutos, y en xilol otros cinco; montando la preparación con bálsamo del Canadá neutro.

En la composición de la Hematoxilina de Harris, figuraba inicialmente ácido acético. La experiencia, principalmente lo publicado por el Vincent Memorial Hospital de Boston, aconseja suprimirlo, porque sin él se obtendría mejor diferenciación nuclear.

Nosotros venimos utilizando, con excelentes resultados, la técnica descrita, algo simplificada de la manera siguiente. Después de la fijación del frotis en alcohol-éter, durante el tiempo mínimo de una hora,

se lava con agua destilada, coloreando a continuación con la Hematoxilina de Harris o bien la de Ehrlich, cuya composición es: alumbre potásico 2 grm. Agua destilada 100 c.c. Glicerina 100 c.c. Hematoxilina al 2 % en alcohol al 95 %: 100 c.c. Acido acético 10 c.c. Se diferencia durante un par de minutos en agua clorhídrica al 1 %, se lava después en agua corriente 5 minutos, se pasa por alcohol al 70 %, coloreándole con el reactivo de Papanicolaou durante 1 minuto y a continuación se deshidrata por pases por alcohol al 95 % y xilol-fenol, poniendo el bálsamo.

Aun cuando es posible que otros procedimientos de tinción pancreáticos, sean igualmente útiles, en el citodiagnóstico; nuestra experiencia se reduce al clásico ya citado. Únicamente en algunas ocasiones, durante el curso de la exploración hemos separado un fragmento pequeño de mucosa, extendiéndolo sobre un portaobjetos, para realizar su inmediata tinción en fresco con solución de azul de metileno, que a pesar de no proporcionar detalles, permite orientarnos

sobre la naturaleza de las muestras que vamos obteniendo, al darnos la impresión de estar frente a elementos normales o patológicos.

Al principio, se realizaba la sola aspiración del contenido gástrico en ayunas, y en este se buscaban las células anormales. Posteriormente, se añadió, el lavado ulterior con suero fisiológico, que aumentaba las posibilidades de obtener, elementos celulares útiles.

No suele hallarse grandes diferencias, entre la cantidad de células obtenidas primeramente, y después de la instilación del suero, pudiendo lograrse indistintamente, en el líquido de ambos lavados, siendo lo habitual, que cuando el examen resulta positivo, se las encuentre en los dos.

Si existe estenosis orgánica y retención, se practicaría previamente un lavado de estómago, unas diez horas antes o la aspiración continua.

Los resultados obtenidos con este método, se expondrán más adelante, conjuntamente con los logrados con otros procedimientos.

Método de Tomenius . Este autor sueco, ideó un complicado procedimiento para el citodiagnóstico gástrico, publicado en 1949; con el cual, se intentaban prevenir, la mayoría de las habituales causas de error, evitando el paso a cavidad del estómago, de las secreciones de las vías digestivas superiores y procedentes del aparato respiratorio; también el reflujo intragástrico del contenido duodenal; además se contrafesta la acidez del jugo gástrico, mediante la instilación de solución bicarbonatada al 1,30 %, asegurándose que el contenido del estómago, tuviera en todo momento, reacción neutra o ligeramente alcalina.

Para ello utilizaba, una sonda con varios conductos, dispuesta de tal manera, que cuando su extremidad inferior, se había llevado al duodeno, mediante control radioscópico, para verificar la extracción de su contenido, otro de los conductos de que constaba la sonda, quedaba con sus orificios por encima del cardias, pudiendo realizarse la succión esofágica continua, con presión negativa comprobada mediante un manóme-

tro; otro que terminaba en el estómago, permitía la instilación continua de la solución bicarbonatada, y por el restante, se verificaba la extracción del contenido gástrico inicial y luego cada diez minutos, durante hora y media o dos horas; habiéndose estimulado previamente la secreción gástrica, mediante la inyección subcutánea de histamina.

Este procedimiento al parecer bien concebido, que representaba un avance, respecto al método de la simple aspiración del contenido del estómago y lavado ulterior, no dió a pesar de su prolijidad, los resultados que a primera vista podían esperarse, porque no tenía en cuenta, el factor que según hemos dicho, creemos esencial y que es, el incrementar la exfoliación natural. Con su técnica obtenía, que las muestras estuvieran en mejor estado de conservación, y menos contaminadas por productos exógenos, pero continuaban siendo escasas en número y tamaño.

Modificaciones propuestas por Botsford y Tucker. Con objeto de paliar, uno de los principales inconvenientes, de la citología del estómago y obtener una rápida fijación, de las células del contenido gástrico, dichos autores, en 1950, emplearon la siguiente técnica. El paciente ha de estar en ayunas desde unas 8 horas antes. Se le introduce por la boca una sonda gástrica blanda, lubricada con glicerina, y por ella se instilarían de 20 a 30 c.c. de suero clorurado sódico isotónico, aspirando después el contenido del estómago, el cual es inmediatamente mezclado con un volumen igual de alcohol al 95 %. La mezcla sería centrifugada, durante diez minutos, y el sedimento extendido en delgada capa, se recubriría con albúmina de huevo; siendo a continuación fijado y teñido. Este procedimiento, de añadir una substancia fijadora, al líquido del lavado gástrico, tiene el inconveniente de hacer precipitar, todas las proteínas existentes, dificultando la correcta interpretación.

También probaron dichos autores, de hacer que, en lugar de

instilar el suero fisiológico, verificarlo con 15 c.c. de alcohol al 70 %, con lo cual conseguían la fijación de las células, dentro de la cavidad del estómago. Aunque no tuvieran consecuencias desagradables ellos mismos admitían, que podía resultar pernicioso, en enfermos afectos de gastritis o de ulcus; por lo que no debería aconsejarse su empleo.

Modificación de Hunter y Richardson. Estos autores pensaron, en una vez obtenido el sedimento, por el procedimiento habitual, de aspiración y lavado gástrico consecutivo, en lugar de verificar con él, extensiones sobre portaobjetos, como de costumbre, realizar su inclusión en parafina, practicando luego las correspondientes secciones. Es posible, que en casos de disponer de pocos elementos celulares, se consiga aprovecharlos más, con este método. La fijación previa, la realizan en formalina con ácido picórico.

Método de exfoliación por el balón abrasivo, de Purice, Papamileo-

Laou y Osoper. Estos autores norteamericanos, pensaron muy acertadamente, en aumentar la exfoliación de las células del ómniser mucoso, mediante la irritación mecánica de la mucosa. Para ello idearon un aparato, que consiste en una modificación de la sonda de Miller-Abert para sondas intestinal, añadiendo a una sonda blanda de goma, dotada de doble conducto, uno para la aspiración, y otro para inyectar aire, terminada en su extremo distal, por una oliva metálica plateada, con orificios, un balón de goma de 8 cm. de longitud, colocado al final de la sonda, y que puede ser distendido a voluntad, mediante inuación. dicho balón está recubierto en su cara externa por unos 250 hacedillos, ordenados regularmente cada 3 mm. y formados por hilos de seda de unos 2mm. de longitud, dispuestos perpendicularmente al eje de la sonda, constituyendo una especie de cepillo, destinado a desprender las células de la mucosa.

La técnica del procedimiento sería la siguiente. Dejar al paciente

a dieta líquida desde el día anterior a la prueba, y con aspiración gástrica continua desde la noche antes; para evitar en lo posible, la existencia de restos de alimentos, que dificultan la buena obtención de muestras, hasta tal punto, que hay autores según los cuales, la presencia de alimentos o detritus, en el líquido extraído durante la aspiración, contraindicaría continuar la exploración.

Se sacarán las prótesis dentales móviles, y se lavará la boca mediante enjuagues; después se hace tragar el balón deshinchado, mojado con suero Ringer, ayudado con pequeños sorbos de dicho líquido. Según los creadores de este procedimiento, se puede realizar la anestesia local faríngea, para eliminar las molestias y reflejos nauseosos, aunque solo se experimenten mientras el balón atraviesa la faringe posterior. Ulteriores publicaciones con mayor experiencia, insisten en que se practiquen previamente gargarismos anestésicos. Una vez pasada la epiglotis, ya no hay dificultad al avance de la sonda hacia estómago,

ayudado por movimientos de deglución del paciente.

Después que la sonda se ha introducido unos 60cm. es aspirado todo el contenido gástrico, y desechado. Entonces se procede a distender el balón, insuflando de 75 a 100 c.c. de aire. La posición adecuada se logra, retirando la sonda hasta que el balón distendido, queda detenido por el cardias, en cuyo momento se producen reflejos de vómito, quedando según los autores, suficientemente establecida la localización intragástrica del balón, en posición correcta, sin necesidad de examen fluoroscópico. La moderada distensión de dicho balón, al separar las paredes del estómago vacío, sería suficiente para excitar su motilidad, como se observa por radioscopia. Este peristaltismo provocado, ayudado por la introducción de la sonda, llevaría el balón abrasiva desde cardias hasta piloro; una vez llegado aquí, hay que deshincharlo y hacerlo retroceder hacia cardias, donde se volverá a insuflar y se esperará la aparición de una nueva onda peristáltica; repitiendo las mismas maniobras que antes, unas cinco o más veces en el

periodo de una hora, mientras los blandos pinceles de seda se ponen en contacto con la mucosa. Durante toda la exploración, se verifica una suave aspiración continua, para evitar toda acumulación de jugo gástrico, que pudiera interferir el suficiente contacto entre balón y paredes gástricas.

Concluida la prueba, se retira la sonda, procediendo previamente a desinflar el balón, introduciéndolo rápidamente en solución de Ringer y remitiéndolo al laboratorio. La fijación mediante el alcohol de éfiere, para que las células no queden pegadas a la seda.

Una vez en el laboratorio, todos los fragmentos de mucosa aparentes en los pincelitos, son recogidos y extendidos directamente sobre portaobjetos, preparados con una fina película de albúmina, colocándolos a continuación en la mezcla fijadora de alcohol-éter.

Además el balón es vuelto a introducir de nuevo en el líquido de Ringer, donde es agitado hasta que se desprenden las células adheridas

a las sedas; añadiéndose alcohol para la fijación, y se centrifuga durante 30 minutos a 1.500 revoluciones por minuto. Se decanta el líquido que sobrenada, se cubre el sedimento con alcohol de 95%, y se realizan las extensiones, verificando la tinción, según la técnica de Papanicolaou.

Los resultados obtenidos son muy alentadores, comparándolos con los del método corriente de aspiración y lavado; siendo el mayor número de muestras y las mejor conservadas, conseguidas del lavado del balón. Según los autores del procedimiento, se consiguen buenas muestras, cuando el factor retención es adecuadamente corregido y el peristaltismo gástrico coadyuda. No ha sido posible poner de manifiesto, ni aun por gastroscopia, ninguna lesión traumática consecutiva a la aplicación de esta técnica.

Sin dejar de reconocer, el gran avance que representa este método para el citodiagnóstico, creemos que en la práctica debe tener algunos inconvenientes. El primero es el de tener precisión de anestesia

faringea previa, ya que la introducción de una oliva metálica, seguida de una escobilla de 8 cm. de longitud, aunque sea de hilos de seda, la hace casi inevitable, salvo en enfermos muy habituados a los sondeos. También el necesitar la colaboración activa del peristaltismo gástrico, que en los casos de neoplasia, muchas veces deja bastante que desear. Además que tratándose de una sonda blanda, sin mandril, no debe ser posible dirigirla a voluntad, lo que motivará que en ciertos casos, por la existencia de espasmos, o por su localización especial, como sucede en las lesiones de cámara de aire gástrica, será difícil poner en contacto directo el balón con la lesión. A veces nos hemos encontrado en neoplasias del fénix, con acedaduras y estenosis de la porción intra-abdominal esofágica, que el balón no hubiera podido salvar. También es de lamentar, que debido a su falta de protección, el balón deshinchado deba perder parte de las muestras que lleva adheridas, durante su extracción, al ser restregado contra las paredes del esófago y comprimido por los anillos que representan el cardias y el estrecho orico-

faringeo del esófago. De todas maneras, los también norteamericanos Hecht E.L. y Cohen Clifford, en un trabajo publicado a principios del año actual (1953) dicen que están estudiando el modo de mejorar dicho balón abrasivo.

Método de Traut y Rosenthal. Se basa en la observación de que el moco que recubre la mucosa gástrica, contiene abundantes elementos celulares. Trataríase de utilizar un medio, que permitiera que estas células, fueran aprovechables para su estudio microscópico.

El procedimiento empleado es como sigue. Introducción en el estómago de una sonda de tipo corriente, extrayendo el contenido gástrico que pueda haber retenido. Luego se instilan 300 c.c. de solución de papaina, de preparación un tanto complicada, activada inmediatamente antes de su empleo, por la adición de un gramo de ácido hidrocólico de cisteína: la cual ha de permanecer en el interior de la cavidad gástrica, por espacio de diez minutos, durante cuyo tiempo el paciente tendido, girará de vez en cuando de uno a otro costado, con objeto de asegurarse que el líquido se pone en contacto con toda la superficie del estómago.

Transcurrido aquél tiempo, se retirará el contenido gástrico, aunque no se logrará recoger todo el volumen instilado, porque siempre se pierde una parte de él pasando a duodeno; y se centrifuga antes de que haya pasado media hora de su extracción. Es preferible centrifugar la totalidad del líquido, aun que en ciertos casos de abundante contenido celular, bastaría hacerlo con una porción separada, después de haber mezclado bien toda la solución extraída. Con el fin de restablecer parte de la adherencia del espécimen, desaparecida al licarse el moco, es conveniente añadirle un par de c.c. de suero, inyectados mediante una aguja larga, en el fondo del tubo de centrifugación, con objeto de que las células se depositen en el suero y se adhieran, constituyendo una masa coherente. Mientras tiene lugar la digestión del moco, se produce un fino precipitado amorfo, que si queda incluido en el sedimento, enturbia las preparaciones que de él se obtienen; para evitarlo se centrifuga a poca velocidad, aproximadamente a 500 revoluciones por minuto, durante cinco; con lo cual empieza a formarse

un bloque colunar en el fondo del tubo, mientras sobrenada la masa blanquecina del precipitado, permitiendo la decantación y ulteriores adición de agua.

Se verifica la extensión, fijación y coloración, siguiendo el procedimiento de Popenicolson habitual, ya descrito anteriormente.

Según sus autores este procedimiento es inofensivo, no habiéndose observado ninguna acción perjudicial; aunque existe la posibilidad de que la solución de papaina, al actuar disolviendo el coágulo que obture algún vaso sanguíneo erosionado, pueda dar lugar a la producción de gastroerragias; no han tenido nunca resultado importante. Asimismo, que cuando el paciente ha sangrado macroscópicamente, se tenga la precaución de esperar de diez a quince días, antes de practicarle este método otolagráfico.

Un inconveniente que nos parece presentur este procedimiento, reside en que bastantes neoplasias gástricas, se acompañan de inflamación plébrica, y entonces una gran parte de la solución mucolítica

tica instilada se escapará hacia duodeno, resultande favorecida esta pérdida, por la cuantía del volumen líquido introducido (medio litro) que es inevitable estirale en mayor o menor grado el peristaltismo gástrico. También es lamentable, que el método, tal como lo describan sus autores, no sea de posible aplicación al diagnóstico citológico de las neoplasias esofágicas. La utilización de dicha proteasa vegetal, no creemos resulte un gran adelanto, aun aceptando que su acción lítica se limite al moco, sin afectar a las células; ya que los resultados obtenidos por los mismos autores, según se verá más adelante, no son mejores que los logrados con los métodos de tipo exfoliativo.

Método de Henning. Este autor viene utilizando un procedimiento propio, cuyos resultados ha publicado conjuntamente con Ritté a principios de 1952. Emplea un aparato que consta, de una esponja de goma del tamaño de una coquea pequeña, sujeta al extremo de un alambre enrollado en espiral, e introducido por el interior de un tubo de goma, de suficiente anchura para permitir el deslizamiento de la esponja. La extremidad de dicho tubo, queda oculta por un fragmento de celofán, atado a dicho extremo.

Dna vez introducido el tubo en el interior de la cavidad gástrica, y llevado hasta la profundidad suficiente, calculando la posición de su extremo por las referencias que lleva marcadas; se aprieta el alambre en espiral, hasta que la esponja rompe el celofán, verificando después movimientos de frote; retirando a continuación, y aprovechando lo que queda adherido a la esponja, para realizar el estudio otoscópico.

Este procedimiento, aplica el principio general de la citología, de realizar un frotis de la superficie que se quiere estudiar: en este caso la del estómago. En cambio no busca producir un desprendimiento exfoliativo, con la consiguiente recolección de las muestras desprendidas, mediante ulterior lavado gástrico. No indican que verifiquen la maniobra bajo control radioscópico, sino que se guían por la cantidad de sonda introducida; esta falta de seguridad de localización, quizá explique porque, en contraste con los excelentes resultados, obtenidos en las neoplasias de esófago y cuerpo de estómago, solo consiguen un tercio de positividades seguras, en los cánceres situados en el antro gástrico.

Método del Frente Efoliástico con Mandril-guinda. Este procedimiento que venimos empleando desde mediados de 1953, se basa esencialmente en la condición que presentan los tejidos neoprásticos, de ser mas frágiles y fácilmente efoliábiles que los normales; hecho, que desde los estudios experimentales de Pirer y Oey, y las observaciones en el hombre de Gaman, Ho Cutcheon y Moore, es aceptado por la mayoría de autores dedicados a estudios otolológicos. Se trataba pues, de encontrar algo, que sin producir un efecto erosivo perjudicial, fuera suficiente para desprender los elementos neoprásticos, de por el mas fáciles. Creemos haberlo hallado con el uso de unas semillas asas de hilo de nylon, o bien de erin del utilizado en cirugía, dispuestas de la manera que vamos a describir.

El aparato empleado, consiste en un mandril coronado, del tipo de los usados en el sondas cuadrada, provisto de un botón en su extremo y recubierto además de un capuchón de goma, para evitar toda posibilidad de un traumatismo por presión. Carea de su extremidad

distal se fijan unas asas de hilo de nylon, dispuestas en forma de margarita, colocadas en un plano perpendicular a dicho mandril, que a su vez va introducido en una sonda de plástico, flexible por su consistencia suficiente para permitir la movilidad de aquel. Esta sonda presenta en su extremo un ensanchamiento de goma blanda, destinada a mantener protegidas las asas de nylon, durante las maniobras de introducción y retirada del interior del estómago.

El primer modelo (M.I) que empleamos, era una sonda de conducto único, por donde pasaba el mandril, y nos servía también para verificar la instilación y ulterior retirada del suero fisiológico. Para ello en su porción proximal colocábamos un dispositivo en Y, por una de cuyas ramas se deslizaba el mandril, mientras que por la otra, habiendo obturado la anterior con un pequeño tapón de goma atravesado por el mandril, inyectábamos el líquido. En la práctica nos ha resultado mejor utilizar una sonda de doble conducto (M.III) por uno de ellos pasa el mandril, mientras que por el otro, realiza-

mas directamente la inclinación y retirada del suero.

La técnica que seriamente usamos es la siguiente.

Con el enfermo en ayunas desde unas doce horas antes, se realiza la extracción del contenido gástrico, con una sonda de las usadas habitualmente. Si existe retención de alimentos se verifica un lavado gástrico. No hemos empleado, por la molestia que representa para el paciente, la prótesis que aconsejan algunos autores, consistente en la aspiración continua gástrica, desde unas 8 a 10 horas antes; aunque en casos de gran retención puede ser muy útil, en lugar de verificar un par de lavados de estómago, varios días antes, como hemos verificado haciendo en estos casos. Es de la máxima importancia, para el buen éxito del frote oitológico, vaciar la cavidad gástrica lo mejor posible.

Después de retirar las prótesis dentales móviles, que pueda tener el enfermo, se procede a la introducción del mandril-sonda para ello previamente se hacen entrar las asas de hilo de nylon, en el

interior del ensanchamiento de la zona, quedando constituida junto con el capuchón que recubre la extremidad del mandril, como una cápsula de goma blanda, ovalada, lisa y de solo 4 cm. de longitud, tal como se ve, en las fotografías adjuntas.

Humedeceido dicho segmento, con suero fisiológico, se coloca en la base de la lengua del paciente, y se le invita a cerrar la boca y realizar un movimiento de deglución, en cuyo preciso momento se le ayuda empujando ligeramente el mandril-sonda, que pasa sin dificultad, a menos de que exista alguna estenosis orgánica. Después bajo control radioscópico seguimos introduciéndolo y mediante comprensión manual y variando la posición del enfermo, lo llevamos a la porción del estómago que nos interesa explorar. La posición que adopta la sonda, perfectamente visible, nos indica su localización dentro de la cavidad gástrica; notando cuando se llega a piloro, una sensación táctil de resistencia elástica.

A continuación colocamos al paciente en decúbito supino, si no lo habíamos hecho anteriormente durante la fase de intubación, y procedemos a poner al descubierto las asas de nylon. Con este objeto, manteniendo fija la sonda, introducimos el mandril un par de centímetros, hasta percibir el cese de resistencia que se produce cuando las asas han salido de la cápsula protectora; lo que también se distingue claramente por radioscopia, ya que el mandril y sus movimientos son perfectamente visibles.

Entonces con una ligera compresión manual, aplicamos la extremidad del mandril, a la zona del estómago que nos interesa y procedemos al frote exfoliativo, mediante suaves movimientos de avance y retroceso del mandril, repetidos diez o doce veces. Con un poco de práctica, se percibe fácilmente, cuando las asas rozan la pared gástrica, pudiéndose distinguir de cuando se mueven dentro del líquido residual de retención, sin tocar la masa.

Verificado el frote, se procede a encapsular las asas, para protegerlas y evitar que durante la retirada del mandril-sonda, pierdan restregando esófago y faringe, los pequeños fragmentos de mucosa gástrica que puedan haber quedado adheridos al nylon, mientras adquieren en cambio otros que nos interesan. Para que se introduzcan las asas dentro de la capsula de goma, hasta mantener fija la sonda mientras se tira del mandril.

Luego con objeto de recoger las muestras exfoliadas, se instilan de 25 a 30 c.c. de suero fisiológico tibio, que se retiran a continuación, repitiendo la maniobra varias veces. No aconsejamos emplear mayor volumen de líquido, para no provocar peristaltismo gástrico con su consiguientes paso a duodeno.

Si lo consideramos necesario, por la escasez de las muestras obtenidas, se puede repetir de nuevo el frote y las instilaciones.

Finalmente se retira el mandril-sonda del interior del

estómago, lo que se realiza también sin dificultad. Muchas veces una momentánea detención, cuando pasa la pericia engrosada, por la estenosis gástrica esofágica, puede producirse.

La técnica que acabamos de describir, es la empleada utilizando el mandril-sonda de doble conducto (m.III). En enfermos pusilánimes, para reducir la molestia al mínimo, podemos usar el mandril-sonda sencillo (Mod.I) para verificar la maniobra de frote, retirándolo seguidamente, poniendo luego una sonda blanda de goma, para verificar la segunda fase o sea la instilación y recolección del suero con los elementos exfoliados.

El procedimiento preconizado por nosotros, es indoloro; a partir de la garganta, el enfermo no percibe ninguna sensación dolorosa ni táctil. Creemos que en manos de personal, con alguna práctica en sondas y bajo control radioscópico, no presenta riesgo alguno y en cuanto a sus efectos traumatizantes sobre la mucosa gástrica, son mínimos. En algunos casos que hemos tenido ocasión

de comprobarlo, ni por radiología, ni por gastroscopia, ni en la intervención quirúrgica verificada cuatro días después del frote exfoliativo hemos podido hallar señales macroscópicas de dicha exploración.

En casos de gastrorrrias recientes, creemos prudente esperar una semana, antes de realizar el estudio citológico exfoliativo; aunque en la práctica, el hecho de hallar el contenido gástrico en ayunas, ligeramente hemático, como es tan frecuente en los ulcerosos y neoplásicos, no ha impedido verificar el frote exfoliativo, sin que incrementara aparentemente la salida de sangre. En cambio si hemos observado en ocasiones, que un contenido gástrico ligeramente hemático, cesa de aparecer hemorrágico aun después del frote, si el suero lo instilamos frío, lo que dado el escaso volumen inyectado, no puede atribuirse exclusivamente a un hecho de dilución, sino posiblemente a la acción constrictiva vascular de la mucosa, producida por el líquido frío. Es un pequeño detalle a tener en cuenta en estos casos.

La existencia de trastornos de la crisis sanguínea, podría consti-

culr oentrelndloación.

solo en un caso de lesión ulceroa con gran edema inflamatorio, el enfermo aquejé, ligero aumento de sus molestias, durante tres días despues de la exploración; siendo la única vez que hemos podido encontrar algún trastorno subjetivo, inmediatamente posterior a la manobra. Tampoco hemos hallado reacciones febriles, aumento de la viscosidad de sedimentación globular, ni positivización del tóbar en heces cuando era previamente negativo.

Creemos que este procedimiento, es menos traumático que la gastroscopia y sin punto de comparación en cuanto a la molestia que su aplicación representa para el enfermo, dando resultados, cuando la endoscopia había fracasado, como sucede en varios de los casos que describiremos, y tal como era de esperar, aún tratándose de experimenta os gastroscopistas, ya que según hemos tenido ocasión de comprobar, durante diez años de ayudantes de la Sección de Gastroscopias, las lesiones de curvatura menor de entre, así como las de cámara de

aire, son casi siempre de difícil visualización; además de que las lesiones neoplásicas, tiende a producir deformaciones gástricas, que también contribuyen a dificultar el paso del gastroscopio; a lo que se añade la presencia de sangre, moco y coágulos de las tumaraciones ulceradas, que enturbia la visión. Todo lo cual aboca a producir el fallo de la gastroscopia en bastantes casos.

Los resultados de dicho método de citología exfoliativa, parecen ser prácticamente mejores que los proporcionados por la biopsia, porque ésta, lo mismo empleando el sistema de pinzas cortantes, que el de aspiración de la mucosa y sección paralela de la cuchilla, ofrece riesgos no despreciables. Además aun bajo control radioscópico, resulta difícil dilucidar, el lugar exacto donde se verifica la presa. También, y muy importante a nuestro modesto entender, es el hecho de que la biopsia, solo nos proporciona los datos de un punto determinado de la pared gástrica, que puede aparecer normal, mientras que a su alrededor pueden existir graves lesiones malignas; en cambio el frote exfoliativo,

actua verificando su acción, sobre una región más o menos amplia, aumentando las posibilidades de que la acción abrasiva, aplicada a una zona extensa, desprenda elementos patológicos procedentes de una neoplasia vegetante o gastritis hiperplásica, mientras respeta o afecta en mucho menor grado al tejido normal, proporcionando datos de máxima importancia diagnóstica.

Como se verá en la casuística, el estudio citológico en su fase actual, no puede substituir el primordial papel diagnóstico de la radiología, pero le complementa, pudiendo proporcionar detalles cito-histológicos de seguridad, cuando los Rayos X solo permiten la sospecha.

Bango metálico para sujetar el mandril, facilitando su movimiento. Dispositivo en Y para emplear con sonda de conducto único.

Mandril-sonda n. III con las asas fuera de la capsula protectora y el n. II con los hilos de nylon proyectados al exterior, tal como están durante la maniobra de frote.

Mandril-sonda de doble conducto (modelo III) con sus asas introducidas en el capuchón de goma protector. Es mas delgado que una sonda corriente de Faucher, para lavados gástricos.

Mandril-sonda de simple conducto (m.I) y el especial para estenosis (m.II) con las asas recogidas, como estan durante su introducción y retirada de la cavidad gástrica.

Radiografía practicada cuando se han hecho salir las asas de hilo de nylon, de la cápsula protectora y se está en condiciones de realizar el frote exfoliativo de la región prepilórica.

TECNICAS OTOLINGNOSTICAS RESOPANDICAS

La otolología del esfago, esencialmente purcoida a la gástrica, en cuanto a las características que definen la malignidad celular, con las diferencias propias del diverso origen de sus elementos; se distingue en cuando a las demás condiciones que concurren en el otolinguostico. Aquí no se trata como en el esfago, de un reservorio, a donde pueden ir a parar células y secreciones, procedentes de vías digestivas superiores, nariz y aparato respiratorio; a lo que hay que añadir, la existencia de un líquido de secreción, el jugo gástrico, dotado de peculiaridades destructivas de los elementos orgánicos; todo lo cual, unido a su mas difícil acceso, contribuye a aumentar las dificultades del diagnóstico otológico gástrico; sino que el esfago se trata en cambio, de un conducto, menos voluminoso, masasequible, que solo recoge moco, siendo sus condiciones desde el punto de vista otológico,

muy parecidas a las existentes en otras regiones del organismo, resultando por consiguiente mas fácil, la obtención de muestras y su diferenciación citológica.

Los elementos constitutivos de la citología normal esofágica la forman en primer lugar, las células del epitelio escamoso estratificado, que recubre su pared, pudiendo pertenecer a sus tres capas: la superficial, la intermedia y la profunda o basal. Las de la primera, son voluminosas, de contorno poligonal, de gran protoplasma, con escasa basofilia que se va transformando en acidofilia, en razón directa a su proceso de cornificación; su núcleo es pequeño, compacto, picnótico. Las procedentes de la capa intermedia, representan una transición entre las otras dos, representando por lo tanto, características morfológicas intermedias; de menor tamaño que las anteriores, su citoplasma presenta forma poligonal, basófilo y tienen núcleos redondo u ovalado. Las de la basal, son células menos diferenciadas y de menores dimensiones, su protoplasma

ma tiene forma ovalada y es basófilo; su núcleo redondo u oval, está provisto de una fina homogénea red de cromatina, apareciendo relativamente grande en comparación con el citoplasma. También se hallan células cuboideas, más pequeñas, procedentes de las glándulas mucosas esofágicas. Cuando la toma de muestras se ha verificado en la región del cardias, es probable encontrar células epiteliales cilíndricas, glandulares de origen gástrico.

Todos estos tipos celulares, pueden encontrarse aislados o bien constituyendo acúmulos; pero es posible hallarlos con su protoplasma parcialmente destruido e incluso núcleos aislados.

Las células neoplásicas presentan en aspecto ya descrito en el capítulo "Características citológicas de malignidad" con polimorfismo celular y principalmente nuclear, anisocitosis, anisonucleosis, hiper Cromatismo del núcleo, aumento de la relación citoplasma-núcleo y núcleo-núcleo etc. y cuando se consiguen agrupaciones celulares, se halla la importante característica de su disposición desordenada e irregular. Suelen obser-

**Células neoplásicas esofágicas, aisladas y constituyen-
do una agrupación, obtenidas mediante el balón abrasivo.
Aumentadas 475 veces.**

(Fotocopia de una publicación de F.G. Panice)

vase raramente mitosis nucleares.

Con respecto a los métodos de obtención de muestras, se han utilizado múltiples procedimientos, que en las líneas generales pueden ser clasificados en dos grupos, según prescindan o utilicen la esofagoscopia previa. A primera vista este último, es lo que parece mejor, y se adapta a las normas clásicas, de realizar la toma directa de muestras de la lesión sospechosa, bajo control visual. Pero la esofagoscopia es una exploración, que aparte sus posibles riesgos, resulta muy molesta para el enfermo, y además de sus contraindicaciones generales, muchas veces es imposible de practicar, cuando existen acodaduras y estenosis esofágicas, caso que se da con frecuencia en las neoplasias.

En colaboración con la endoscopia esofágica, un procedimiento que parece haber dado resultado, es el preconizado por Terracol y Guibert, quienes utilizan el portalgodones de Chevalier-Jackson, que es largo, delgado y flexible, y con el cual frotan ligeramente la

zona sospechosa; una vez retirado, se examinaría a simple vista el algodón, por si había quedado adherido algún fragmento de guesa, que sería separado y colocado en solución de formol al 20%. Después dicho algodón sería aplicado sobre un portaobjetos en varios sitios distintos, realizando luego la consiguiente fijación y tinción. También puede ser empleada, una esponja como la que utiliza Gladstone, para obtener frotis de diferentes lugares del organismo.

El argentino Pinto, utiliza lo mismo el frote mediante un algodón, verificando después su aposición sobre el porta, pero no sigue la técnica de la fijación húmeda; sino que lo dejan secar espontáneamente o mediante calor suave. Aprovecha al máximo, las posibilidades de obtener material, sumergiendo y realizando la compresión del algodón dentro suero fisiológico estéril, centrifuga y colorea las muestras obtenidas con el método panóptico de Pappenheim.

Se puede obtener el espécimen, mediante ligero frote con una fina cureta (Pool J.L.)

Entre los métodos que no precisan endoscopia, se emplean una simple sonda de goma, colocada en esófago, verificando el lavado de éste con poca cantidad de líquido que se recogía y centrifugaba para obtener el sedimento, el cual era fijado y coloreado con la técnica habitual ya descrita. También resulta útil, una sonda corriente que lleve en su extremo, arrollada una gasa, para recoger muestras.

Se han obtenido ocasionalmente buenos resultados, con el uso de la sonda de Miller-Abbot: una vez introducida en esófago, y pasado el balón distal deshinchado, más allá de la supuesta lesión, se le insufla con lo que se produciría una obturación distal esofágica, que facilitaría en gran manera el lavado, evitando que parte del líquido, se deslice al estómago. Se puede utilizar también con éxito el balón abrasivo de Papanicolaou y Cooper ya descrito anteriormente.

Pero todos estos procedimientos resultan inútiles, en los casos de lesiones estenosantes que reducen el calibre esofágico, o bien si existen acedaduras. En estos casos es en donde empleamos

con éxito, el modelo II de mandril-sonda, que describimos mas adelante.

Método del frote exfoliativo con mandril sonda. Es este procedimiento personal, el que venimos utilizando desde mediados del año 1952. Usábamos al principio el modelo I, mas delgado y flegible, pero actualmente empleamos el III, que nos facilita la instilación y retirada del suero fisiológico.

La técnica habitual a seguir, es la que expondremos a continuación. Aunque no es imprescindible, como cuando se trata de la citología gástrica, el que esté el estómago vacío, siempre es aconsejable que el enfermo permanezca en ayunas, desde unas 8 horas antes, para disminuir las probabilidades de una retención local y el reflujo esofágico de un estómago repleto. Como siempre antes de un sondar, se retirarán las prótesis dentales movibles.

Dispondremos previamente el mandril-sonda, introduciendo las asas

El mandril-sonda con sus asas protegidas, llega hasta la lesión que ocupa la porción inferior del esófago.

Momento de realizar el frote exfoliativo esofágico.

de nylon, en el interior del capuchón protector de goma; luego se humedece este, con agua o suero fisiológico, y se coloca en la base de la lengua del enfermo, invitándole a realizar movimientos de deglución, durante los cuales se empujará suavemente la sonda, salvando el estrecho orofaríngeo y la entrada del esfago, a partir del cual se desliza fácilmente. Entonces bajo control radioscópico, seguiremos introduciéndola hasta percibir resistencia producida por la lesión, o hasta el lugar que la exploración radiológica previa, nos indicó como región sospechosa. Luego se procede, mediante sucesivas instilaciones y extracciones de pequeñas cantidades de agua o lavar el esfago, retirando al exterior o desplazando hacia estómago, los residuos alimenticios, moco o exudados, que pueda haber depositados.

Después, colocado el enfermo en decúbito supino y siempre con la comprobación visual preperitonada por los Rayos X, se efectúa la prociencia de las asas de hilo de nylon, manteniendo fija la sonda mientras se introduce el mandril, hasta permitir la salida de las

asas de nylon, en cuyo momento se percibe la sensación térmica de cese de resistencia a la presión. Entonces se procede sucesivamente al frote de la zona que nos interesa, mediante una media docena de movimientos sucesivos, de avance y retroceso del mandril. A continuación, se imprimen lentamente 20 c.c. de suero fisiológico tibio, que procuramos retirar en su mayor parte, repitiendo la maniobra dos o tres veces más; con lo cual verificamos la recogida de los elementos de la mucosa, previamente desprendidos. Por último, se realizan nuevos movimientos de frote, y se tira del mandril, para que retroceda y queden encerradas dentro de la cápsula protectora, las asas con los pequeños fragmentos que puedan haberse adherido; procediéndose seguidamente a la retirada de la sonda-mandril.

Toda la maniobra resulta indolora; lo único que alguna vez han dicho percibir los enfermos cuando existe estenosis, es una ligera sensación de distensión, cuando se pasa por la porción estrechada.

A diferencia de lo que sucede en el citodiagnóstico gástrico, en el esfágico el mayor número de muestras, las obtenidas de la segunda parte de la prueba o sea por arrastre, ya que a pesar de las precauciones que se toman: decúbito supino, e incluso alguna vez ligero Trendel emburg, instilación de poco volumen de líquido y a poca presión, las muestras exfoliadas tienden a deslizarse hacia la cavidad del estómago, de donde hemos tenido ocasión de recogerlas, cuando practicamos el exámen del quimismo gástrico, inmediatamente después del frote esfágico.

En los casos de estenosis acentuada o acodadura, en que no es posible practicar el procedimiento corriente, utilizamos como se ha dicho, la variedad II de mandril-sonda.

Consiste sencillamente, en una delgada sonda de plástico de solo 4 milímetros de grosor, a la que da consistencia un mandril cromado del tipo de los empleados en el sondeo duodenal. La sonda

está provista en su extremidad distal de unas ramuras, por donde salen proyectados unos hilos de nylon, al ser aproximados sus extremos, unidos por una parte al mandril, y por la otra a la sonda, lo que tiene lugar al avanzar aquel.

La técnica que empleamos es la que se expone a continuación.

Previo lavado aséptico, practicando con una sonda corriente de goma, procedemos a la introducción del mandril-sonda, bajo observación radiológica, hasta encontrar el obstáculo, a partir de cuyo momento extremamos el cuidado, tratando suavemente para conseguir salvar la dificultad, lo que la mayor parte de veces, sobre todo en las neoplasmas, hemos logrado mas fácilmente, con el enfermo colocado en decúbito supino.

Una vez el extremo de la sonda, ha penetrado en la región que nos interesa estudiar, se verifica la procedencia de las cuatro asas de nylon, mediante la introducción del mandril, manteniendo fija la sonda. Entonces se hace reanudar al conjunto, sucesos experimentales de avance, retroceso y ligera rotación, lo que da lugar a un ligero efecto abreactivo.

Aunque hemos probado, recoger las muestras exfoliativas, utilizando un dispositivo en Y insertado en la porción proximal, con una rama vertical para el mandril y otra lateral que serviría para instilar pequeñas cantidades de suero clorurado sódico isotónico, que pasando por el interior de la sonda, sería aspirado después por el mismo conducto; los resultados obtenidos de este modo son escasos, por lo que nos limitamos a continuación del frote, a retirar el mandril para cerrar las asas, y extraer seguidamente el mandril sonda del interior del esófago.

Se procede inmediatamente a lavar los hilos de nylon y el extremo de la sonda con suero fisiológico, recogiendo los pequeños fragmentos de mucosa, que suelen quedar adheridos, fijándolos y verificando su tinción con la técnica de Papanicolaou, que corrientemente usamos. En caso de obtenerse pocas muestras, puede aprovecharse el sedimento practicado con el líquido resultante de dicho lavado. Después de ser empleado, se desarma el aparato, para su limpieza.

Para evitar todo riesgo, el mandril lleva un boten en su extremo; además antes de comenzar la exploración, se fija solidamente al mango metálico, que limita su capacidad de introducción, mediante un tornillo a presión, para que en ninguna circunstancia pueda salir, de la protección que le ofrece la sonda.

Aunque nuestra experiencia es modesta, reduciéndose aparte de los casos que figuran en el presente trabajo, a unos pocos mas que no han podido ser incluidos, por no tener documentación suficiente; el método últimamente descrito, empleado como de excepción, en casos difíciles, nos ha permitido practicar el estudio citológico, cuando no hubiera sido factible con otro procedimiento.

Ordinariamente deberá utilizarse el método expuesto primero, que permite conservar las muestras adheridas al nylon, protejiéndolas durante la retirada del mandril-sonda.

La existencia de varices esofágicas, constituye contraindicación.

CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS.

Para la clasificación de los resultados obtenidos, hemos seguido la adoptada por la mayoría de autores; agrupando en el tipo I los casos en que se encuentran solo células de aspecto normal; el II cuando se hallan presentes atipias celulares, pero sin aspecto de malignidad; el III representa los casos dudosos, en que no se puede llegar a concluir si las atipias existentes, son por neoplasia o de origen inflamatorio; el IV es cuando se encuentran células con formas características de malignidad, pero constituyendo elementos aislados, y el V cuando están en mas abundancia y constituyen agrupaciones. Debido a la calidad de las muestras que obtenemos en algunas ocasiones, utilizando el frote exfoliativo con asas de nylon, es conveniente establecer el tipo VI para cuando se consiguen agrupaciones celulares que conservan textura histológica.

El tipo I y el II representarían resultados negativos, desde el

punto de vista del diagnóstico del cáncer. El III dudoso, es conveniente repetirlo, lo que autores de la experiencia de Seybelt, Papanicolaou y Cooper, han llegado a verificar hasta once veces en algún caso, antes de emitir dictámen. Los tipos IV, V y VI serían positivos, representando diferencias cuantitativas, y el último constituye ya una biopsia.

Creemos que los resultados positivos, tienen un gran valor diagnóstico, especialmente los correspondientes al tipo V y más aún al VI. En cambio un resultado negativo, no elimina absolutamente la posibilidad de existencia de una neoplásia, que bien por tratarse de una tumoración incipiente sin contacto con la mucosa, o por un defecto de técnica, no se haya conseguido poner en evidencia.

RESULTADOS DE LAS DIFERENTES TÉCNICAS.

Durante los últimos años, diversos autores, empleando los distintos procedimientos usados en el citodiagnóstico gástrico y esofágico, han obtenido los siguientes resultados.

Papanicolau y Cooper en 1947, estudian la citología del contenido gástrico en 27 casos de cáncer de estómago; de ellas 10 fueron dadas como positivas 7 como sospechosas y los restantes como negativos.

Graham, Ulfelder y Green, verifican el examen citológico del contenido del estómago en ayunas y del líquido del lavado gástrico practicado a continuación, publicando en 1948 sus resultados. En 24 casos de carcinoma de estómago, solo hallan células malignas en 15. De 28 pacientes sin cáncer, encontraron un falso resultado positivo, que resultó ser una úlcera gástrica.

Ulfelder, Graham y Meigs, con la misma técnica, también en 1948, de

14 casos de cáncer de estómago, dicen haber obtenido resultado positivo en 12.

Pollard, Bryant, Block y Hall, en 1949, con el mismo método, consiguen de 23 pacientes con carcinoma gástrico, 17 positividadades; y de 101 sin neoplasia de estómago, tuvieron 4 falsos resultados positivos.

Imbriglia y Lopusniak en 1915, también con la misma técnica que los anteriores, tienen de 51 casos de tumor canceroso gástrico, resultado citológico positivo en 27. Pero en cambio tuvieron 20 resultados falsamente positivos entre 71, en los que se comprobó la no existencia de cáncer, lo que hace pensar en la aplicación de un criterio excesivamente amplio en la calificación de la malignidad.

Seybol, Papanicolaou y Cooper publicaron en abril de 1951, el resumen del estudio citológico realizado durante años, mediante el procedimiento de aspiración y lavado gástrico; teniendo su estadística el extraordinario valor que le proporciona el gran número de casos que comprenden

de, y especialmente para nosotros el dar aproximadamente los mismos resultados que obteníamos antes, con la aplicación de tal método.

De 168 carcinomas gástricos en diferentes fases de evolución, obtenemos resultados positivos en 55 casos (32,7%). De 707 pacientes no afectados de neoplasia gástrica, aparecen 18 (2,5%) con falsas positividades correspondientes a 7 estómagos normales, 4 úlceras duodenales, 5 úlceras gástricas, 1 cáncer de pulmón, 1 divertículo duodenal, 1 pólipo gástrico y una gastritis.

En esófago, de 21 casos de cáncer, tienen citología neoplásica en 11 (51,4%) mientras que 10 pacientes sin neoplasia no dan ninguno falso resultado positivo.

Según describen Rubin y colaboradores, Mc Donald en 1949 obtenía en el carcinoma esofágico un 75% de diagnósticos correctos, y un 3% de resultados positivos falsos en los no neoplásicos.

Winto en octubre de 1951, publica 21 casos de cáncer esofágico,

cuya existencia fue corroborada por la evolución clínica o por la intervención quirúrgica y correspondiente examen histológico; halló positivos a 17. El material para dicho estudio, había sido recogido en un portalgodones mediante esofagoscopia.

Según Treut y colaboradores, Richardson, Hunter, Bishop y Queen utilizando la modificación técnica de los dos primeros, de 27 casos de cáncer gástrico probado, obtiene citología positiva en 18.

Treut, Rosenthal y colaboradores, publican en 1952 los resultados obtenidos con su método. De 42 casos de cáncer gástrico, logran 29 resultados positivos, 3 dudosos, 2 en que el material recogido fue insuficiente para sentar ninguna conclusión y 9 negativos. De un número no especificado de casos no neoplásicos, tuvieron 3 resultados falsamente positivos.

Panice, Dapanicolsu y Cooper empleando su balón abrasivo, consiguen los resultados siguientes. En el año 1950, de 17 casos de neoplasia ~~de-~~

trica, tienen 14 positividades, 1 resultado dudoso y 2 negativos. Según Rubin y colaboradores, en mayo de 1952, Papanicolaou y los suyos, ya habían usado su balón en 154 casos; de ellos 32 carcinomas probados, de los que 30 fueron diagnosticados correctamente como malignos; tuvieron además un positivo falso y dos casos dados como sospechosos.

Henning y Witte comunicaron el resultado de su método, en 1952. Los 4 casos de neoplásia esofágica, fueron positivos. En 29 de cáncer de estómago, tienen 15 positivos, 9 dudosos y 5 negativos.

Con nuestro procedimiento de exfoliación, hemos tenido en 26 casos de neoplasia, 25 positividades y 1 fracaso (Obs. nº 16). Correspondían a 19 cánceres gástricos, 4 gastro-esofágicos, 2 de Esófago y un úlcus gástrico cancerificado (obs. nº 20). El error fué en una neo de estómago.

En 45 casos sin afección neoplásica, correspondientes a 14 úlcus gástricos, 8 úlcus duodenales, 3 gastritis, 2 úlcus en boca de gastrectomía, 4 convalecientes de hepatitis, 3 colesistitis, 2 esofagitis, 1 anemia

101

de tipo pernicioso y 8 normales, hemos tenido 1 falso resultado positi
vo (Observación n° 81).

Vamos a exponer a continuación, una serie de casos de evidente neoplasia gástrica, gastro-esofágica, esofágica, o sospechosos de ulcus gástrico cancerificado. Finalmente nos referiremos a otros enfermos sin lesión maligna, que nos han servido como elementos de comparación, y además para examinar la posibilidad de existencia, de algún proceso no neoplásico, que proporcionará imágenes citológicas parecidas a análogas a las de los cancerosos; o sea falsas positividades. En todos, fué practicado el estudio citológico, con la técnica propia ya descrita, que venimos utilizando.

Desiendo verificar un examen lo mas completo posible, y considerar con amplio sentido clínico, todos los datos que puedan contribuir a establecer en cada caso el diagnóstico de neoplasia, hemos tenido en cuenta en cada enfermo; la historia y exploración clínicas, radiología, análisis y pruebas de laboratorio, la gastros-

copia cuando se haya verificado, y el estudio de la citología; los resultados de la evolución de la afección, de la intervención quirúrgica, y del examen histopatológico, proporcionaron la debida confirmación o rectificación del diagnóstico; concluyendo la exposición de cada caso con un breve comentario final.

Para no resultar prolijos en exceso, hemos procurado limitar e incluso suprimir muchos datos, que por no ser esenciales, e bien por tener características de normalidad, no creímos absolutamente precisos.

Las microfotografías que ilustran los casos que se presentan han sido obtenidas de preparaciones citológicas, teñidas por el procedimiento de Papanicolaou, modificado por Hoca de Vials, que ya se describió como el usado por nosotros, en el capítulo de Técnicas citodiagnósticas. Las inclusiones en parafina fueron coloradas con hematoxilina-cosina. El aumento empleado, salvo mención en contra, ha sido de 350 veces.

104

Se presentan además de 23 casos de neoplasia, otros 6 de úlcera gástrica que por su aspecto radiológico eran sospechosos de malignidad, además de otro de afección benigna oncológica, y un falso resultado positivo.

Obs. nº1 Felicidad Arancana Valdivieso, de 39 años, casada, natural de Valladolid, residente en Barcelona, visitada el 1-IX-53:

Antecedentes familiares. Padre falleció de nec gástrica, madre de gripe. Un hermano gastrópata, otros cuatro sanos. Esposa y cuatro hijos bien.

Antecedentes personales. Gastroenteritis aguda a los 23 años. Hace 15, molestias dispépticas aisladas durante una temporada que fueron atribuidas a ptosis gástrica. Menarquia a los 14 años, desde hace una oligomenorrea.

Enfermedad actual. Hacia un año, comienza a notar molestia dolorosa ecigástrica, de aparición irregular, pero principalmente al levantarse por las mañanas, cedia algo comiendo, aumentaba cuando se disgustaba, y era casi diario. Hace mes y medio, tiene hematemesis y melena, sin que aliviaran de momento los dolores. Diagnosticada y tratada por ulcos, calman sus epigastralgias pero por poco tiempo, volviendo a tenerlas, ya tardias que cedían a veces con la ingesta. Anorexia. Ha perdido 6 kg. en dos meses. Evacua bien.

Exploración. Enferma pálida y delgada, Abdomen; resistencia ^{10:6} dolorosa a la palpación de la porción alta del epigastrio. No hay adenopatías ni edemas. Circulatorio, respiratorio y reflejos normales.

Exploración radiológica. Gastroduodenal; en la región del cardias, la papilla parece contornear una masa tumoral, localizada en pared posterior. Existe además un pequeño nicho en la parte alta de la curvatura menor. En conjunto da la impresión de neoplasia.

Gastroscopia. Visión muy difícil, por adaptación de la pequeña curvatura a la óptica. Se ve el antro a distancia. El gastroscopio se incurva al alcanzar el fondo gástrico, produciendo pequeñas pérdidas hemáticas que oscurecen la visión. No se ha observado lesión.

Citología gástrica, simultánea con quimismo. Pequeña cantidad de líquido de retención. Se obtienen regular número de muestras, con resultado positivo, tipo IV.

Aguja inicial, con escasa respuesta a la histamina; después de esta, algo de sangre.

Laboratorio. Hematias 4.360.000, Hb 69, v. c. 0,79. Anisocitosis mediana. Hipocromia. Leucocitos y plaquetas normales. Proteinas 7,46 gr. Serinas /globulinas/ 56/44, sed.globular; 1^{da} 26mm. Waltham 6.

Intervención quirúrgica. 24-I-52 Dr. Puig Sureda. Resumen: incisión de toracotomía, siguiendo la 8^a costilla izq. prolongándola y profundizando hasta alcanzar la lesión, que es una neoplasia que invade cardíac, cámara de aire y desciende por pequeña curvatura, donde existen abundantes adenopatías, estando fijada al páncreas. Es extirpada muy laboriosamente la porción invadida, y se sutura el esfago a cara anterior del estómago.

Histopatología. Tubos glandulares y cordones macizos, constituidos por células epiteliales muy atípicas, con mitosis numerosas y de crecimiento infiltrante. Extensas zonas de necrosis. Estroma constituido por tejido conjuntivo fibroso. D: Carcinoma de estómago.

Comentario. Enferma relativamente joven, que hace un año comienza a sufrir epigastralgias irregulares. Después de algunas vacilaciones, la detenida exploración radiológica dió el diagnóstico de neopla-

con el cual coincidió el exámen de la citología gástrica. La operación quirúrgica, comprobé la existencia de una nec de cardias, que se había ido extendiendo. La gastroscopia fué negativa. El estudio histopatológico indica se trataba de un carcinoma.

Felicidad A.V.- Pieza de resección, abierta por curv.mayor, correspondiendo su porción superior a la terminación del esófago. Imágen de neoplasia vegetante, que ha ido extendiéndose a partir del cardias, tomando como eje de crecimiento, la pequeña curvatura.

Felicidad A.V.- Radiografía practicada en decúbito supino, con la mesa inclinada a 45° y con neumoperitoneo. La pared juxtacardíaca de curvatura menor, aparece irregular, destacando una imagen de nicho.

Quimismo gástrico.

Felicidad A.V.

CITOLOGIA.- Agrupación de células neoplásicas, con polimorfismo y basofilia marcada. Algunas muestran vacuolas de secreción mucídea.

HISTOPATOLOGIA.- Tubo glandular constituido por elementos atípicos en plena muscular, a la que disocia.

Obs. nº 2 - Manuel Ortega Labelle, de 47 años, casado, empleado, natural de Jedar (Jaén) residente en Barcelona. Visitado el 17-X-52.

Antecedentes familiares. Madre fallecida a los 60 años de nec gastro he ática. Un hermano gastrópata. Esposa y dos hijos sanos.

Antecedentes personales. Comedor moderado. No alcohol. Muy fumador. Tifoidea en la infancia. Neumonía a los 16 años. Amigdalitis y catarros bronquiales frecuentes.

Enfermedad actual. Desde hace cerca de cuatro años, que tiene epigastralgias, en general tardías, a veces post prandiales; alivian con la comida y con alcalinos; persistentes, no habiendo tenido temporadas bien. Diagnosticado y tratado como ulcerooso, la intensidad de sus dolores se ha ido acentuando, irradiándose a la espalda, despertándole por las noches y acompañándose de algún vómito acuoso; nunca hematemesis ni melena; ha perdido en este tiempo 10 kg; anorexia; evacua bien.

Exploración. Enfermo de piel morena, algo desnutrido; boca mal

cuidada faltando algunas piezas dentarias. Abdomen: poco depresible, algo tenso, con defensa dolorosa en epigástrico. Se palpan pequeños ganglios, duros, redondos en fosa supraclavicular izq. Circulatorio, respiratorio y reflejos normales.

Exploración radiológica. 23-X-52. Deformación de la región proplórica, con reducción de calibre y formación de imágenes lacunares de tipo neoplásico.

Gastroscopia. Visión perfecta de la cavidad gástrica, hasta el esfínter del antro. A partir de este, y en dirección al píloro, presencia de masas vegetantes, irregulares, con aspecto de carcinoma vegetante.

Laboratorio. Proteínas 7,13 gr e/oo; serinas/globulinas; 49/51; Veltmann 5; Sed. globular; 1^h 34 mm, 2^h 70 mm.

Citología gástrica y quimismo. 28-X-52. Líquido gástrico en ayunas ligeramente hemático. Se practica frote exfoliativo con gran cuidado, obteniéndose moderada cantidad de muestras. Resultado, positivo, tipo IV.

Aquilia histamino resistente.

Intervención quirúrgica. 12-XII-52 practicada por el Dr. Ruiz Masana (S. Dr. Figueras) Resumen: laparotomía media supra e infraumbilical. Lóbulo dr. hepático en que se palpan y visualizan nódulos de caracteres neoplásicos. Por debajo se descubre una tumaración de entre gástrico y otra del tamaño de una naranja intensamente adherida a hígado, que corresponde a adenopatía en espiplon menor. Abundantes adenopatías duras en los demás confluente linfáticos del estómago. Extirpación de un ganglio para biopsia y cierre de la pared en un solo plano.

Comentario. En este caso, la exploración radiológica y la gastroscopia diagnosticaron con certeza la existencia de una neoplasia que la citología y la intervención habían de confirmar.

Histopatología del ganglio extirpado. Aparecen cordones de células atípicas de tipo epitelial, que borran la estructura ganglionar. Metástasis de adenocarcinoma.

Manuel O.L.- Radiografías seriadas, en decúbito supino.
Defectos de repleción de tipo neoplásico, que ocupan
el antro.

Manual O.I.- CITOLOGIA. Células
aisladas de aspecto neoplásico, ro-
dadas de polinucleares; obtenidas
de preparaciones hechas con el se-
dimento del suero instilado despues
del frote exfoliativo.

Quimismo gástrico.

Manuel O.L.- HISTOPATOLOGIA de un ganglio.

Jordones de células epiteliales atípicas que
berran en algunos lugares la estructura pro-
pia ganglionar.

Obs. nº 3 - Dolores Moles Solá, de 22 años, casada, natural y residente en Castellví de la Marca (Barcelona). Hospitalizada el 30-X-52.

Antecedentes familiares. Padre sano. Madre fallecida de lotos hemipléjicos. Dos hermanos sanos, otro muerto en la infancia. Casó a los 21 años. Esposa bien de salud. Embarazo, con parto prematuro a los 8 meses de feto muerto, parece que no macerado.

Antecedentes personales. Siempre bien, con buen apetito y deposiciones normales. Menarquia a los 17, tipo 4/30, poca abundante, habiendo pasado algún mes menorreica.

Enfermedad actual. Hace nueve meses quedó embarazada; los tres primeros, su gestación evolucionó sin molestias, al cuarto mes comienza con vómitos en cada comida acompañados de disfagia para sólidos y líquidos, aunque estos últimos pasaban, bebidas a pequeños sorbos espaciadas; también sensación de nudo retroesternal. Al principio se atribuyó todo a su gestación, pero sus vómitos siguiendo a las comidas y su disfagia fueron continuos y

progresivas en intensidad. Después del parto (hace un mes) sigue con disfagia para sólidos y líquidos, regurgitación de alimentos y además aguas en boca, expulsando en ocasiones gran cantidad de saliva. Conserva además buen apetito, pero no puede comer, habiendo perdido doce kg. de peso.

Exploración. Palidos de piel y mucosas. Tórax raquitico, con angulo xife costal agudo. Abdomen; flácido, depresible, indolere a la palpación. No existen adenopatias ni edemas. Respiratorio, circulatorio y reflejos normales.

Exploración radiológica. (11-X-52). Detención de papilla a nivel del cardias, apareciendo un defecto de repleción de la terminación esofágica que aparece de contorno irregular en su borde isq. con separación de la cámara de aire gástrica, presentando aspecto neoplásico.

Nueva exploración con neumoperitoneo (5-XI-52). Defecto de replección en borde externo de cardias y sombra tumoral superpuesta e en continuidad con el lóbulo isq. hepático.

Laparoscopia. (6-XI-52) por el Dr. Pineda. Hígado de aspecto, coloración y tamaño normales, lo mismo que el epiploon e intestinos. El ligamento enfalo-mesentérico y la dilatación gástrica, impiden ver la cara superior hepática.

Citología esofágica y de región del cardias. (12-XI-52) sin dificultad. El lavado previo de esófago, fué ligeramente hemático extrayéndose restos de alimentos. Obtención de regular número de muestras. Resultado positivo, tipo IV-V.

Laboratorio. Hematias: 3.000.000, Hb 68, V.C. 1,03. Anisocitosis mediana; normocromia. Leucocitos, plaquetas así como proteínas, urea y cloruros en sangre, normales. Sed. globular: 1^h 20 mm. 2^h 50 mm. R. Wassermann-Hecht y Meinike negativas.

Intervención quirúrgica. (20-XI-52) por el Dr. Solar-Weig. Resumen: incisión torácica a nivel de la 8^a costilla. Tumoración del cardias que se halla muy adherida a la cúpula diafragmática y a lóbulo izquierdo del hígado. Resección parcial gástrica con

anastomosis gastroesofágica.

Histopatología. Aparecen tubos glandulares revestidos de epitelio muy atípico. Crecimiento infiltrante que disocia los haces de la capa muscular llegando hasta la subserosa. D: adenocarcinoma.

Comentario. Enferma que a los 22 años, comienza con disfagia para sólidos y líquidos, acompañada de molestia retroesternal y regurgitación de alimentos y de aguas; todo lo cual, dada su juventud, permitía pensar en la existencia de un cardiospasmó. La exploración radiológica encontró una tumefacción en cardias. La citología resulta positiva. La intervención quirúrgica y el examen histopatológico confirmaron se trataba de una neo.

**Delores M.S.- Radiografías en decúbito supino. Defecto de
repleción de la región del cardias y porción terminal esofágica. Dilatación de esófago. (La radiografía de la izquierda con imagen invertida).**

Diagnos N.º 3.- CITOLOGIA
Pequeñas agrupaciones de células con características de malignidad.

HISTOPATOLOGIA.- Tubos glandulares de epitelio muy atípico, propio de un adenocarcinoma.

Obs. nº 4 - Ramona Solanas Romeu, de 71 años, casada, natural y vecina de Prat de Llobregat. Visitada el 4-XI-52.

Antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales. Siempre bien. Menarquia a los 14 años, con oligomenorrea; menopausia a los 40. Hace un par de años intervenida por prolapso uterino.

Enfermedad actual. Hace unos diez meses, le aparece molestia abdominal con sensación de peso, tardía, diaria, que generalmente mejoraba con la ingesta; además estreñimiento. Las molestias han ido progresivamente aumentando de intensidad y duración, persistiendo casi todo el día e incluso despertándola por la noche. Desde hará unos dos meses, comienza a tener algún vómito de alimentos. Astenia, con ligera disminución del apetito y discreta pérdida de peso.

Exploración. Algo de palidez de piel y mucosas. Leve sordera. Abdomen blando y depresible; epigastrio ligeramente doloso a la presión; hígado normal a la palpación y percusión. No se palpan

ganglios. Tacto rectal negativo. Respiratorio y circulatorio normales.

Exploración radiológica gastroduodenal (7-XI-52) Aparece un niche de Carman en región prepilórica. Resto de estómago, esófago y duodeno normales.

Laboratorio. Hematias 3.850.000. Hb. 80%. V.G. 0,96. Leucocitos, 10.900, neutrof.53, eos.1, monoc.3, en franja 3, linfoc.43. T. coagulación: inicial 4, total 7; T. sangría 3'30". Proteínas: 7,78 grm e/co. Serinas/globulinas; 49/51. Sed. globular: 1ª hª 33 mm, 2ª 76, Katz: 35,5. Urea en sangre: 0,53 grm y glucosa: 1,11 grm por e/co.

Quimismo gástrico. Ligera retención de líquido hemático, con restos alimenticios, Bastante acidez libre y buena respuesta a la histamina.

Realiza un tratamiento de prueba, siguiendo igual de sintomatología, al volver a visitarse a principio de Enero del actual; persistiendo la imagen radiológica de la exploración anterior mas acentuada.

Citología gástrica. 14-1-53. Inicialmente se extrae líquido de retención, con restos alimenticios y algo de sangre negruzca. Se lava el estómago y se procede extremando el cuidado, al frote exfoliativo de la región antral, obteniéndose suficientes muestras. Resultado positivo: t. IV.

Intervención quirúrgica practicada por el Dr. Soler Reig el 22-I-53. Dictamen operatorio. Laparatomía media supraumbilical. Aparece una tumoración, localizada en antro pilórico; no se encuentran metástasis. Teniendo en cuenta la edad de la enferma, se verifica tan solo una resección alta, llevándose todos los ganglios visibles de pequeña curvatura, así como el grupo yuxtaduodenal. Resección por el método habitual, Polya retromesocólico. Abierta la pieza resecada, presenta el aspecto de neo ulcerada.

Histopatología. Neoplasia prepilórica: se observan tubos glandulares atípicos, de crecimiento infiltrante, que se extienden por submucosa y capa muscular, disociando sus fibras. D: adenocarcinoma. Comentario. En esta enferma de edad avanzada, la aparición de

cuadro doloroso, acompañado de la presencia de una ulceración de características sospechosas en el antro gástrico, aun siendo el quimismo bastante normal, hacían pensar en la existencia de una neoplasia. Verificado un tratamiento de prueba de ulcus, sin que se modifique la sintomatología ni la imagen radiológica; se procede al examen citológico gástrico, que permite hallar elementos celulares de aspecto maligno. La intervención quirúrgica y el estudio histopatológico, confirman se trata de un adenocarcinoma ulcerado.

Ramona S.R. 7-XI-52. Radiografías seriadas practicadas en bipedestación. Complejo de Caman, situada en curvatura menor del antro, constituido por un gran nicho, rodeado de menisco.

128

Quinismo gástrico.

Ramona S.R. 9-I-53. Radiografía en bipedestación, con mesa inclinada 45°. Persiste una imagen parecida a la de la exploración anterior.

Ramona S.R.

CITOLOGIA.- Acúmulo de células polimorfas con hipereromía nuclear.

HISTOPATOLOGIA.- Tubos, nidos y cordones de células neoplásicas infiltrando la muscular gástrica.
Aumento: 15c.

Obs. nº 5 Mercedes Arrufat Rebull, de 56 años, viuda, natural de villalba dels Arohs y domiciliada en Barcelona. Visitada el 13-XI-52.

Antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales. Desde los 15 años, tendencia a molestias dolorosas periumbilicales en retortijón, en general después de las comidas o de beber agua, no diarias, excepcionalmente nocturnas, sin relación con la calidad de la ingesta, aunque sí, con su abundancia excesiva y con el cansancio físico; a veces se acompañaban de algún vómito acuoso, nunca de alimentos, que aliviaban sus molestias. Dichos trastornos cesaron a partir de los 45 años. Menopausia desde los 43.

Enfermedad actual. Hace un año, comienza con dolor persistente en hipocondrio dr. irradiado a epigastrio, diario, con exacerbaciones diurnas pero sin ritmo horario, aliviando algo con la ingestión de alimentos y alcalinos. Desde los últimos seis meses, el dolor se hace mas intenso, se propaga tambien a región dorsal dr. e hipocondrio isq.

presentando agudizaciones varias veces al día, que no alivian cesando ni con alcalinos, precisando analgésicos; en una ocasión vómitos de alimentos y acuosos durante 48 horas. Astenia, anorexia, pérdida de 8 kg. de peso en 4 meses. Aparece tendencia al estreñimiento.

Exploración. Extrema palidez de piel y mucosas. Mal estado de las piezas dentarias. Abdomen; epigastrio depresible, poco doloroso; borde del lóbulo dr. hepático, se palpa a través de dedo del reborde costal, liso, blando, móvil e indoloro. No existen adenopatías. Respiratorio circulatorio y reflejos normales.

Colecistografía (20-XI-52) Vesícula biliar que concentra bien el colorante, y se contrae normalmente con la grasa. No hay imágenes calculosas.

Exploración radiológica. (21-XI-52). Gastroduodenal: la región prepilórica del antro aparece reducida de calibre, con defectos de repleción y nicho yuxtapilórico de aspecto neoplásico. Incontinencia pilórica.

Citología gástrica. (24-II-53)

Simultánea con quimiano. Se extrae abundante líquido de retención, con bastantes restos alimenticios; por lo que se practica un intenso lavado gástrico previo, al frote exfoliativo; lográndose regular cantidad de muestras de pequeño tamaño y realizándose sedimento. Resultado: positivo tipo IV. No existe HCl libre; moderada respuesta con histamina.

Weber en heces, antes y después de la citología, negativos.

Laboratorio. Hemáticas: 2.800 000, Hb 44, V.G. 0,78. Sed. Glob. 1ª H^o 50 mm. 2ª 67 mm. Urea 0,54 gr. o/oo. Restó de exámenes normales. Posteriormente: hemáticas 4.350 000, Hb 59, V.G. 0,86. Urea 0,37. Sed. Glob. 1ª H^o 25 mm. 2ª 59 mm.

Intervención quirúrgica. (10-XII-53) Dr. Artigas (S/ Dr. Pi Figue - rac) Resumen operatorio: laparotomía media supra e infra umbilical. Tumorción de aspecto neoplásico, que ocupa la región antral y yuxtapilórica, con adenopatías en grupos pilórico, coronaria cardíaca superior, y alguna en la porción derecha del epiploon mayor. Resección subtotal del estómago, dejando una pequeña porción de fórnix, y practi -

cando gastrectomía Billroth I. Examinando la pieza reseca, se ve en región antral, tocando a piloro una ulceración de aspecto maligno.

Histopatología. Ulceración prepilórica, cuyas paredes están constituidas por cordones y nidos de células epiteliales atípicas, que en algunas zonas, presentan disposición tubular. Se trata de un adenocarcinoma gástrico ulcerado, con crecimiento infiltrante entre las capas musculares, pero sin destruirlas.

Comentario. Se trata de una enferma de 56 años, cuyos trastornos gástricos irregulares, se inician hace uno, agravándose progresivamente. La palpación, no percibe lesión; sí, la radiología, que encuentra una neoplasia prepilórica, y la citología que es positiva. Contrasta la incontinencia pilórica radiológica, con la retención hallada durante el examen citológico, que quizá se explicaría, por un efecto espasmódico sobreañadido. La intervención quirúrgica y la histopatología confirman la malignidad de la afección.

Mercedes A.R.

Radiografía en decúbito prono.
Existen defectos de repleción
hasta unos 4 cm. del píloro,
uno en forma de rodete trans-
versal que une ambas curvaturas.

Radiografía en decúbito supi-
no. Imagen parecida a la ante-
rior. En p. curvatura junto a
píloro, depósito mas denso de
papilla, que correspondería a
la ulceración encontrada.

Quimismo gástrico

Mercedes A.R.- CITOLOGIA
Grupo de células con caracte-
rísticas de malignidad. En el
ángulo inferior dr. una célu-
la gástrica normal.

Mercedes A.R.- HISTOPATOLOGIA

Tubos y cordones con células epiteliales
muy atípicas, infiltrando la muscular.

Obs. nº 6- María Simón Casellas, de 47 años, casada, natural y vecina de Tarrasa, 1ª visita en el S. de P. D. el 17-I-53.

Antec. familiares: padres sanos; tres hermanos viven sin enfermedades, otro murió en la guerra. Casó a los 26 años; esposo sano; un hijo bien; ningún aborto.

Antec. personales: ha sido buena comedora, sin abusar de condimentos; no alcohol. Menarquia a los 15 años, tipo 4/21 indolera. Evacuación diaria, normal, hasta hace poco.

Enfer. actual: hace un año, comienza con sensación de flatulencia y a veces pesadez epigástrica post-prandial, que se acentuaba al intentar ingerir nuevos alimentos. Le parecía tener el estómago pequeño, que se le llenaba con poca comida. Mientras permanecía en ayunas se encontraba bien. Desde hará unos 6 á 7 meses, las molestias se acentúan, y si intenta forzar la ingestión de alimentos, aparecen dolores epigástricos irradiados a veces a región precordial.

en ocasiones, también hacia el dorso. Desde hace dos semanas, dolor persistente, difuso, por todo el abdomen. Nunca disfagia, náuseas ni vómitos. Ha perdido 16 kg de peso en medio año, conservando bastante apetito. Últimamente algo estreñido.

Explor. clínica: enferma pálida, demutrida. Epigastrio ligeramente defendido, palpándose una masa tumoral, durante la inspiración profunda. Aparato respiratorio normal, circulación: arrastre de primer tono en punta; tensiones arteriales: 10½ y 5½.

Explor. radiológica. (22-I-53) Gastroduodenal: estómago reducido de calibre, con sus contornos rígidos e incontinencia pilórica; aspecto típico de infiltración neoplásica.

Gastroscopia. (27-I-53) Visión muy parcial del fórnix, por la presencia de espuma e imposibilidad de introducir el gastroscoPIO, que es detenido, en la parte superior del cuerpo gástrico, sin poderlo hacer progresar, en los diez minutos que duró la exploración.

Citología gástrica, simultánea con el quimismo (31-I-53) Obten-
ción de buena cantidad de muestras, principalmente en el líquido extraí-
do después de la instilación de suero fisiológico. No aparece sangre
macroscópica. Resultado positivo.

Quimismo gástrico. Bastante retención inicial. Anaclexidria
histamino resistente.

La enferma no se decide a la operación hasta Marzo.

Laboratorio. (11-III-53). Hematias: 4.350.000, Hb, 81, V.G. 0,93.
Leucocitos: 4.450, neutrof. 59; n. en franja 3; eos. 2; basóf. 3; mon. 2;
linf. 34. Plaquetas: normales. T. coagulación: inicial 6, total 8. T.
de sangría 2'30", T. protombina: 86". Sedim. globular: 1ª h. 4mm, 2ª 8mm.
R, Wassermann-Hecht y Meinike; negativas, Urea en sangre 0,30 gr. e/oo.

Intervención quirúrgica. (18-III-53), Dr. Prim. Resumen operatorio
laparotomía oblicua isq. en incisión radial desde ombligo, hasta carti-
lage condrocostal de la 8ª. Aparece el estómago muy engrosado en su te-

talidad, con aspecto de tumoración, que invade cuerpo de páncreas y mesocolon, Ganglios mesentéricos y un pequeño nódulo de aspecto neoplásico en sigma. Gastrectomía total, que solo puede resultar un recurso paliativo, ante la invasión pancreática y de colon sigmoideo.

Histopatología. Masas de células epiteliales indiferenciadas, de núcleos desiguales, que infiltran y desarticulan la zona glandular de la mucosa. En la parte profunda de la submucosa, se observan algunos linfáticos obstruidos por células epiteliales, las cuales constituyendo pequeñas agrupaciones, existen también en los espacios conectivos vasculares de la muscular.

Comentario. Se trata de una enferma, cuya historia gástrica corta, la exploración clínica y la radiológica, hacen pensar en la existencia de una neoplasia, que resultará ulteriormente confirmada por la histopatología. La gastroscoopia fracasa. En cambio la citología resulta positiva hallando células de aspecto maligno, a pesar de tratarse de una neo infiltrante, pero tan avanzada que afecta la mucosa.

Maria S.C.

**Radiografía en decúbito prono.
Inextensibilidad de la porción ver-
tical del estómago, y rigidez en c.
menor.**

**Radiografía en decúbito su-
pino. Se obtiene una imagen,
con las mismas características
de la anterior.**

María S.C. Radiografía en bipedestación. Disminución muy marcada, del calibre gástrico, con rigidez en ambas curvaturas del tipo de neo infiltrante.

Quimismo gástrico.

María S.C.- HISTOPATOLOGIA
Nidos y regueros de células
epiteliales, que disocian los
haces conjuntivos.

María S.C.- CITOLOGIA
Inclusión en parafina. Fragmento
tumoral, conservando en algu-
na zona la textura glandular. Po-
linorfismo, hiperchromia. Una cé-
lula en mitosis.

Obs. nº 7 Teresa Vilalta Bellmunt, de 40 años, casada, natural y vecina de Berjas Blancas. Visitada por primera vez en el S. de P.D. el 27-I-53.

Antecedentes familiares: padres sanos. Un hermano fallecido en la guerra. Esposo y tres hijos sanos.

Antecedentes personales. Siempre bien. Habitualmente poco apetite. Estreñimiento. Menarquia a los 12 años, tipo 2-1/28.

Enfermedad actual. Desde hace unos 8 meses, padece molestias dolorosas epigástricas post-prandiales, y ultimamente de tipo tardío que calman con la ingestión de alimentos, y menos con alcalinos, despertándole por la madrugada. Se va acentuando su anorexia, perdiendo progresivamente peso (7 kg.) Depone estreñida como de costumbre. Orina bien.

Exploración. Abdominal negativa. Circulatorio, respiratorio y reflejos normales. No se hallan adenopatías. Enferma pálida de hábito asténico.

Examen radiológico. Gastroduodenal: niche prepilórica.

Se instituye tratamiento de prueba, de ulcus, con reposo en cama, régimen, Buscopina, vitamina C fuerte etc.

El 16-II-53 han disminuido sus molestias, pero aun lo despiertan de madrugada. Aumentando 1 kg. de peso. Persiste la anorexia. Seguir con el mismo tratamiento.

El 21-III-53. Pocas molestias mientras no se aparta del régimen. Astenia acentuada con falta de apetito. Ha aumentado otro kg.

Exploración radiológica. Defecto de repleción, que afecta a la mitad distal del antro, del tipo neoplasia infiltrante. El proceso de prepaga por la curvatura menor, hasta las proximidades del cardias. En pequeña curvatura del antro, se observa un niche, que probablemente corresponde a una ulceración de la masa infiltrante. Incontinencia pilórica.

25-III-53. Citología por frote exfoliative, simultaneo con el quimismo. Aparece el contenido gástrico, ligeramente hemático desde

el comienzo; Escasa volumen de líquido en ayunas. Se obtienen regular cantidad de muestras, en el mandril y procedentes del consecutivo lavado con agua. Resultado: positivo tipo IV. Aquilia histamina resistente.

Gastroscopia. (27-III-53) El estomago aparece intencionalmente reducido en su calibre, por una formación proliferante, mamelonada, rígida, de aspecto neoplásico.

Exámenes de laboratorio. (10-IV-53). Hematias 4.550.000 Hb. 82. V.G. 0,2. Anisocitosis moderada. Leucocitos 6.700; neutrof. 69%, eos. 5, monoc. 1, n. en franja 1, basof. 1, linfoc. 24. Plaquetas normales. T. de coagulación 7^oT. sangría 2½. Retención coágulo normal. Proteínas: 7,74 % serina/globulinas; 63/37; visc. 1,5l, Urea en sangre 0,20/100. Vel. Sed globular: 1ª h. 11 mm. 2ª 29 mm. 24ª 86 mm. Recuo. de hecht y Meixner: neg.

Intervención quirúrgica. (17-IV-53). Practicada por el Dr. radó (S. Dr. Puig Jureda). Resumen hoja operatoria. Laparotomía ne-

dia suprumbilical. Aparece una tumoración de aspecto neoplásico, que invade todo el antro, y parte de pequeña curvatura, adenopatias epiploicas. Resección subtotal del estómago, dejando una pequeña porción de fénix, practicándose gastrostomía tipo Millroth I.

Histopatología. Existen cordones y regueros de células epiteliales atípicas, de crecimiento infiltrante, entre las capas musculares del estómago. Algunas mitosis.

Comentario. Mujer de 40 años, con historia breve de pesadumbre gástrica. La primera observación radioscópica, no apreció la naturaleza maligna de la lesión, que fue determinada ante la persistencia del cuadro clínico, por un nuevo examen radiológico y por gastroscopia. La citología también estableció la existencia de neoplasia gástrica, que se confirma por la intervención quirúrgica y el estudio histológico de la pieza reseñada.

Teresa V.B. Rayos X (21-III-53) Defecto de repleción de la mitad distal del antro tipo neoplasia infiltrante, que se continúa por curvatura menor, por encima de la incisura angularis.

Quimismo gástrico

Teresa V.B. - GASTROSCOPIA

Se observa un gran redete en forma de arco, con mamelones rígidos, en cuya concavidad existe algo de sangre oscura. Se aprecia el contraste de la zona neoplásica con el tejido sano.

Teresa V.P. - CITOLOGIA. Células con características de malignidad junto a otras de aspecto normal.

HISTOPATOLOGIA.- Regueros de células neoplásicas que disecian los haces de la capa muscular. En algún sitio remodelan conductos glandulares.

Obs. nº 8 - Indalecio Quintanilla López, de 39 años, casado, jornalero, natural de León y residente en Barcelona. Visitado por 1ª vez el 11-III-53.

Antecedentes familiares. Padre fallecido ignorando la causa. Madre, esposa, tres hijos y cinco hermanos sanos.

Antecedentes personales. Siempre bien. Buen comedor; bebedor de $\frac{1}{2}$ litro de vino diario; fumador moderado. Estreñido habitual.

Enfermedad actual. Hace aproximadamente un par de años, que comienza con epigastralgias sin irradiación, tardías, que calmaban con la ingestión de alimentos y alcalinos, diarias durante siete meses, y cada vez de mayor intensidad; con eructos fétidos, sin náuseas ni vómitos; siendo entonces diagnosticado y tratado como ulceroso, disminuyendo sus dolores, pero sin desaparecer del todo, hasta hace medio año que vuelve a sufrir una nueva agudización tratada con régimen severo, reposo, inyecciones y alcalinos, con lo cual ceden sus dolores, aunque no, totalmente. Hará tres

meses, de nuevo epigastralgias tardías, intensas, diarias, que ceden menos que antes, con la ingesta y los alcalinos. Hace dos meses, melena de tres días de duración, que repite hará quince días. Ultimamente se acentúa su estreñimiento. Apetito regular. Ha perdido seis kg. en medio año.

Exploración clínica. Enfermo pálido, delgado; gingivitis. Abdomen: epigástrico doloroso a la presión; apreciándose bazuqueo gástrico a las tres horas de la última comida. Hígado normal. Bazo parece aumentado a la percusión, pero no se palpa. Respiratorio, circulatorio y reflejos normales. No hay adenopatias ni edemas. Tensión arterial: 12/6.

Exploración radiológica. (11-III-53) Existe un pequeño nicho en la curvatura menor del estómago, junto a incisura angularis. No se pudieron practicar radiografías.

Gastroscopia. (20-III-53) En curvatura menor y cara anterior probablemente por encima del esfínter del antro, se observa un

cráter poco profundo, rodeado de una valla periulcerosa de aspecto mamelonado y pliegues convergentes, de aspecto benigno. Véase lámina.

Se instituyó trat. de ulcus agudizado: reposo en cama, régimen, calor local, Buscapina y Cascodina iny.

Visitado el 13-IV-53. Persisten los dolores tardíos diarios, aunque atenuados. La restante sintomatología igual.

Citología gástrica (15-VI-53) simultánea con quinismo. Aparece escasa cantidad de contenido en ayunas, ligeramente hématico. Después del frote exfoliativo, se consiguen regular cantidad de muestras, algunas conteniendo elementos celulares de aspecto neoplásico. Resultado: positivo. IV-V.

Moderada ácidos libre, con regular respuesta a la iny. de histamina.

Nueva exploración radiológica. (18-IV-53). Buen peristaltismo gástrico, pero principalmente a expensas de la curvatura mayor. La pequeña curvatura, aparece algo rígida, a nivel de incisura angularis;

en esta zona se pone de manifiesto, principalmente por las radiografías la existencia de un nicho de Gartner típico (complejo de Gartner). Incontinencia pilórica.

Nueva gastroscopia. (21-IV-53). El esfínter del antro, aparece intensamente deformado, por una gran úlcera, profunda, situada en curvatura menor y cara anterior, de forma alargada en sentido longitudinal; con su fondo tapizado de sanies, color gris sucio; provista de una valla muy prominente y mamelonada, de la cual parten pliegues de mucosa sana, que se dirigen al resto del estómago. El aspecto de la lesión corresponde a un cáncer ulceriforme. La pared gástrica de la curvatura menor y cara anterior, en las proximidades de la lesión, aparece francamente infiltrada. Véase lámina.

Laboratorio. Hematias: 4.50000. Hb 63 %. V.G. 0,7. Anisocitosis mediana. Poicilocitos relativamente abundantes. Anisocromia. En conjunto hipocromia. Leucocitos: 6.500, neutrof.74 n. en franja 4, eos.1, monoc.3, linfoc.22. Urea: 0,40 o/co. Reacciones de Hecht y Meinike:

negativas. T. coagulación: inicial 2', total 3½'. T. sangría: 2g
Sed. Globular: 1ª h. 27 mm. 24 h. 107 mm.

Intervención quirúrgica (6-VI-53) Dr. Canals (S. del Dr. Prim)

Resumen hoja operatoria: laparatomía media supra e infraumbilical.
Tumoración del cuerpo gástrico, con ganglios en pequeña y gran
curvatura, siendo especialmente voluminosos los vecinos del cardias.
Gastrectomía empezando por la sección duodenal. La liberación de
la curvatura menor, en su parte alta, presenta dificultades, por
los paquetes ganglionares metastásicos. Gastroduodenostomía ter-
mino terminal tipo Billroth I.

En la pieza patológica, aparece un engrosamiento tumoral,
infiltrante de la pared del cuerpo del estómago, con una ulceración
de cerca de 3 cm. de diámetro, a nivel de pequeña curvatura.

Examen histopatológico: tubos y acinis de células epiteliales
atípicos, con algunas mitosis y de crecimiento infiltrante entre las
capas musculares gástricas, dissociándolas. Un ganglio, presenta su

estructura borrada y substituida por tejido fibroso, en el seno del cual, se observa la misma indigena neoplásica. D: adenocarcinoma, con metástasis ganglionar.

Comentario: Nos hallamos ante un enfermo, relativamente joven: 39 años, que hace dos, conensó con un síndrome epigastálgico de tipo ulceroso, con la sola particularidad, de que sus molestias no cedían nunca totalmente. Cuando fué visitado en el S. de P.D. se encontró algo de retención gástrica representada por el bazuqueo a las tres horas de la comida, y a Rayos X un nicho, en incidencia angular del estómago. Por gastroscopia se hizo también el diagnóstico de ulcus, y en este sentido se instituyó el tratamiento.

Ante la persistencia de la sintomatología, se insiste en la exploración, siendo el examen citológico el primero en dar la alarma, al encontrar células de aspecto neoplásico. Nuevas exploraciones, radiológica y gastroscópica, aprecian también características de malignidad en la lesión, confirmandose su naturaleza: adenocarcinoma, por la intervención quirúrgica y la histopatología.

Indalecio C.L.

GASTROSCOPIAS

20-III-53. Ulceración poco profunda, con valla periulcerosa mamelonada y pliegues de mucosa convergentes, dando impresión de benignidad.

21-IV-53. Ulceración mas profunda de fondo sanioso grisáceo, valla periulcerosa muy prominente, mamelonada y rígida. Aspecto de cáncer ulcerado.

Quimismo gástrico.

Indalecio Q.L. 18-IV-53. Radiografía en bipedestación y compresión. Nicho en incisura angularis con acentuado edema periulceroso.

Indalecio G.L. - CITOLOGIA
Grupo de células con polimorfismo
e hipererxia nuclear de aspecto
neoplásico.

HISTOPATOLOGIA.- Tubo glandular
formado por células epiteliales
atípicas y disposición anarqui-
ca, en plena capa muscular del
estómago.

Obs. nº 9 - Fermin López García, de 45 años, casado, natural de Horcajada (Ávila) residente en Ripollet. Visitado el 7-IV-53.

Antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales. Nunca excesos de comida. Habitualmente un litro de vino y una veintena de cigarrillos diarios.

Enfermedad actual. Desde hace unos dos años, sensación de plenitud epigástrica postprandial no diaria, ligera disminución del apetito, conservando las fuerzas y perdiendo poco de peso. Durante el último año, en tres ocasiones, percibe detención momentánea de alimentos sólidos, en región retroxifoidea. Hará unas siete semanas, epigastralgia en forma de calambre, irradiada en hemicinturon, persistente, agravándose después de las comidas. Pérdida de fuerzas, astenia y anorexia. Es visitado y tratado con vitamina C y calcio, disminuyendo el dolor, pero persistiendo la falta de apetito, habiendo perdido tres kg. en dos meses. Evacua bien.

Exploración. Buen aspecto general y coloración normal de

piel y mucosas. Ligera gingivitis. Abdomen: nada patológico a la inspección, percusión y palpación. Hernia inguinal directa izq. No existen adenopatias. Tacto rectal negativo. Respiratorio, circulatorio y reflejos normales.

Exploración radiológica. 10-IV-53. Gastroduodenal: la parte alta de la porción vertical del estómago, aparece rígida y estrechada, con aspecto de neoplasia, que parece localizada en la cara posterior.

El 22-IV-53 radioscopia que confirma la observación anterior.

Citología gástrica. 25-IV-53. Existe poco líquido de retención, pero es hemático negrozco: practicándose un cuidadoso frote exfoliativo muy ligero, retirándose escasas muestras, pero suficientes. Resultado positivo tipo IV. Hay muy poco HCl libre, no inyectándose histamina.

Laboratorio. Las pruebas y exámenes habituales son normales.

as reacciones serológicas de la lues, negativas.

Intervención quirúrgica. 2-V-53 practicada por el Dr. Llauredó (S. Dr. Mig Sureda) Resumen: laparatomía media supraumbilical. El cuerpo del estómago, está ocupado por una neoplasia del tamaño de un puño, con una gran base de implantación, que ocupa toda la porción vertical de la pequeña curvatura y cara posterior, a cuyo nivel está exteriorizada y adherida a páncreas. No hay metástasis hepáticas ni ganglionares en hilio hepático. Gastrectomía total. Esófagoeyunostomía término lateral.

histopatología. Aparecen nidos y cordones de células epiteliales atípicas, de crecimiento invasor hacia las capas musculares, disociándolas. Estroma fibroso abundante con algunos focos de células redondas. D: carcinoma sólido de estómago.

Comentario. En un hombre de mediana edad, se instala un cuadro atípico de dolores epigástricos, que se va acentuando progresivamente, lo que permite pensar en la posibilidad de una neoplasia, los espasmos retroesternales y la falta de sintomatología de retención, se explicarían por su localización alta. La radiología hace el diagnóstico, confirmado por la citología, por la intervención y el examen histopatológico.

Fernán L.G. Radiografías practicadas en decúbito dorsal. Defecto de repleción, que afecta al tercio superior de la porción vertical del estómago, en su cara posterior. En dicha zona, la luz gástrica aparece considerablemente reducida. Rigidez de contornos. Aspecto de neoplasia vegetante. (Imágenes radiológicas invertidas).

Fernin L.G.

CITOLOGIA. - Pequeñas agrupaciones de células con diversas características de malignidad.

HISTOPATOLOGIA. - Nidos, tubos y cordones de células muy atípicas, infiltrando la muscular. A pequeño aumento.

Obs. nº 10 - Emilia de la Asunción, de 67 años, viuda, natural de Almansa y residente en Barcelona. Hospitalizada el 14-VI-53.

Antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales. Menarquia a los 14 años y menopausia sin trastornos a los 40. Estreñida habitual. Hace unos 10 años, tenía pesades epigástrica post prandial, de poca duración, durante tres o cuatro días, con intervalo de meses. Desde los últimos 4 años, dichas molestias dispepticas eran mas acusadas, duraban más, pero cedían con alcalinos. Hace un año, estando en un periodo de molestias siguiendo inmediatamente a las comidas, experimenta una pérdida de conocimiento seguida de melena intensa; quedó anorexia y astenia muy acusadas, teniendo que guardar cama un par de meses. Diagnosticada y tratada de ulcus, ha ido sufriendo epigastralgiias semitardias, que calmaban con alcalinos, casi diarios. Aunque momentaneamente se recuperó algo, después ha vuelto la anorexia, pérdida de fuerzas y de peso.

Exploración. Enferma pálida y delgada. Epigastrio defendido impidiendo concretar la palpación. No hay adenopatias ni edemas. Circulatorio, respiratorio y reflejos normales.

Exploración radiológica. 17-IV-53. Biloculación gástrica incompleta, en parte alta, de tipo orgánico, con defectos de repleción y desaparición de pliegues.

Laboratorio. 18-IV-53. Hematíes: 3.290.000; Hb 46%; V.G. 0,72. Anisocitosis mediana. Anisocromia. Hipocromia. Proteínas: 7,39 gr. serinas/globulinas: 46/54. Weltmann 5. Sed. globular: 1ª hª 29 mm, 2ª hª 81 mm. Resto de las pruebas y analisis habituales, sin anormalidad.

Gastroscopia 21-IV-53. La cifosis que presenta la enferma, y los depósitos mucosanguinolentos, que empañan la lente, impiden una observación eficaz.

Citología gástrica, simultánea con quimismo. 23-IV-53. El contenido gástrico aparece ligeramente hemático, consiguiéndose muestras en bastante cantidad. Resultado positivo. IV.

Aquilia histamino resistente.

Intervención quirúrgica. 13-V-53. por el Dr. Llauradó (S. Dr. Puig Sureda) Resumen: Laparatomía media supraumbilical. Neoplasia del tamaño de una mandarina, de punto de partida de la pequeña curvatura, por encima de incisura angularis, y que la invade hasta el cardias; tiene la forma de silla de montar, invadiendo las caras anterior y posterior, hasta su mitad, dejando libre la otra mitad correspondiente a curvatura mayor. La neoplasia está adherida a páncreas, existiendo gruesos ganglios que ocupan todo el trayecto de la coronaria. Hay metástasis en epiplón mayor y en hígado, por lo que se estima contraindicada la exéresis del tumor.

Comentario. Enferma de 67 años, con antigua historia dispéptica acentuada desde hace un año, y de la cual no tenemos datos radiológicos. Cuando vino a visitarse, los Rayos X dieron el diagnóstico, que confirmó la citología; aunque no se pudo apreciar el grado tan avanzado de la lesión neoplásica, con metástasis hepática y en epiplón mayor. Al no alterar la mecánica del funcionalismo gástrico, la lesión tardó en hacer aparente su gravedad.

Quimismo gástrico.

Emilia de la A.- Radiografía en decúbito supino. Defectos de replección de la parte media del cuerpo gástrico y rigidez de la pequeña curvatura, de aspecto neoplásico.

CITOLOGIA. Células neoplásicas. A.45o.

s. nº 11 Generosa Quiroga Mendoza, de 55 años, casada, natural de Piñera, (Lugo) residente en Barcelona. Visitada el 4-V-53.

Antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales. Siempre bien. Solo hace diez años, pasó siete meses verificando varias deposiciones desechas al día, con algo de moco, sin sangre; no tuvo fiebre. Buen apetito, Menopausia a los 40 años.

Enfermedad actual. Hace seis meses se inició un cuadro, de epigastralgias tardías diarias, que calmaban variablemente con la ingesta y alcalinos; se acompañaban de vómitos de alimentos y de hipersecreción, que aliviaban sus dolores. Simultáneamente astenia progresiva, anorexia y pérdida de peso.

Exploración. Pálidez de piel y mucosas. Mal estado de la boca. Abdomen: en la mitad izq. del epigastrio, se palpa una tumaración irregular no muy dura. Resto normal.

Rayos X: imagen de neoplasia vegetante, abarcando todo el antro; la porción vertical de la pequeña curvatura gástrica, también está infiltrada.

Exámenes de laboratorio que resultan normales. Reac. lues negativa.

Citología gástrica y quimismo. 11-V-53. Pevio lavado gástrico, se practica el frote exfoliativo, logrando regular número de muestras. Resultado positivo tipo IV-V. Aquilia histamino resistente.

Intervención quirúrgica. 15-V-53. Dr. Puig Masana (S. Dr. Pi Figueras) Laparotomía supra en infra umbilical. Estómago invadido en toda su extensión por una neoplasia infiltrante; grandes adenopatias mesocólicas e infiltración de los territorios linfáticos yuxtapéstricos. No existen metástasis a distancia. Se practica gastrectomía total.

Histopatología de un ganglio. Se hallan tubos y cordones formados por células atípicas, hipereromas, que infiltran y borran su estructura.

Comentario. En este caso, clínica, radiología, citología coinciden con la intervención y la histopatología, en que se trataba de una neo.

Generosa Q.M.- CITOLOGIA. Acúmulo de células de aspecto maligno. Abundantes polinucleares.

Quimismo gástrico.

Generosa Q.M.- Radiografía en bipedestación- Defecto de replección tipo neo vegetante, abarcando antro y parte del cuerpo gástrico.

Generosa Q.M.- Grupos de células hipereromas, atípicas, que infiltran la estructura ganglionar.

.nº13 - Maria Sans Plá, de 57 años, casada, natural y residente en Barcelona. Visitada el 8-VI-53. Enferma del Dr. L. Andreu.

Antecedentes familiares sin intereses.

Antecedentes personales. Siempre bien. Buen apetito; no aficionada a salados y picantes; tampoco alcohol. Tendencia al estreñimiento. Menarquia a los 14 años, tipo 4-5/28. Dos hijos bien.

Enfermedad actual. Hace cerca de dos años comienza con molestias epigástricas irradiadas a hipocondrio dr. de aparición irregular, sin modificación por la ingesta ni por los alcalinos, casi diarias. Es diagnosticada y tratada de colecistitis crónica, persistiendo sus molestias. Desde hará unos tres meses, se presentan epigastralgias intensas con tendencia a propagarse mas bien hacia hipocondrio izq. Algunos vómitos acuosos. Ultimamente anorexia y pérdida de peso.

Exploración. Pálidas de piel y mucosas. Abdomen: no hay defensa en epigastrio, solo ligero dolor a la presión. No hay adenopatias ni edemas. Respiratorio y circulatorios normales.

Laboratorio. Hematias 3.200.000; V.O. 0,80; Leucocitos 6.500.

Rayos X. Parte alta de pequeña curvatura gástrica, rígida e irregular, sospechosa de infiltración neoplásica.

Se practica durante un par de semanas, una terapéutica antiulcerosa de prueba; esperando la sintomatología y el estado general.

Nueva exploración radiológica, practicándose radiografías seriadas que muestran la presencia de una neoplasia en parte alta de curvatura menor.

Citología gástrica. 2-VII-53. Dificultada por tenerse que realizar sin control radioscópico y por haber ingerido la enferma, leche y bizcochos dos horas antes de la exploración. Lavado gástrico seguido de frote exfoliativo. Muestras en regular cantidad. Resultado positivo, tipo V.

Comentario. Sin historia previa, presenta un cuadro dispeptico impreciso, pasados los 55 años, que posteriormente se transforma en epigastralgias intensas, que diagnóstica la neoplasia la radiología y

confirma el estudio citológico. Como muchas veces sucede en estas lesiones localizadas en el cuerpo del estómago, la falta de trastornos del vaciamiento gástrico, contribuye a que el cuadro sintomático sea poco marcado, pasando desapercibida la gravedad de la afección, hasta que se acentúa su repercusión en el estado general o bien se intensifican las manifestaciones álgicas.

La enferma no aceptó la intervención, falleciendo con metástasis abdominales a finales de Septiembre.

María S.P.- A la isq. radiografía en decúbito prono. A la dr. en decúbito supino. Se aprecian grandes defectos de reparación de tipo neoplásico, que abarcan la porción vertical de la curvatura menor.

Baria S.P.- CITOLOGIA. Agrupación de células con caracteres neoplásicos. En el extremo superior dr. parecen conservar cierta textura glandular.

Obs. nº13 - Teresa Rodon Jordá, de 67 años, viuda, natural de Valle (Tarragona) y residente en Barcelona. 1ª visita el 13-VI-53.

Antecedentes familiares. Padre fallecido a los 64 años de neumonía; madre a los 62 de angor pectoris. Ha tenido 8 hermanos, uno muerto de gripe, otros 4 en la infancia, 3 viven sanos. Esposo fallecido a los 52, de neumonía. Ha tenido 5 hijos, de los que viven 3, los otros muertos de poca edad.

Antecedentes personales. A los 20 años, caries dental generalizada con pérdida de la mayor parte de las piezas dentarias. A los 46, flebitis de ambas extremidades inferiores, con úlcera varicosa en pierna dr. Hace un año, empieza con disnea de esfuerzo y edemas maleolares vespertinos. Alguna crisis diafónica paroxística nocturna. No hay gran alteración de la diuresis. Con tratamiento de Verodigeno, mejora.

Enfermedad actual. Hará unos tres meses, que comienza con molestia epigástrica sin horario, de aparición casi diaria, que desde hace unas semanas, se ha convertido en epigastralgia, que calma con la in-

gesta y menos con alcalinos. Algún vómito de alimentos e de aguas. Nunca eructos pútridos. Pierde apetito y también peso, aunque ignora la cuantía.

Exploración. Enferma pálida, con regular cantidad de panículo adiposo abdominal. Abdomen: borde hepático liso, redondeado, ligeramente doloroso a nivel de reborde costal; en epigástrico se palpa una tumoración dura, lisa, indolora, que no sigue los movimientos respiratorios. No se hallan adenopatías ni edemas. Circulatorio: en punta arrastre primer tiempo, en foco aórtico seplé sistólico. Pulso 100. Tensión arterial 16/7. Respiratorio y reflejos normales.

Exploración radiológica: defecto de repleción, tipo neoplasia vegetante, que abarea todo el antro gástrico. Incontinencia pilórica. Bulbo duodenal normal.

Citología gástrica, practicada simultáneamente con el quimismo. Contenido del estómago ligeramente hemático, antes y después del frote

se obtienen abundantes muestras, unas entre las mallas del mandril, las mas, del lavado subsiguiente; alguna es de gran tamaño, permitiendo su inclusión directa en parafina como si fuera una biopsia.

Hipoquilia inicial, con escasa respuesta a la histamina.

Histopatología. Examinando los cortes practicados en el fragmento incluido, se observa: desarrollo neoplásico constituido por células epiteliales escasamente diferenciadas, dispuestas en organización pseudoglandular, limitando pequeñas cavidades. Las células, de núcleos desiguales en forma y tamaño, entre las que se aprecian algunas, en proceso mitótico, muestran un citoplasma también irregular y de carácter basófilo. Adenocarcinoma.

Comentario. Historia corta de dolores gástricos, en una mujer de 67 años; palpandose tumoración epigástrica. A Rayos X imagen de neoplasia vegetante. La citología, obtiene un fragmento suficiente, para asegurar el diagnóstico, a pesar de no haber querido dejarse operar.

Teresa R.J.

CITOLOGIA.- A la dr. grupo de células de aspecto maligno. A la izq. a menor aumento, fragmento de mucosa obtenido después del frote exfoliativo, constituyendo una verdadera biopsia, y que permite precisar se trata de un adenocarcinoma.

Teresa R.J.

**Defecto de repleción
del antro gástrico, con
aspecto de neoplasia
vegetante.**

Quimismo gástrico.

Teresa Rodon

Quimismo gástrico.

Encarnación Ferri

obs. n.º 14—Esperanza Gallo Alonso, de 30 años, casada, natural y residente en Barcelona. Historiada el 5-III-52.

Antecedentes familiares. Madre fallecida a los 66 años de neumonía. Madre viva sana. Han sido 11 hermanos; 6 muertos en la infancia, los restantes bien. Esposa sana, 4 hijos con buena salud; ningún aborto.

Antecedentes personales. Siempre bien. Menarquia a los 13 años, tipo 5/26, abundante, indolora; menopausia desde hace 2 años.

Enfermedad actual. Comienza hace un par de años, con pesadas epigástricas, irradiadas a hipocóndrio dr. y dorso, a las 3 horas de las comidas, duración de 15 a 20 minutos, cediendo espontáneamente a los alcalinos. Sus molestias al principio poco intensas, fueron persistiendo, aunque con alguna breve temporada intercalada de mejoría; aumentando en intensidad y duración desde los últimos 5 meses, pasando ya a ser dolor persistente, localizado en vacío dr. que aumenta con la ingesta. Aparecen vómitos de aguas insípidas, que alivian

más que los alcalinos; estreñimiento, anorexia y pérdida de 4 Kg. de peso en medio año. Nunca hematemesis ni melenas.

Exploración clínica. Palidez de piel y mucosas; lengua saburral; faltan algunas piezas dentarias. Abdomen: regular cantidad de pániculo adiposo; en epigastrio se palpa un plastrón difuso, profundo, doloroso a la presión; borde hepático palpable en su porción externa, a nivel del reborde costal; bazo no palpable. Circulatorie, respiratorie y reflejos normales. No hay edemas ni adenopatias.

Exploración radiológica. Esófago y cámara de aire gástrica, aparecen normales. En la curvatura mayor del antro, gran defecto de repleción e imágenes lacunares, con aspecto de neoplasia vegetante. (12-XII-52).

Laboratorio. (20-XII-52) Hematias 3.730.000, Hb. 81%, V.G. 0,86; anisocitosis moderada; ligera anisocromia e hipocromia. Leucocitos 6.000, neutrof. 56; n. en franja 3; eos. 1; monoc. 1; linf. 42. Plaquetas normales. Sed. globular: 1ª h. 20mm. 2ª h. 45 mm. I Katz; 21,25.

El 7-I-53 se practica T. coagulación: inicial 7', total 10'; T. de sangría: 0'. Proteínas: 7,50 gr.o/co; albúminas/globulinas: 64/36; viso.177. Urea en sangre: 0,44 gr.o/co. Hemáticas: 4.910,000; Hb.74; V.G. 0,75.

Citología gástrica (23-III-52) simultánea con quimismo, obteniéndose regular número de muestras, de las asas de nylon y del lavado ulterior. Resultados positivo. IV.

Hipoclorhidria, con escasa respuesta a la histamina.

Intervención quirúrgica (9-I-53). Dr. Pi-Figueroa. Resumen hoja operatoria: laparotomía media. Abierta la pared abdominal, aparece extensa neoplasia gástrica, subserosa, exteriorizada, que abarca toda la curvatura menor y adherida a pancreas, con adenopatías abundantes en epiploon, extirpándose un par de ganglios para su estudio. Cierre de la pared en un plano.

Exámen histopatológico de los ganglios: ambos aparecen con metástasis, por carcinoma mucoso.

Comentario. Enferma de 50 años, que desde hace unos dos, comienza con un cuadro dispéptico, que se vá agravando progresivamente, la exploración radiológica, indica la existencia de una imagen tipo tumor vegetante en antro gástrico. El estudio de la citología, lo confirma, así como la laparotomía, que encuentra una extensa neoplasia de estómago, exteriorizada, mayor de lo que permitía suponer la radiología; y también el examen histológico de los ganglios extirpados.

Esperanza S.A.- CITOLOGIA

- **Marcado polimorfismo celular y características neoplásicas. Algún elemento tiene la disposición en snillo de sello.**

Quimismo gástrico

Esperanza S.A.- Radiografía en hipodestacion. Gran defecto de repleción que amputa la casi totalidad del antro, tipo neoplasia vegetante.

Obs.nº 15- Encarnación Ferri Pastó, de 54 años, casada, natural de Valencia, residente en Barcelona.

Antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales. A los 16 años corea. A los 17 menarquia tipo 4/28. Fué visitada en este Servicio de P.D. en 26-VI-44 explicando tener, desde unos meses antes, distensión dolorosa epigástrica post prandial, casi diaria, que se acentuaba cada vez más, con vómitos de alimentos y eructos pútridos. A Rayos X se halló estenosis pilórica, con retención total de papilla a las seis horas. Operada el 2-VIII-44 por el Dr. Pi Figueras. Resumen de la intervención: estómago enorme. En la pequeña curvatura del antro se encuentra una placa indurada rodeada de unas pequeñas elevaciones duras de aspecto neoplásico. Gastrectomía tipo Billroth I. Diagnóstico Operatario: neoplasia del antro gástrico.

Estuvo completamente bien hasta finales del 1952, que comienza con epigastralgias sin horario, que ceden con alcalinos, menos con la comida

Anorexia y pérdida de diez kg. en medio año. Astenia progresiva. Vómitos de retención. Estreñimiento.

Exploración radiológica. 20-VI-53. Gastrectomía Billroth I. Acentuada estrechez de la boca anastomótica, a pesar de utilizar fisostigmina como estimulante del peristaltismo gástrico.

Gastroscopias. 23-VI-53. Imposibilidad de franquear el cardias. El 30-VI-53, después de un tratamiento con Buscapina, se intenta de nuevo la gastroscopia; no resultando factible la introducción en la cavidad gástrica.

Citología gástrica simultánea con quimismo. 4-VII-53. Obtención de regular cantidad de muestras, con abundantes detritus y restos de alimentos. Resultado: positivo tipo IV.

Hipoquilia inicial que no responde a la histamina.

Laboratorio. Weltmann & Takata; coelico. Fexmel y lactogelificación positivas. Proteínas 7,73 gr. Serinas/ globulinas: 28/72. Sedimentación globular: 1ª hª 22 mm. 2ª hª 75 mm. Resto de las pruebas normales.

Intervención quirúrgica. 20-VII-53, practicada por el Dr. Prim
Operación: laparotomía medio supra ó infraumbilical. Neoplasia masiva invadiendo la totalidad del estómago, con aspecto de linitis plástica, siendo imposible su extirpación.

Falleció un mes después en plena esquizia.

Comentario. Enferma que en 1944 padeció un síndrome de retención gástrica, de rápida instalación, hallándose durante la intervención una lesión que se dictaminó como neoplásica. Después de pasar cerca de ocho años bien, empieza con epigastralgias atípicas, astenia, anorexia, pérdida progresiva de peso y vómitos de retención. La exploración radiológica encuentra acentuada estenosis orgánica. Precedan dos intentos de gastroscofia. Por examen citológico, se hallan células de aspecto neoplásico, lo que resulta confirmado por la intervención, que queda reducida a una laparotomía exploradora, por lo avanzado de la lesión neoplásica exteriorizada.

En este caso no se realizó estudio histopatológico, pero si conside-

zamos, que la clínica, aun teniendo en cuenta la tardanza en reproducirse la primitiva lesión, mayor de lo habitual, pero mas explicable si se trataba de una neoplasia infiltrante del tipo linfático; junto con la radiología, el examen citológico y la impresión obtenida por experimentados cirujanos, en ambas intervenciones quirúrgicas, orientaban hacia la presencia de un proceso maligno, podemos suponer verosimilmente, se trataba en efecto de neoplasia.

Encarnación F.P.

Radiografía en decúbito prone
(imagen invertida) rigidez y
defecto de repliación de cur-
vatura menor. Gastrectomía.

CITOLOGÍA.—Grupo de células muy
atípicas de aspecto neoplásico.
Alguna fagocitosis celular.

Obs. nº 16- Francisca García López, de 45 años, casada, natural de Murcia y residente en Barcelona. Visitada el 11-V-53.

Antecedentes familiares. Padre gastrópata, actualmente de 70 años con ceguera total desde hace diez. Cuatro hermanos sanos y uno con úlcus. Esposo y cinco hijos, buenos; otro hijo fallecido al nacer.

Antecedentes personales. Hace 13 años, pleuresia dr. guardando cama durante 11 meses, desencadenada mientras sufría mastitis, después de un parto normal. Se recuperó totalmente habiendo tenido con posterioridad dos gestaciones normales. Estreñimiento habitual. Menarquia a los 15, 2/35.

Haré unos 12 años, crisis de dolor brusco, diurno, localizado en hipocondrio dr. e irradiado en hemicinturón y al omopleto dr. con escalofríos, sin ictericia, coluria ni escolia; vómitos biliosos que no calmaban duró 12 horas, aliviando con calor local. Sufrió otras dos crisis parecidas, en 8 años, la última hace 4; encontrándose perfectamente bien en los intervalos.

Desde hace 3 años, sufre epigastralgias post prandiales, que cianaban con la ingesta y menos con alcalinos. A pesar de haber seguido diversos tratamientos, no ha tenido mejoría, ni por un breve periodo. Durante el último año, la epigastralgia es más intensa, y se acompaña de frecuentes vómitos de comida y de gran cantidad de aguas azules. Ha perdido 18 Kg. en dichos tres años, pero conservando las fuerzas y pudiendo dedicarse a sus quehaceres habituales.

Exploración. Enferma delgada con ligera palidez de piel y mucosas. Abdomen: epigastrio doloroso a la presión. Murphy positivo. No existen adenopatías. Actualmente respiratorio, circulatorio y reflejos normales.

Rayos X. 12-V-53. Estómago radiológicamente normal. Excentricidad pilórica sin que se observe lesión orgánica.

Nueva exploración radiológica. 29-VII-53. Infiltración pilórica y rigidez de la curvatura menor del estómago. Defectos de repleción del antro pilórico de tipo neoplásico.

Citología gástrica. 18-VIII-53. Después del frote de 1ª región entral, se extraen abundantes muestras, algunas de relativo tamaño. Se concluye en la existencia de una gastritis atrófica-hiperplásica. Según la clasificación adoptada, correspondería al tipo II. Hipogilias inicial con buena respuesta a la histamina.

Los habituales exámenes de laboratorio, resultaron normales.

Intervención quirúrgica, 21-VIII-53 por Dr. Alcover (Dr. Puig Surde) Laparotomía media supraumbilical. En la región del antro pilórico, no se aprecia ningún tumor, ni infiltración neoplásica. La exploración gastrocavidadal pudo llevarse a cabo con extraordinaria facilidad, dada la delgadez de la enferma, y la fácil movilización de sus órganos, lo que permite asegurar la no existencia de lesión. Presencia de cálculos en vesícula biliar, en vista de lo cual, solo se practica una colecistectomía.

Después de la operación, la paciente sigue con las epigastralgias igual que antes, aunque han disminuido los vómitos; por lo que se insis-

te en las exploraciones.

Castroscopia. 6-X-59. Se visualiza la cavidad gástrica hasta las inmediaciones del piloro. Las ondas peristálticas son perfectamente circulares y a lo largo de la curvatura mayor se pueden seguir hasta piloro; en la curvatura menor, en cambio, queda una pequeña porción prepilórica que resulta imposible de visualizar. Esta pequeña curvatura en la región del antro, presenta una discreta gastritis aftosa, "i bien no se puede precisar la naturaleza exacta del proceso, parece poder excluirse la presencia de la neoplasia.

Se practica nuevo exámen radiológico del que destacan la excentricidad y cierto grado de incontinencia del piloro, e irregularidades variables de la gran curvatura prepilórica; pero sin poder concretar la índole de las lesiones.

También un nuevo estudio de la citología gástrica, con obtención de muestras de buen tamaño, nos hace persistir por nuestra parte en el

dictamen de la sola existencia de una gastritis hiperplásica antral; al no haber hallado tampoco esta vez, elementos de aspecto neoplásico.

Es verificada una nueva gastroscopia, con el siguiente dictamen: el esfínter del antro, en la porción correspondiente a la curvatura menor, aparece rígido, contrastado con el resto del mismo que se modifica con el peristaltismo. La superficie de esta región de la curvatura menor, que se desplaza en bloque, ofrece un relieve ligeramente irregular. El conjunto de la impresión de infiltración antral, correspondiente a la pequeña curvatura, probablemente neoplásica.

Nueva intervención quirúrgica a los dos meses de la primera, practicada por el Dr. Puig Surroch, laparotomía media supraumbilical, extirpando la anterior cicatriz. El estómago presenta un aspecto enteramente normal, completamente exteriorizable; teniendo en cuenta las exploraciones practicadas, se insiste en el examen de la gran curvatura prepilórica, no encontrando lesión alguna; se palpa también deteni-

damente la incisura angularis, a cuyo nivel parece notarse un ligero engrosamiento de la pared. Gastrectomia Sillreth I, Comentario del Cirujano: probablemente, de no haber mediado la prolija exploración y la insistencia con que se han encontrado anormalidades, también en esta operación se hubiera dado el estómago como normal.

Histopatología. Una gran porción de la mucosa, presente un aspecto atrófico, con escasos tubos glandulares y tejido de granulación a nivel de una zona de exulceración. En un punto de esta mucosa, se observa una proliferación de células epiteliales atípicas, de variado tamaño, núcleos muy cromáticos y protoplasmas densos, que queda muy localizada. En la parte periférica, la mucosa está moderadamente hiperplásica.

Diagnóstico: gastritis atrófica con una zona de dediferenciación epitelial cancerosa.

Comentario. Mujer de 45 años, con antecedentes de tres crisis de hipocondralgia y vómitos biliosos, de horas de duración, aisladas, que

no fueron debidamente valorizadas, en su historia clínica, pero que se explican por la coledocitis hallada durante la intervención.

Su enfermedad actual, comienza hace 3 años, con epigastrias poco típicas y últimamente vómitos; no habiendo pasado en este tiempo ninguna fase de bienestar absoluto. La exploración radiológica, encuentra primero, colamente excentricidad de piloro y después signos de neoplasia vegetante. La citología exfoliativa en cambio, no encuentra elementos cancerosos, dictaminando la existencia de una gastritis atrófica hiperplásica.

Con la orientación de neoplasia del antro, se fué a la intervención teniendo la sorpresa de no palpar ningún tumor ni infiltración gástrica, pero hallando una vesícula biliar calculosa, que se extirpa. Se tuvo la impresión de haber sufrido un error diagnóstico, pensando que la sintomatología, podría haber sido debida a una dispepsia biliar refleja o a una gastritis coincidente con la coledocitis.

Ante la persistencia de la sintomatología, se insiste en la exploración, verificando la gastroscopia, que establece la presencia de una discreta gastritis, en la región de la pequeña curvatura, cerca de incisura angularis. Una nueva exploración radiológica, tampoco permite aclarar el problema; mientras que otro examen citológico nos hace insistir en la opinión emitida en el anterior. Otra gastroscopia permite obtener la impresión de que existe infiltración de la curvatura menor del estómago, probablemente neoplásica.

Aunque no se pudo llegar a un diagnóstico concreto, todas las exploraciones llevaron a la conclusión de que existía una lesión orgánica de la pequeña curvatura del estómago pilórico, que lo mismo si se trataba de una neoplasia infiltrante que de una gastritis atrofica hiperplásica, ante la persistencia de los síntomas, justificaban una nueva intervención quirúrgica, durante la cual se halló mediante una detenida palpación, un ligero engrosamiento de la curvatura menor del

entre, a nivel de incisura angularis, practicándose la gastrectomía.

Abierta la pieza reseca, encontramos en la región correspondiente de la pequeña curvatura antral, una zona que en su centro presentaba una ulceración, de fondo plano, muy poco profunda y de contorno irregular en cuyo interior aparecían algunos nódulos de mucosa engrosada, que también existían y en mayor cantidad a su alrededor.

Visto el aspecto de la lesión y el examen histopatológico, parece que nos encontramos ante una neoplasia mucocerosiva, en fase relativamente poco avanzada. En este caso la citología exfoliativa, solo nos permitió hallar la gastritis que rodeaba la lesión, sin establecer su naturaleza neoplásica.

Francisco G.L.

Radiografías en bipedestación. En curvatura menor, cerca del píloro, se observa la formación de un fondo de saco, variable, que por sus características, no corresponde a una neoplasia.

Radiografía en decúbito prono. Defectos de repleción de tipo lacunar, y presencia del fondo de saco visible en las otras radios. La imagen parece de neo vegetante.

Francisca G.L.

GASTROSCOPIA- Lámina practicada durante la segunda observación. En incisura anguláris y prolongándose hacia píloro, existe una zona cuya superficie es ligeramente mamelonada. En gran curv. se distinguen perfectamente las ondas peristálticas.

206.

Francisco G.L.- Mucosa gástrica superficial desprendida por frote. Gran variabilidad de aspecto de las digitaciones de la mucosa. A la dr. y a mayor aumento se puede apreciar una de ellas, engrosada, con infiltrado leucocitario y en tubos glandulares, células segregando abundante mucina, y otra reducida casi exclusivamente, a la capa epitelial superficial, con tendencia a replegarse. Aumentos: 80 y 350.

Francisca G.L.- Fragmento de mucosa gástrica, desprendida por fróte, practicado a los dos meses de la exploración anterior y que constituye una biopsia superficial. Destaca la hiperplasia del epitelio de la superficie, constituyendo repliegues o arborizaciones.

Aumentos: 80 y 350.

Francisca G.L.- HISTOPATOLOGIA. A pequeño aumento, corte del extremo de la ulceración, que forma un reborde saliente, debajo del cual la mucosa presenta alguna zona de degeneración neoplásica. En la parte superior dr. se percibe el comienzo de la mucosa hiperplásica que rodea la ulceración.

A la izq. dicha zona de desdiferenciación epitelial, a mayor aumento.

Obs. nº17- Cayetana López Martínez, natural y residente en Cuenca, de 55 años, casada. Visitada el 15-VII-53.

Antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales. Hace 15 años, algias en brazo dr. durante tres meses. Estreñida habitual. Menopausia hace 5 años.

Enfermedad actual. Siempre bien hasta hace un año, que aparecen molestias postprandiales, calmando poco con alcalinos y mas con el vómito de retención, que cada vez son mas frecuentes; últimamente eructos pútridos, pérdida progresiva de peso, anorexia y mucha sed. Estremimiento y oliguria.

Exploración. Palidez terrosa de la piel. Abdomen: escaso pániculo adiposo; distensión abdominal y diastasis de rectos; chapoteo gástrico en ayunas; parece palpase una tumoración alargada, dura e indolora, paraumbilical dr. No hay adenopatias ni edemas. Circulatorio, respiratorio y reflejos normales.

Rayos X, Gastroduodenal: estómago grande, dilatado en forma de cubeta. A pesar de prolongar la exploración no se logra ver el vaciamiento gástrico.

Nueva exploración después de siete días de lavados gástricos y tratamiento con Buccapina. Estómago atónico con restos de papilla de la observación anterior. Haciéndole la prueba de la fisostigmina, logra visualizarse un defecto de repleción de la región prepilórica del antro, pasando solo un delgado hilo de papilla bariada, con aspecto neoplásico.

Laboratorio. Hematias 3.700 000; Hb 68%; V.C. 0,89; Leucocitos 7.700 con 42 linfocitos. Proteínas: 8,41; ser/globulinas: 36/64.

Citología gástrica. Solo se le pudo practicar, después de lavados gástricos dos veces al día, durante 17; se obtuvieron regular número de muestras, con resultado positivo, tipo IV.

Al cerrar las asas después de realizar el frote, notamos cierta resistencia, aunque el mandril-sonda se movía libremente; una vez ex-

traído del interior del estómago, nos encontramos un hueso de ceresa, que la enferma confesó haberse tragado cinco semanas antes; y que quedó enclavado entre las asas y la cápsula protectora, que por ser de goma blanda, se adaptó fácilmente al cuerpo extraño, favoreciendo su involuntaria extracción.

Intervención quirúrgica. Dr. H. Lloret (S. Dr. Soler Reig) Aparece una tumeración del antro, de aspecto neoplásico, que no parece afectar la serosa. Ganglios en raíz coronaria y región subpilórica. Gastrectomía subtotal amplia, técnica Reichel-Polya, con extirpación de los trayectos ganglionares.

Histopatología de la pieza extirpada. Aparecen tubos glandulares infiltrando la muscular. Las células que los constituyen, presentan francas características de malignidad. Di: adenocarcinoma.

Comentario. Historia gástrica solo desde hace un año, en que predominan ya desde el principio, los síntomas de retención. La radiolo-

gia orienta hacia una neoplasia antral estenocante, confirmando la citología y la intervención.

Cayetano L.M.

CITOLOGIA - Agrupación de células atípicas con polimorfismo e hipereremia.

HISTOPATOLOGIA - Se aprecian unas formaciones pseudoglandulares, en cuyas células se disponen de una manera irregular, mostrando diferencias de forma, tamaño y disposición nuclear. En el extremo grupos de células epiteliales neoplásicas.

Cayetano L.E.) Radiografía en decúbito prono.
Gran defecto de repleción que extiende la re-
gión prepilórica del antro, y que solo puede
ponerse de manifiesto, mediante el empleo de
la solución de flocstigmina.

Obs. nº18- Antonio Almor Sebastian, de 64 años, soltero, ayudante de cocina, natural de Herrera de los Navarros (Zaragoza) residente en Barcelona. Visitado el 29-VII-53.

Antecedentes familiares. Padres y cinco hermanos fallecidos, ignorando causas.

Antecedentes personales. Hemorragia. Chancre a los 35 años, tratado con cauterizaciones. A los 37 bubón inguinal que fué desbridado. Se le practicó varias veces Wassermann, que resultó negativo. Comedor de salados y picantes. Bebedor habitual de vino y licores. Muy fumador.

Hace 10 años, pesades epigástricas continuas que aliviaba con alcalinos, durante un par de semanas; cediendo al dejar de tomar bebidas alcoholicas, durante una temporada.

Enfermedad actual. Hace 3 meses, comienza a notar pesades epigástricas continuas, que no calma con alcalinos, ni con nueva ingesta. Desde unos 3 meses, dolor epigástrico que se irradia al dorso y que solo calma con el vómito natural o provocado. Gran estreñimiento. Anorexia,

astenia y pérdida de 10 kg. de peso en medio año. Hace unos pocos días tiene edemas maleolares.

Exploración. Enfermo pálido, demnutrido, con piezas dentarias en mal estado. Abdomen: blando, depresible excepto en epigastrio, donde hay cierta resistencia dolorosa a la presión. Hígado palpable, apreciándose un nódulo consistente, duro y granuloso, que contrasta con el resto del borde hepático, que es cortante y liso. En fosa supraclavicular izq. existe un ganglio del tamaño de un grano de maíz, duro y rodadero. Respiratorio, circulatorio y reflejos normales. Ligero edema de maleolos.

Laboratorio. Proteínas: 6,60 gr./cc, serinas/globulinas: 34/66 ; Takata, Hanger y formelgelificación negativos, así como Hocht y Meinicke. Eolbman: 3; Lactogelificación positiva.

Rayos X. Defectos de repleción que abarcan la casi totalidad del estómago, excepto la cámara de aire gástrica, con aspecto de neoplasia masiva. Poco peristaltismo e incontinencia pilórica.

Citología, 6-VIII-53. En ayunas se extrae escaso contenido gástrico, hemorrágico, obscuro y fétido. En contraste con la importancia y la extensión de la neoplasia, se obtienen pocas muestras aprovechables, entre sangre hematizada y detritus, pero suficientes para establecer un resultado positivo tipo V.

Se practica nueva exploración citológica el 15-VIII-53, previo cuidadoso lavado gástrico, realizando el frote exfoliativo en la porción mas alta del cuerpo del estómago, buscando verificarlo en el límite radiológico aproximado de la lesión, por si esta región estaba menos ulcerada y desprovista de sanies. Se consigue un buen microfragmento que se incluye en parafina para su estudio, observándose no ser tejido neoplásico, pero presentando algunas alteraciones, que pueden ser interpretadas como de transición.

Estando hospitalizado el paciente, se fué acentuando su pérdida de peso y anorexia, aparece ictericia progresiva, apreciándose nuevos nódulos hepáticos y defensa epigástrica. La existencia de metástasis

hepática contraindicaba toda intervención quirúrgica, falleciendo tres semanas después, en plena caquexia.

Comentario. Enfermo de 64 años, que hace 10, pasó una corta fase de molestias epigástricas, posiblemente atribuibles a sus excesos de comida y bebida. Pocos meses antes de ser visitado, comienza con epigastralgias continuas, que no ceden con la ingesta ni con los alcalinos y que se acompañan de anorexia, estreñimiento y pérdida progresiva de peso. La exploración clínica, ya permitía suponer la existencia de una neoplasia posiblemente gástrica, con metástasis hepáticas. La radiología estableció además, la gran extensión de la lesión, y la citología resultó positiva. Aunque no se pudo practicar la necropsia, creemos se puede aceptar que se trataba de una neoplasia gástrica masiva exteriorizada.

Antonie A.S.- CITOLOGIA. A la izq. grupo de elementos celulares hipereremáticos con características de malignidad, rodeados de detritus. A la dr. fragmento incluido, en el que se ven glándulas de mucosa gástrica de aspecto normal; la mas inferior, parece constituida de células, que han pasado de prismáticas a cuboides, con cierto polimorfismo nuclear. Ligera infiltración plasmolinfocitaria.

Quimismo gástrico.

Antonio A.S.
Radiografía en bipedestación. Defectos de repleción del cuerpo y antro gástricos, de tipo neoplásico.

Cas. nº19- Dolores Nicolau Grau, de 66 años, casada, natural de Constantí (Tarragona). Hospitalizada el 4-VIII-53.

Antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales. Niega enfermedades. Siempre buen apetito, evacuación normal. Ha tenido 3 hijos, dos viven sanos; el otro muerto a los diez meses; ningún aborto. Menopausia hace 12 años.

Enfermedad actual. Hace 4 años comienza con sensación de hambre dolorosa, al cabo de una hora de la comida, que comienza con esta; menos con alcalinos, y también muchas veces con el vómito; casi diario. Eructos ácidos. Astenia y algo de anorexia. Ha pasado fases cortas casi sin molestias, para volver más acentuadas cada vez, siendo últimamente epigastralgias muy intensas, y de aparición más precoces, presentándose a la media hora de la ingesta; frecuentes vómitos de retención. No ha tenido hematemesis ni melenas frías, pero en alguna ocasión el vómito ha sido negrozco. Ha perdido 3 Kg. de peso.

Exploración. Enferma pálida. Abdomen con escasos pániculo adiposo; ligera resistencia en epigástrico, que es doloroso a la presión. Respiratorio y circulatorio normales; tensión arterial: 11- 5½. Reflejos bien

Rayos X. Gastroduodenal: estenosis de aspecto orgánico, persistente, de la porción prepilórica del antro, con dilatación del resto de la cavidad gástrica; escasos peristaltismo.

Citología y quimismo gástrico. 6-VIII-53. Lavado gástrico, hallando abundante retención de alimentos. Se obtienen escasas muestras con resultado positivo tipo IV.

Hipoquilia con escasas respuesta a la histamina.

Laboratorio. Hemáticas: 3,400 000; Hb. 70; V.C. 0,82; V.S.G. 10hs 20 mm. 24 hs 67 mm. Urea en sangre 0,59 c/cc.

Intervención quirúrgica. 12-VIII-53. Dr. Llaurodo (S. Dr. Puig Sureda). Laparotomía media supraumbilical. Aparece una induración prepilórica que se extiende siguiendo la pequeña curvatura antral; adenopatías

abundantes siguiendo la coronaria. Gastrectomía subtotal tipo Billroth I.

Histopatología. Ulceración de la mucosa gástrica, recubierta de un exudado fibrinoso-necrótico, que no penetra en las capas musculares. En los bordes de esta ulceración, se observan células epiteliales atípicas de crecimiento infiltrante hacia las capas musculares, entre cuyas fibras se observan tubos glandulares de aspecto neoplásico.

Comentario. Mujer que a los 62 años, comienza a sufrir un síndrome epigástrico, al principio con cierto horario tardío, y aliviado con la ingesta, aunque menos con alcalinos. Sin francas fases de calma intercaladas, sus dolores se hacen cada vez más intensos y de aparición más precoz; instaurándose un cuadro de retención. Radiológicamente se establece la existencia de una estenosis orgánica. La citología es positiva y el examen histopatológico prueba tratarse de un adenocarcinoma.

Radiografía en decúbito prone.
Estenosis orgánica de la por-
ción yuxtapilórica del antro.
Dilatación gástrica.

Doloros H.C.

Radiografía en decúbito supino.
Imagen parecida a la anterior.

Dolores N.C.- CITOLOGIA.- Diferentes muestras de células con diversas características de malignidad; presencia de abundantes leucocitos y de detritus, que dificultan la diferenciación. Aumento:300.

Dolores N.G.- HISTOPATOLOGIA

A distintos aumentos, se observan tubos glandulares revestidos de células epiteliales atípicas, infiltrados entre las fibras de la capa muscular disociandola. Adenocarcinoma.

Obs.nº 20- Juan Bujaldon Díaz, de 50 años, casado, agricultor, natural de Puerto Lumbreras (Murcia) y residente en Castellví de la Marca (Barcelona) Hospitalizado el 12-V-53.

Antecedentes familiares. Padre fallecido a los 62 años de cirrosis hepática; madre a los 88, ignora causa. Esposa, dos hijos, y cinco hermanos sanos.

Antecedentes personales. Buen comedor, sin abusar de picantes y salados. Bebedor solo menos de un litro de vino al día. Estreñido habitual. Tifoidea en la infancia. Apendicectomía hace 14 años.

Enfermedad actual. Desde hace 9 años, venía padeciendo epigastralgias dos horas después de las comidas, que calmaba con ésta y con alcalinos. Sufría por temporadas de 20 a 30 días de dolor diario, intercalándose meses de bienestar. A veces regurgitación de aguas amargas. Ha sido tratado como ulceroso, habiendo pasado los dos últimos años, bastante bien.

En enero de 1953, comienza con crisis dolorosas epigástricas inten-

sas, sin irradiación, que duraban el principio de 1/2 a 1 hora, calmándose espontáneamente; sucedía cada 1 a 3 días, con normalidad de orina, de deposición y sin ictericia. En Febrero, las crisis son diarias, duraban mas de 1 hora, se acompañaban de escalofríos, no cedían con el cloroformo, ni con el vómito; precisando supositorios calientes. Nunca coluria, escolia ni fiebre. Dice que se le practicó una colecistografía, que fué negativa, siendo colecistectomizado el 23 de febrero, sin hallar cálculos. Quedaron molestias epigástricas irregulares, que el cabo de un mes se hicieron muy intensas y con irradiación hacia hipocóndrio izq. en forma de exacerbaciones dolorosas de una hora de duración, varias veces al día. Apetito regular; conserva peso.

Exploración. Buen aspecto general. Faltan todas las piezas dentarias (prótesis total). Abdomen: ciatriz pararectal dr. y otra a nivel de f.i. dr. Vientre blando, depresible; epigastrio doloroso a la palpación hígado normal; no se palpa ni percute bazo. No hay adenopatías ni edemas. Respiratorio, circulatorio y reflejos normales.

Exploración radiológica. 16-V-53. Gastroduodenal: no aparece nada de anormal, excepto un ligero aumento de grosor, de los pliegues de la mucosa.

Sondeo duodenal, 22-V-53. Ligera hipertonia del esfínter de Oddi, que cede a la instilación de la sol. de novocaina al 1%. Ni macroscópicamente ni en el estudio del sedimento, se encuentran señales de infección, retención o elementos patológicos. Índice pigmentario normal. A continuación se verificó la estimulación de la secreción externa pancreática, mediante inyección de secretina y Doryl; lipasa (método de Bondi) y volumen de secreción normales.

Se establece tratamiento de prueba: reposo, régimen blando de protección gástrica, Buscapina iny. mejorando de sus dolores durante una semana, para volver luego con igual intensidad que antes; por lo que se insiste en la exploración.

Gastroscoopia. 16-VI-53. Estómago con gruesos pliegues, hipertonia y sumamente irritable, que no tolera la insuflación, feltando la

distensión suficiente para permitir un examen adecuado.

Rayos X, nueva exploración el 17-VI-53. Antro pilórico, con signos radiológicos de gastritis hiperplásica, con probable ulceración alargada y atípica en curvatura menor del mismo.

Citología gástrica, y quimismo. 13-VI-53. Líquido de retención en regular cantidad, con abundante moco y ligeramente hemático. Después del frote exfoliativo, se obtienen abundantes muestras, observándose placas de células de aspecto neoplásico. Resultado positivo, tipo V.

Moderada Hiperclorhidia inicial, con buena respuesta a la histamina.

Ante el resultado anterior, se practica nueva Gastroscopia el 23-VI-53. Dictamen: las características son muy parecidas a las de la primera observación; pero a la altura del antro, se percibe una formación prominente, lisa y edematosa además de congestiva, con todo el aspecto de un segmento de valla perulcerosa, en fase aguda. No se pudo penetrar más adelante, pero por el aspecto de lo visto, es muy probable que se

trate de una lesión benigna.

Nuevo estudio citológico gástrico. 26-VI-53. Se logran regular cantidad de muestras, con caracteres de malignidad. Resultados: positivo, tipo IV.

Otra exploración radiológica el 27-VI-53. El aspecto corresponde probablemente a una gastritis hipertrófica, con pliegues gruesos y algunos mamelomados. En dos de las radiografías practicadas en decúbito supino, se observa una imagen que parece un nicho de cara posterior del antro. Se intenta la insuflación gástrica sin resultado.

Intervención quirúrgica, 11-VII-53. Dr. Prim. Resumen del dictamen operatorio. Antro pilórico adherido a cara inferior del hígado, a nivel del lecho vesicular, posiblemente debido a su anterior colecistectomía. Úlcera a nivel de parte *media* de pequeña curvatura gástrica adherida íntimamente al hígado que aparece normal. No hay ganglios. La impresión macroscópica es de que se trata de un proceso ulceroso. Gastrectomía sub total Billroth I.

Comentario/ Se trata de un hombre de 50 años, que desde hace 9 que viene sufriendo de un síndrome ulceroso típico, y que unos 4 meses antes de ser visitado en el Servicio, comienza con crisis epigastálgicas irregulares, finalmente diarias, lo cual motivó fuera colecistectomizado, continuando con dolores.

Conservaba buen aspecto general, siendo la exploración clínica negativa. Por exámenes radiológicos repetidos (se le hicieron en total 46 radiografías) no se llegó a establecer un diagnóstico, fluctuando entre la gastritis y el úlcus de localización no precisada. El sondeo duodenal y el estímulo de la secreción externa del páncreas, no encontraron nada anormal. La Gastroscofia tampoco consiguió aclarar el problema.

El estudio de la citología gástrica, dió resultado positivo, tipo V, encontrando agrupaciones de células con francas características neoplásicas. Ante la discordancia de la citología y los demás métodos exploratorios, se repiten nuevos exámenes radiológicos y gastroscopico, que

no dilucidaron el problema, pero sentaron la conclusión de la existencia de una lesión benigna; por lo que se repitió también el examen citológico que resulta positivo de nuevo, tipo IV.

Por la persistencia del síndrome doloroso, que no acaba de ceder con ningún tratamiento, y con el solo apoyo de la citología, se fué a la intervención quirúrgica. Aún la impresión del cirujano durante el acto operatorio, era de que se hallaba frente a un simple proceso ulceroso. El estudio histopatológico demostró tratarse de una úlcera gástrica cancerificada.

Juan B.D.- Radiografías seriadas practicadas en decúbito supino. Se visualiza una mancha suspendida, que parece corresponder a un nicho de cava posterior del antro, con aparente confluencia de gruesos pliegues.

Juan B. D. - CITOLOGIA

13-VI-53.- Grupos de células con características de malignidad, especialmente marcadas en el superior.

26-VI-53.- Arriba: una célula bincleada y otra superpuesta, de aspecto neoplásico. Abajo otra de parecido características. A. 600

Juan B.D.— Pieza de resección gástrica, abierta por gran curvatura; aparece replegada en su extremidad dr. lo que dificulta su interpretación. Se aprecia un nicho excavado, de contorno anfractuoso y aspecto sospechoso de malignidad.

Juan B.D.- HISTOPATOLOGIA de la pieza operatoria. Se aprecia a la sección el nicho de un ulcus. La mucosa de la superficie externa que lo rodea, presenta ligera infiltración e hiperplasia no maligna. Los costados de la ulceración están constituidos por carcinoma vegetante, que solo a la dr. y en punto, aflora al exterior a través de la mucosa. El fondo presenta algún pequeño nódulo neoplásico.

Juan B.D.- HISTOPATOLOGIA. Borde de la úlcera, que presenta franca degeneración carcinomatosa. Epitelio muy atípico, recubriendo ejes conectivos de crecimiento vegetante.

Obs. nº 21 - Juan Obradors Grifol, de 60 años, viudo, natural de Gayá y residente en San Fructuoso de Bagés (Barcelona). Hospitalizado 12-III-53.

Antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales. A los 19 años, tuvo un absceso en muslo dr. Desde los 27, presenta molestias dolorosas epigástricas, tardías, que calmaban con la ingesta y alcalinos, diarias a temporadas de uno a tres meses. A los 29, sus dolores duraron todo un año seguido. Después fué sufriendo por periodos. Pocas veces vómitos por aquella época; nunca hematemesis ni melenas. A finales de 1951, sus epigastrálgias se hacen continuas, calmando con la ingesta para reaparecer a la media hora. Vómitos, estreñimiento y pérdida de 4 kg. de peso. Durante Marzo de 1952, le aparece disfagia solo al iniciar la comida, casi diaria. Dice que fué diagnosticado de úlcus duodenal, practicándosele una gastrectomía el 12-I-53.

Este enfermo había sido visitado en agosto de 1952 por un compañero quien ya hizo el siguiente dictámen radiológico: estómago grande sin lesión; bulbo duodenal grande, con deformación en trébol, por úlcus; la porción Yuxtacardial del esófago es algo irregular presentando a manera de un pequeño defecto de replección. (Dr. J. Gras).

Después de la operación siguió un buen curso post operatorio, pero continuando con la disfagia, que se va haciendo mas intensa y duradera, aunque no diaria; hipersialenesis. Alguna vez expulsión de bocanadas de agua. Anorexia, astenia y pérdida de peso, progresivas.

Exploración. Muy delgado y pálido. Abdomen con escaso pániculo adiposo. Un ganglio rodadero en axila izq. Circulatorio y reflejos normales. Respiratorio: por radioscopia se aprecia enfisema pulmonar y ligero pinzamiento del seno costodiafragmático dr. sin lesiones parenquimatosas.

Rayos X. 16-III-53. Esófago: retención prolongada de papilla por encima del cardias, con irregularidad de los bordes de esta zona.

Estómago: gastrectomía subtotal tipo Billroth I, con resección antral poco extensa. Cámara de aire en la zona yuxtacardial con defectos de repleción. Buen funcionamiento de la boca anastomótica.

Esofagoscopia (practicada antes de ser hospitalizado) que resultó infructuosa, por no llegarse a la lesión.

Citología exfoliativa. 21-III-53. Se verifica con el modelo I, introduciendo la sonda hasta el cardias, y el mandril dentro de la cavidad gástrica, realizando el frote. Se extraen abundantes muestras, de las asas y del lavado consecutivo. Resulta positivo tipo IV-V.

Intervención quirúrgica. 28-III-53. por Dr. Llauredó (S.Br. Puig Sureda) Incisión siguiendo la 9ª costilla izq. El estómago aparece completo, no encontrándose vestigios de que se le hubiera practicado resección alguna en la anterior intervención. Existe una neo que infiltra toda la cámara de aire e invade cardias y final del esófago. Se practica gastrectomía alta, con esófago gastrostomía. Al examen de la pieza reseçada aparece una neoplasia ulcerada en forma de casquete, que ocupa todo el fornix y estenosa el cardias.

Histopatología. Se encuentran numerosos tubos glandulares con dilataciones quísticas de sus luces y revestidos con células epiteliales atípicas que presentan abundantes mitosis.

Comentario. Se trata de un enfermo de 60 años, que viene desde hace unos 30 padeciendo un síndrome epigastrálgico tardío de tipo ulceroso, que parece corresponder a la deformación duodenal hallada a Rayos X. Desde el último año, sus dolores se acentúan y aparecen mas precozmente, presentándose además disfagia. Aunque no es frecuente la simultaneidad del ulcus duodenal y cáncer gástrico, en este caso existe, habiéndose diagnosticado radiológicamente una neoplasia de cámara de aire gástrica y porción intraabdominal del esófago, confirmada posteriormente por la citología y la intervención quirúrgica.

Juan O.G.- CITOLOGIA

A la izq. grupo de células con marcada atipia. Polimorfismo nuclear, hipereromatismo, nucleolos muy marcados; una célula binucleada. A la dr. polimorfismo celular marcado; caracteres nucleares malignos. Algunos elementos recuerdan la morfología de la célula gástrica normal.

Juan G.C. Radiografía en bipedestación. Irregularidad de contornos, rigidez y defectos de repleción que afectan la porción inferior del esófago, supra e infradiaphragmática. Estenosis incompleta en cardias. La papilla que hay en el estómago, es insuficiente para diagnóstico gástrico.

Juan P.C. Radiografía en decúbito supino. Defectos de repleción del borde superior de la cámara de aire y de la unión de esta con el cuerpo gástrico, de aspecto neoplásico.

Juan O.G.- HISTOPATOLOGIA. Nido y tubos glandulares, constituidos por células muy atípicas, en plena capa muscular gástrica.

Obs, nº 22 - Miguel Puig Hernández, de 62 años, natural y residente en Barcelona, casado, tranviario. Visitado el 22-VII-53.

Antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales. Erisipela hace 14 años. Hará unos 13, pasó mes y medio, con pirosis y molestias epigástricas tardías, que cedían con alcalinos. Operado de hernia inguinal dr. hace 8 años. Había sido muy comedor, aunque no aficionado a picantes y salados. Siempre bien de vientre.

Enfermedad actual. Hace un año, tuvo sensación de distensión dolorosa epigástrica, sin relación con las comidas, diario durante un par de semanas. Desde hará unos dos meses, comienza con disfagia para sólidos; además durante las comidas, le aparece hipo, que cede tomando sorbos de agua. Ha perdido 6 kg. Anorexia.

Exploración. Ligera palidez de piel y mucosas. Boca sin ninguna pieza dentaria. Abdomen: blando, depresible, con epigas-

trio ligeramente doloroso a la palpación profunda; conserva bastante pániculo adiposo. Respiratorio, circulatorio y reflejos normales.

Exploración radiológica. 24-VII-53. Defecto de repleción, tipo neoplasia vegetante, de la parte alta del estómago, con infiltración del cardias.

Exámen citológico. 29-VII-53. Se intenta pasar la sonda, para retirar el contenido gástrico, encontrando cierta dificultad por existir una acodadura de la extremidad inferior del esófago, junto a su desembocadura gástrica, pero consiguiéndolo al fin. Luego introducción de modelo II, de mandril-sonda, hasta pasar el cardias; realizando a continuación la maniobra de frote y extracción, obteniéndose abundantes muestras, adheridas a los hilos de nylon. Resultado positivo tipo IV-V.

Las pruebas y análisis de laboratorio, son normales.

Intervención quirúrgica el 14-VIII-53. por el Dr. Llauredó (S. del Dr. Puig Sureda) Resumen. Laparatomía oblicuada siguiendo la proyección abdominal de la 8ª costilla izq. Aparece una tumoración de aspecto nec-

plásico del tamaño de una naranja que ocupa el cardias y parte de la cámara de aire gástrica, infiltrando la curvatura menor, hasta cerca de incisura angularis. Existen adenopatias a lo largo de dicha curvatura y de la gastroepiploica dr. Gastrectomía total; anastomosis esófago yeyunal en y. Examinada la pieza de resección se observa una tumoración ulcerada que ocupa la cámara de aire gástrica. La inserción esofágica está rígida por probable infiltración periesofagítica.

Histopatología. En la superficie exudado fibrino necrótico con hematias hemolizados e infiltración polinuclear. Algunos islotes de células atípicas con núcleos grandes y monstruosos con varios nucleolos, infiltrando la muscular.

Comentario. Enfermo de 62 años, con historia corta de disfagia e hipo, anorexia y pérdida de peso. La exploración radiológica proporciona el diagnóstico de neoplasia de cámara de aire. La citología y la intervención quirúrgica lo confirman.

Miguel P.H.- Radiografía en decúbito supino. Defectos de repleción de aspecto neoplásico, de la cámara de aire gástrica, y que parece interesar también, la terminación del esófago.

Quimismo gástrico.

Miguel P.H. - CITOLOGIA. A la izq. preparación teñida
en fresco con azul de metileno. Grupo de células atípi-
cas sospechosas; una célula pavimentosa faríngea y al-
gunos eritrocitos. A la dr. grupo de células malignas.
Aumento: 400.

no 23-Manuel Gómez Fernández, de 62 años, viudo, jornalero, natural de o y residente en Barcelona. Visitado el 4-VIII-53.

Antecedentes familiares. Madre fallecida de neo de la cara. Siete jos, cuatro muertes en la infancia.

Antecedentes personales. Comeder de abundantes salades y picantes. Poco vino y liceres. Fumador. Reumatismo a los 18 años.

Enfermedad actual. Hace unos seis meses, comienza con epigastral-gias sin horario, que no calmaban con la ingesta, ignora si con alcali-nos. Un mes después hematemesis ligera. Siguen los dolores atenuados, casi diarios. Desde hace un mes y medio disfagia, primero para los sé-lidos, despues aparece también para los liquidos, acentuándose progresi-vamente aunque en alguna ocasión puede comer sin dificultad. Anorexia acentuada y pérdida de peso. Orina bien. Tendencia al estreñimiento.

Exploración. Enfermo delgado. Buen color de piel y mucosas. Pie-rrera expulsiva. A la palpación, ligera defensa epigástrica, resto del abdomen normal; ^{no} se hallan adenopatias. Respiratorie: algunos roncus y

arterias bronquiales, en ambos campos pulmonares. Circulatorio y refle-
normales.

Exploración radiológica. 6-VIII-53. Defecto de repleción, que inte-
a la extremidad inferior del esófago, de aspecto neoplásico. Estenosis
creta y retención, con ligera dilatación esofágica. Estómago y duodeno
les.

Citología esofágica. 11-VIII-53. Lavado previo de esófago con suero
ológico, saliendo ligeramente hemático, y con algunos residuos alimen-
cios. Introducción del mandril-sonda I, bajo control radioscópico, has-
el tercio inferior del esófago, donde se percibe cierta resistencia,
detiene la progresión de la sonda, verificando solo el avance del man-
l, que se realiza sin dificultad hasta entrar en el estómago; frete re-
tido e introducción de las asas de nylon dentro de la protección de la
sula de goma, antes de retirar. Se obtienen bastantes muestras con las
se verifican extensiones; con un fragmento algo mayor se verifica in-
ón, cuyos cortes aunque deficientes por mala calidad de la parafina,

que obligó por dos veces a practicar una reinclusión del fragmento,²⁵¹ permitieren observar cierta disposición tubular de los elementos celulares. Tipo V.

Intervención quirúrgica. 26-VIII-53. por el Dr. Llauradó (S.Br. Puig Sureda) practicándose una gastrectomía subtotal alta transterá-cica. Se encontró en cardias una tumoración del tamaño de una mandarina, no adherida al hígado ni a pared posterior, propagándose por infiltración a los dos centímetros inferiores del esófago.

Histopatología. La superficie de la pieza está revestida por epitelio pavimentoso poliestratificado, que da lugar a repliegues irregulares. Los elementos que la constituyen aparecen bien limitados por debajo y separados por escaso tejido conjuntivo, masas dispuestas en travéculas o cordones con tendencia pseudo-glandular de células epiteliales indiferenciadas, entre las que se distingue una irregularidad nuclear bien manifiesta así como frecuentes mitosis. D. Adenocarcinoma posiblemente originado en las formaciones glandulares

esofágicas, o una propagación por contigüidad de un adenocarcinoma gástrico.

Comentario. Se trata de un hombre de 62 años, que comenzó a sufrir seis meses antes, epigastralgias irregulares, con una ligera hepatemesis; la aparición posterior de disfagia, que predomina en el cuadro sintomático, junto con el resultado de la exploración radiológica, que solo halla lesión esofágica, es motivo de que se oriente el diagnóstico hacia la existencia de una neoplasia de la extremidad inferior del esfago, menospreciando el que la enfermedad había empezado con dolores epigástricos.

La citología encuentra células de aspecto neoplásico, que en algún punto toman disposición tubular, recordando la mucosa del estómago permitiendo la posibilidad de sospechar la existencia además, de un adenocarcinoma gástrico, tal como se halló en la intervención quirúrgica.

Manuel G.F.- CITOLOGIA

Acúmulos de células con marcado polimorfismo y basofilia; núcleos irregulares e hipercrómicos. En algunos puntos se observa cierta ordenación que recuerda la disposición tubular.

Manuel G.P.

Radiografía en decúbito supino.
La extremidad inferior esofágica con defectos de replección, de tipo neoplásico.

HISTOPATOLOGIA.- Se observa el epitelio pavimentoso poliestratificado. Masas de células epiteliales indiferenciadas, con irregularidad nuclear.

Obs. nº 24 - Raimundo Rodríguez Fernández, de 52 años, casado, natural de Pese estrecho (Cartagena). Hospitalizado el 10-X-53.

Antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales. Reumatismo a los 28 años. Comedor moderado, poco alcohol y picantes. Fumador.

Enfermedad actual. Comienza hace 7 meses, con disminución del apetito y sensación de opresión retroesternal baja, con disfagia para los sólidos, que cedia con unos sorbos de agua; vómitos con mucha secreción mucosa. Cada vez la disfagia se ha ido acentuando más, hasta llegar a ser absoluta para los sólidos, pasando los líquidos, pero con dificultad. Sialorrea. Astenia y pérdida de peso, teniendo actualmente regular apetito. Estreñimiento.

Exploración. Pálidos de piel y mucosas. Aspecto desnutrido. Faltan todas las piezas dentarias. Abdomen excavado, con piel reseca; es depresible e indoloro a la presión. Tacto rectal negativo. No hay adenopatías. Respiratorio, circulatorio y reflejos normales.

Rayos X. 14-X-53. Dilatación uniforme de la mitad inferior del esófago, con estrechos de bordes irregulares y circunscrita a nivel del hiatus diafragmático. Ausencia de cámara de aire gástrica. Retención del paso de papilla, no consiguiendo forzar la estenosis, hasta después de hacer ingerir al enfermo, unos sorbos de solución de ácido cítrico, seguidos de otros de solución bicarbonatada, con lo que se produce el paso de papilla, no apareciendo lesión gástrica.

Uitología esofágica. 21-X-53. Previo lavado de esófago extrayendo bastantes residuos de alimentos. No se logra introducir por la estenosis, ni aún el mandril-sonda delgado (m.II) pero con éste, se verifica el frote del extremo superior de la porción estenosada, obteniendo abundantes muestras. Resultado positivo, tipo V.

Intervención quirúrgica por el Dr. Solor Roig. Toracotomía izquierda por la 9ª costilla. El esófago dilatado se libera con facilidad y al penetrar en abdomen por vía diafragmática, se observa que la

neoplasia se propaga por pared posterior gástrica, penetrando en páncreas y empetrandose en los tejidos prevertebrales. Siendo inextirpable y la estenosis orgánica muy cerrada, se practica una dilatación conduciendo las sondas dilatadoras con la mano a través del tórax abierto; se coloca un tubo de Scuttar y se cierra el tórax sin drenaje.

Comentario. Enfermo que a los 57 años comienza con anorexia y disfagia progresiva. Mediante la exploración radiológica se dio noticia de una neoplasia esofágica, confirmada por la citología y la intervención quirúrgica; durante esta última se encuentra además dicha tumoración propagada al estómago.

Reinundo R. H.

Radiografía en bipedestación. Defecto de repleción de la extremidad inferior del esófago, con ligera dilatación de la porción supraestenótica.

CITOLOGÍA.— Aparecen células planas de la capa superficial de revestimiento esofágico y de origen glandular, junto a otras de aspecto neoplásico.

Obs. nº 25 Miguel Puyo Pellicer, de 59 años, casado, natural de Val de A-
goafa (Tarragona) de profesión ferroviario. Visitado el 3-XII-52. En-
fermo del Dr. Vidal Colomer.

Antecedentes familiares. Un hermano gastrópata.

Antecedentes personales. Ninguna enfermedad. Habitualmente po-
co apetito y muy estreñido. Operado de hernia inguinal izq. en 1932.

Enfermedad actual. Hace un año, se acentúa su anorexia habitual.
Desde hará unos cuatro meses, aparece disfagia para líquidos al beber
deprisa, luego también para sólidos poco masticados; la molestia al
tragar la acusa en epigastrio. La disfagia para los sólidos, ha per-
sistido cada día y en todas las comidas, habiendo perdido seis kg. de
peso.

Exploración. Enfermo flaco, deshidratado. Falta todas las pie-
zas dentarias, quedando algunos raigones infectados. Torax raquitico.
Asimetría abdominal con abultamiento de epigastrio e hipocondrio dr.
que sigue los movimientos respiratorios y parece corresponder a hígado

aumentado de volumen, llegando hasta ombligo, lobulado, duro, indoloro. No se palpa el bazo, ni existen adenopatias. Tonos cardiacos algo apagados, pero de ritmo normal. Respiratorio normal así como reflejos. No hay edemas.

Exploración radiológica. Estenosis en el tercio inferior del esófago, sospechosa de neoplasia. Hernia del hiatus esofágico. Resto de estómago y duodeno normales.

Citología esofágica. 22-XII-52. Se obtienen regular cantidad de muestras, por arrastre. Resultado positivo tipo IV.

El 7-I-53 es hospitalizado. Dice que no ha vuelto a tener disfagia pero alimentándose exclusivamente de líquidos. Aumentado algo de apetito y no ha perdido mas peso. Solo tiene alguna pequeña molestia epigástrica, según la posición que adopta en la cama. Estreñimiento. A la exploración se halla ^a además de lo encontrado anteriormente, una adenopatía cervical dr. pequeña, dura al tacto.

Laboratorio. Leucocitos 8.700; neutrof. 73, monoc. 3, núcleo en

franja 20, linfoc. 24. Proteínas: 7,26 grn, serina/globulinas: 19/81. Sed. globular: 1ª hª 48 mm, 2ª hª 75 mm. Demás análisis y pruebas habituales, sin nada de particular.

Laparoscopia. 13-I-53. (Dr. Pinós) El hígado aparece aumentado de tamaño. En la superficie del lóbulo izquierdo, aparecen múltiples nódulos de color amarillo claro, con aspecto de metástasis neoplásica, practicándosele la punción biopsica de uno de ellos.

Histopatología de la punción hepática. Se aprecian fragmentos de hepatón normales y otras porciones de cordones naciños glandulares, formados por células basofílicas, de núcleos ricos en cromatina, algunos monstruosos, con dos o tres nucleolos. Metástasis de adenocarcinoma de nódulos naciños.

Comentario. Enfermo de 59 años, que hace 4 meses empieza con disfagia persistente. A Rayos X, estenosis esofágica sospechosa de neo. El frote esofágico positivo lo ratifica. La laparoscopia con punción hepática, permite asegurar la existencia de metástasis en hígado, que hacen inútil toda intervención quirúrgica.

Miguel P.F.

Radiografía en bipedestación.
Estenosis de la terminación in-
tratorácica del esófago, de con-
tornos irregulares y aspecto de
neoplasia.

Radiografía en decúbito supino.
Se observa una imagen estenosada
parecida a la anterior, distin-
guiéndose la hernia del hiato.

Miguel P.P.

CITOLOGIA.- Célula con manifiesta monstruosidad nuclear y basofilia. Comparese su tamaño con el de los polinucleares contiguos.

HISTOPATOLOGIA.- Punción hepática. En la porción inferior se aprecian trabéculas hepáticas normales. La superior está ocupada por nidos de células neoplásicas.

Obs. nº 26 Maria Espelt Dordal, de 57 años, casada, natural de Puigreig y residente en Manresa. Visitada el 29-V-53.

Antecedentes familiares. Padre fallecido relativamente joven, con un síndrome ascítico; madre de apoplejía a 75 años; una hermana a los 30 de úlcera gástrica hemorrágica. Esposo y una hija sanos, un aborto de 3 m. a los 6 años de la gestación.

Antecedentes personales. Desde muy joven hasta hace 14 años, había tenido tendencia a verificar de 2 a 5 deposiciones pastosas al día, con dolorimiento difuso abdominal continuo, que se exacerbababa antes de las evacuaciones. A pesar de ello se mantenía constantemente alrededor de los 72 kg. de peso.

Enfermedad actual. Hace unos seis meses, comienza con anorexia persistente y disfagia a los sólidos, acompañada de sensación dolorosa retroesternal, que ha ido persistiendo; habiendo perdido durante este tiempo 11 kg. de peso.

Exploración. Pálidez de piel y mucosas. Ligera resistencia epi-

gástrica, dolorosa a la palpación. No hay adenopatias. Respiratorio, circulatorio y reflejos normales.

Rayos X.- 1-VI-53. Estenosis del tercio inferior del esófago, con defectos de repleción de tipo neoplásico. La cámara de aire gástrica parece estar respetada.

Citología esofágica. 6-VI-53. Se verifica lavado esofágico previo, extrayendo restos de alimentos retenidos por encima de la estenosis. Después se realiza el frote exfoliativo, obteniéndose regular cantidad de muestras. Resultado positivo tipo IV.

La enferma no acepta la intervención quirúrgica, falleciendo en estado caquéctico, según nos ha comunicado el Dr. Puig Gallifa.

Comentario. Se trata de una mujer que a los 57 años, comienza con disfagia persistente y progresiva, lo que hace pensar con un proceso maligno esofágico, que es comprobado por la exploración radiológica y la evolución. La citología es meramente confirmativa.

María E.D.- Radiografías practicadas en decúbito supino. Defectos de replección persistentes, en la extremidad inferior del esófago, de aspecto neoplásico y con escasa dilatación supra estenósica.

Obs. nº 27 - José Subiela Orosio, 72 años, soltero, artista, natural de Cádiz y residente en Barcelona. Hospitalizado el 8-IV-53.

Antecedentes familiares: padres fallecidos de cardiopatía; nueve hermanos, muertes, uno de gastropatía cuya naturaleza ignora.

Antecedentes personales. Ingestión habitual de picantes, salados y bebidas alcohólicas. Fumador. A los 17 años padece dos bubones venéreos que fueron incididos. Resfriados frecuentes. Tendencia a padecer desde hace años, pirosis aisladas, de aparición irregular, nunca varios días seguidos y a continuación de excesos de comida o bebida. Evacua y orina bien.

Enfermedad actual. Desde hace tres meses, comienza con epigastralgia irradiada a hipocóndrio y omoplato dros. y pirosis; aparece una hora después de las comidas, calmándose con ésta y con alcalinos; en ocasiones el dolor es nocturno, despertándole o se presenta antes del desayuno. Una vez, hace dos meses tiene vómito alimenticio y bilioso. Anorexia, habiendo perdido 9 kg. de peso,

en los últimos tres meses.

Exploración. Buen estado general, con coloración normal de piel y mucosas. Boca sin piezas dentarias (prótesis total). Abdomen: vientre depresible, blando a la palpación que en epigastrio resulta algo dolorosa, pareciendo tocarse profundamente, una tumaración des traveses de dedo por encimad del ombligo. No hay adenopatias ni edemas. Tacte rectal negativo. Respiratorio y circulatorie sin nada de particular. Reflejos normales. Hernia inguinal dr.

Exploración radiológica. 9-IV-53. Aparece una imágen tipo complejo de Carman, localizada en porción vertical de pequeña curvatura, vertiente posterior; sospechosa de neoplasia.

Quimismo gástrico. 11-IV-53. Clorhidria libre normal en ayunas, con buena respuesta al estímulo de la histamina.

Laboratorio. Hematies, leucocitos, plaquetas, proteínas y urea en sangre normales. Sed. globular: 1^{sh} 60 mm, 2^{sh} 97 mm. Reac. lues: negativas.

Citología gástrica. 14-IV-53. Se practica el frote exfoliativo obteniendo regular cantidad de muestras. Resultado: negativo tipo II.

Intervención quirúrgica. 29-IV-53 por el Dr. Canals (S.Dr.Prim)
Resumen: laparatomía media supra e infraumbilical. Aparece una tum-
ración en la cara posterior del estómago, junto a pequeña curvatura,
por encima de incisura angularis, con abundantes adenopatias de gran
tamaño, en curvatura menor gástrica. Gastrectomía que resulta difi-
cil, por la íntima adherencia de la lesión gástrica al páncreas.
Gastroduodenostomía terminoterminal tipo Billroth I.

Abierta la pieza de resección, se observa en la cara posterior
del estómago, cerca de pequeña curvatura, la existencia de una ulce-
ración de bordes callosos, de unos 3 cm. de diámetro y de aspecto
benigno.

Histopatología. Gran ulceración de la mucosa, recubierta de un
exudado fibrinoneocrótico. La capa muscular a este nivel, está subs-
tituida por una gran proliferación de tejido conjuntivo fibroso, con

abundante infiltración plasmolinfocitaria. Las arteriolas tienen engrosadas todas sus capas, llegando en alguna de ellas a estar ocluida la luz vascular. En la región del antro gástrico, se encuentra la mucosa, con zona secretora hiperplásica, con infiltración entre sus tubos glandulares. Lo mismo se observa en el fundus. D: ulcus gástrico gigante; gastritis del fundus y antro.

Comentario. Se trata de un hombre de mas de 70 años, cuya historia de epigastralgias persistentes es reciente. La imagen radiológica también era sospechosa de neo ulcerada. El quimismo gástrico normal, era un dato favorable, pero de poco valor por tratarse de una lesión del cuerpo del estómago, que muchas veces no se acompañan de aquilia, al contrario de lo que sucede generalmente en las neoplasias del antro. La citología fué francamente negativa, resultado confirmado por la histopatología.

José S.O.- Radiografías en decúbito supino.

Gran complejo de Carman, con el nicho característico en forma de lente biconvexa, y el redete de la valla periulcerosa; situado en la porción vertical de la c. menor, vertiente posterior.

El mismo caso, con mayor replección de papilla. Se visualiza el nicho y parte de la valla periulcerosa.

José S.O.

CITOLOGIA.- Se observan núcleos desnudos de células caliciformes en pequeña cantidad. Abundantes polinucleares.

HISTOPATOLOGIA.- Borde proximal de la úlcera y fondo constituido por exudado necrótico. La muscular interrumpida por tejido de granulación.

José S.O.- Pieza de resección gástrica, abierta por la curvatura mayor. Se observa una gran ulceración de bordes precisos, rodeada de una extensa zona de gastritis.

Regelio P.T.

Quinimo gástrico.

Jose S.O.

Quinimo gástrico.

Obs. nº 28 - Rogelio Piera Tudó, de 35 años, casado, chofer, natural de Pobla Larga (Valencia) residente en Barcelona. Ingresó en S.P.D. 11-V-53.

Antecedentes familiares. Padre falleció a los 59 años gastrópata, madre a los 63 de neo gástrica. Un hermano, esposa y una hija sanos.

Antecedentes personales: Fumador. Buen comedor, aficionado a comidas fuertes y picantes. No bebedor habitual. A los 9 años brucelosis, a los 23 feruncolesia repetidas.

Enfermedad actual. Hace 7 años, comienza con sensación de pesadez y ardor epigástrico, muy tardíos, que calaban comiendo y con alcalinos, diario a temporadas, intervaladas con periodos de varios meses de bienestar. Al principio tuvo en dos ocasiones, lipotimias de minutos de duración que no se acompañaron de hematemesis ni melena visibles. Han ido persistiendo sus fases, dolorosas francas últimamente, de epigastralgia tardía, diaria, calmando con la in-

gesta y con los alcalinos, intercaladas con otras de bienestar. Desde hafa unos dos meses, sus dolores son mas intensos persistentes, pirosis, aparecen eructos pútridos, se acentua su tendencia al estreñimiento, perdiendo tres kg. de peso, disminuido el apetito. Nunca hemorragias.

Exploración. Enfermo moreno, de buen aspecto general. Boca bien cuidada, con prótesis. Abdomen: blando, depresible, sin puntos dolorosos. Hígado se palpa y percute normal. Respiratorio, circulatorio y reflejos normales.

Exploración radiológica. Ulceración en incisura angularis, enclavada en una pequeña zona, que presenta cierta rigidez de aspecto sospechoso. Resto de estómago y duodeno normales.

Citología gástrica seguida de quimismo 15-V-53. Bastante liquido de retención en ayunas. Se logran buena cantidad de muestras, Resultado: negativo, tipo I. No existe sangre macroscópica.

Clorhidria inicial normal, con buena respuesta a la histamina. Pruebas de laboratorio normales.

Intervención quirúrgica. 20-V-53, por el Dr. Llauredó (S. Dr. Puig Sureda), Laparatomía media supraumbilical. Inmediatamente por encima de incisión angularis, se palpa lo que parece ser un úlcus plano, de pequeña curvatura, implantado en el mismo borde, sin grandes síntomas de flogosis externa ni adherencias. Se practica gastrectomía tipo Billroth I.

Exámen de la pieza reseçada: en la porción correspondiente a incisión, existe una ulceración de aspecto benigno, ovalada, con su diámetro vertical de unos doce milímetros y el transversal de unos diez, rodeada de una zona de mucosa de aspecto atrófico.

Histopatología. Pérdida de substancia de la mucosa gástrica, que ocasiona una ulceración, recubierta en su fondo por tejido fibrino necrótico, debajo del cual existe una granulación, que descansa a su vez, sobre tejido conjuntivo fibroso, que interrumpe y sustituye a la capa muscular a nivel de la zona ulcerada. D: úlcus gástrico.

Comentario. A pesar de sus antecedentes familiares y la sospecha radiológica; la citología negativa fué confirmada por la intervención.

Rogelio P.I.

Radiografías seriadas, en decúbito prono.

Nicho en meseta, situado en
incisura angularis, y en una
zona de rigidez.

Otra radiografía, presentando
características parecidas.

Rogelio P.T.

CITOLOGIA.- Elementos epiteliales de la mucosa gástrica, conservando sus características normales.

HISTOPATOLOGIA.- Fondo de la úlcera constituido por fibrina y tejido necrosado. Muscular interrumpida por tejido de granulación. Zonas de esclerosis.

Obs. nº 29 - Juana Roger Enrich, de 43 años, natural de Ferrerías y residente en Ciutatela (Menorca) casada. Visitada el 26-II-53.

Antecedentes familiares. Padre fallecido de neumonía; una hermana a los 39 años de tumor cerebral. Madre, 2 hermanos y tres hijos sanos.

Antecedentes personales. Desde los 31 años, comienza con epigastralgias tardías irradiadas a hipocondrio y vacío izq. que calmaban con alcalinos, a temporadas de uno a dos meses de dolor diario, intervalados con tres o cuatro de bienestar. A veces vómitos post prandiales que alivian. Desde hace tres años, sufre continuamente sin tener las fases buenas de antes, y pérdida de peso. Ha sido siempre tratada por colecistitis. A los 36 años, apendicectomía. Evacua bien. Menarquia a los 12, 4/21.

Exploración. Muy delgada, pero con buen color de piel y mucosas. Faltan algunas piezas dentarias. Abdomen: dolor a la presión en epigastrio que aparece ligeramente defendido. No hay adenopa-

tias ni edemas. Respiratorio, circulatorio y reflejos normales.

Rayos X. 3-III-53.- Gastroduodenal: a nivel de incisura angularis aparece un gran nicho rodeado de edema, presentando el conjunto cierta rigidez.

Citología gástrica simultánea con quimismo. Se obtiene regular número de muestras con resultado negativo, tipo I-II. Acidez libre normal pero con escasa respuesta a la histamina.

Exámenes de laboratorio: normales.

Después de tres meses de seguir tratamiento del ulcus, ceden sus dolores.

En Junio sigue bien, habiendo aumentado un kg. de peso. A Rayos X, desaparición del nicho ulceroso, pero persistiendo cierta irregularidad del contorno de la pequeña curvatura, en el lugar donde estaba localizado la úlcera.

Se repite la citología exfoliativa, que resulta de nuevo negativa. Sigue bien hasta primeros de Septiembre, que vuelven epigastral-

gias postprandiales, que ceden con alcalinos y pirosis.

Gastroscopia que le fué practicada el 2-VI-53. Dictamen: visión hasta el esfínter del antro que aparece deformado en ojiva, en cuyo vértice se observa la mitad proximal de la valla periulcerosa, roja y edematosa. Aspecto de úlcera en periodo de cicatrización.

Nueva exploración radiológica el 7-X-53. Vuelve a tener la ulceración con rodete periulceroso, en incisura angularis.

Se practica nueva citología exfoliativa, que resulta también negativa.

Intervención quirúrgica por Dr. Llauredó (S. Dr. Puig Sureda)
Laparatomía media supraumbilical. En la superficie exterior del estómago, a nivel de incisura angularis, zona roja edematosa, con el epíplon menor adherido y que corresponde a un úlcus de pequeña curvatura, en cuyo oráter pueden introducirse la punta de dos dedos. Gastrectomía Billroth I.

Histopatología. Ulceración de la mucosa gástrica, cuyo fondo

presenta un exudado fibrino necrótico. La muscular está substituida por un tejido de granulación, con abundantes fibras colágenas e infiltrados plasmolinfectarios que disocian las fibras musculares.

Ulcus.

Comentario. Mujer relativamente joven, con historia ulcerosa desde hace unos doce años, últimamente más agudizada. Diagnosticada y tratada oportunamente llega a casi desaparecer la lesión, para volver al cabo de unos meses. Ante la posibilidad de malignización de una úlcera gástrica aun con citología reiteradamente negativa, se practicó una gastrectomía confirmandose se trataba de un ulcus.

Juana R.E.

3-III-53.- Radiografía en bipedestación y compresión. Gran nicho de base mayor que su profundidad, en incisura angularis, sobre una zona que parece rígida.

Después de tres meses de trat. El nicho ha desaparecido, quedando rigidez e irregularidad de contornos de p. curvatura.

Juana R.E.

CITOLOGIA.-
Tipo de muestras obtenidas
que no representen caracterís-
ticas de malignidad.

7-X-53. Vuelve a aparecer el com-
plejo de Carman típico. El peris-
taltismo se propaga bien por la
curvatura mayor.

Juana R.N.

HISTOPATOLOGIA.- Borde de la úlcera. Tejido de granulación, con exudado fibrino leucocitario en su superficie, que constituye el fondo y el borde del úlcus. La muscular a este nivel está amputada y substituida por un tejido fibroso.

Obs. nº 30 - Valentín Mestre Bellve, de 59 años, casado, labrador, natural y vecino de Vilella (Tarragona). Visitado el 20-X-52.

Antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales: siempre bien.

Enfermedad actual. Desde hace cuatro meses nota disfagia para los sólidos, acompañada de molestia dolorosa retroesternal, que aumenta si bebe agua para ayudar el paso del bolo alimenticio, cediendo a los pocos momentos si deja de comer y se está quieto. La disfagia aparece selectiva para determinados alimentos: carne y patatas especialmente. Nunca vómitos. Ha perdido cuatro kg. de peso. Conserva buen apetito. Habiendo evacuado habitualmente bien, en la actualidad tendencia al estreñimiento.

Exploración. Discreta palidez de piel y mucosas. Abdomen flácido, no doloroso a la palpación; no hay adenopatias. Hernia inguinal dr. Respiratorio, circulatorio y reflejos normales.

Exploración radiológica. 24-X-52. Espasmo del cardias que cede

fácilmente; en algún momento, los contornos de la porción intrabdominal del esófago, parecen algo irregulares.

Citología esofágica. 28-X-52. Se introduce el mandril-sonda modelo I, sin ninguna dificultad penetrando hasta estómago; verificándose el frote de la región cardial y tercio inferior del esófago, obteniéndose regular cantidad de muestras de las asas de nylon; se lava con suero fisiológico el esófago, con escasa efectividad práctica. Resultado negativo tipo II.

Visitado el 14-XI-52 después de seguir tratamiento de esofagitis; habiendo desaparecido sus molestias y ganado dos kg. de peso. Rayos X estómago en cascada por aereocolia; el paso de la papilla baritada por el cardias es normal. Tres meses después, seguía completamente bien, sin tratamiento.

Comentario. La aparición de disfagia y dolor retroesternal a los 59 años, hizo temer la presencia de una neoplasia, que la radiología no pudo confirmar, ni la citología.

Valentín M.B.- Radiografías en decúbito supino. A la izq. interrupción de la papilla en el tercio inferior del esófago, sin que exista dilatación por encima. A la dr. defecto de repleción, situado mas bajo que en la radiografía anterior; los pliegues de mucosa parecen conservados.

Valentín M.B.

CITOLOGIA.- Células planas de revestimiento de la mucosa esofágica. En la porción inferior se observa un pequeño grupo, que parecen procedentes del cuello de las formaciones glandulares del esófago. No ofrecen características de malignidad.

Obs. nº 31.- José Clavería Millet, de 50 años, casado, mecánico, natural y residente en Barcelona. Visitado el 28-IX-53.

Antecedentes familiares. Padre fallecido de cáncer gástrico; madre de cardiopatía. Esposa sana. Ni hijos ni abortos.

Antecedentes personales. Habitualmente era muy comedor. Desde hace unos 6 años, frecuentes fases de diarrea que duran pocos días y se acompañan de retortijones.

Enfermedad actual. Hace 2 años pirosis y ligera molestia epigástrica que calmaba con la ingesta; no sabe si con alcalinos; algún vómito de alimentos de vez en cuando. No ha pasado temporadas francas de bienestar. Hace un mes, epigastralgias intensa, escalofrío y vómito, con palidez y ligero desvanecimiento. Al día siguiente melena, quedando decaído pero sin molestias. A los 8 días nueva crisis dolorosa, seguida de melena, persistiendo unos días evacuación negruzca y molestia continuada en epigastrio. Ha perdido 5 kg. de peso. Apetito regular.

Exploración. Ligera palidez de piel y mucosas. Pícnico. Abdomen con bastante pániculo adiposo. Epigastrio doloroso a la presión. Respiratorio, circulatorio y reflejos normales. Reacciones de la luz negativas.

Rayos X. 3-X-53. Estómago hipertónico, sin peristaltismo, parece existir infiltración del cuerpo y antro gástricos. Incontinencia pilórica. Duodeno normal.

Gastroscopia: Dificil debido a la constitución del paciente y a la conformación de su estómago. No obstante se consigue visión hasta el esfínter del antro. Se confirma la ausencia de peristaltismo, encontrada por radiología. Ausencia total de pliegues de la mucosa, dando la impresión de infiltración. El color de la mucosa es ligeramente pálido.

Quimismo: aquilia inicial con escasa respuesta a la histamina.

Citología gástrica. 13-X-53. Se realiza frote exfoliativo, en cámara de aire y porción superior del cuerpo gástrico, donde no pa-

rece existir infiltración, e es poco acentuada, según la radiología; buscando practicar la maniobra en lo que suponemos zona limitrofe de una posible lesión. Se logran abundantes muestras y de relativo gran tamaño constituyendo biopsias superficiales de la mucosa; a pesar de ello, su interpretación nos resulta difícil, por no presentar aspecto característico; finalmente se decide considerarlo como la iniciación de una transformación maligna, dando el resultado como positivo tipo VI.

Intervención quirúrgica por el Dr. J. Prim. Dictamen. Laparatomía supra e infra umbilical. La mas minuciosa exploración no permite observar ninguna lesión neoplásica, ni tan siquiera inflamatoria en el estómago. Se incide la cara anterior gástrica, para poder observar la mucosa, con resultado negativo. Se extirpa una porción de esta incisión de gastrotomía, incluyendo toda la pared gástrica para la biopsia.

A pesar de que el diagnostico de neoplasia gástrica, se asentaba en la radiología y en el exámen citológico; la laparatomía y la gastrotomía no permiten observar ninguna lesión neoplásica, quedando

la intervención reducida a una laparatomía exploradora y biopsia gástrica.

Biopsia operatoria. Histopatología: gastritis atrófica con pequeños focos hemorrágicos e infiltración plasmática leucocitaria entre los tubos glandulares.

Comentario. Hombre de 50 años, con el antecedente de padre fallecido de cáncer gástrico. Desde hace 2 años, molestias epigástricas persistentes y pirosis, sin fases intercaladas de bienestar. Últimamente ha tenido tres crisis epigastrálgicas intensas seguidas de melenas. Conserva el apetito, habiendo perdido algo de peso.

Con este cuadro clínico poco característico, la radiología y la gastroscopia, obtienen la impresión de la existencia de una infiltración neoplásica del estómago. Existe además aquilia inicial, aunque con respuesta escasa al estímulo.

El frote exfoliativo, logra desprender alguna muestra de mucosa, de relativo gran tamaño, la cual, incluida en parafina y teñida con

hematoxilina eosina, permite observar que alternando con tubos glandulares formados por células de aspecto normal, existen otros cuyas paredes están constituidas por mas de una capa celular, con cierto grado de polimorfismo nuclear y que en ocasiones constituyen acúmulos papilomatosos irrumpiendo en el interior de la luz glandular; dándonos la impresión de tratarse de una degeneración adenocarcinomatosa inicial.

Al no ser hallada durante la intervención, ninguna lesión neoplásica evidente, nos obliga a considerar aquel resultado, como falsamente positivo, debiendo tratarse de una gastritis atrófica hiperplásica, aunque cabe la posibilidad, de que verdaderamente se trate de una degeneración maligna, tan precoz, que no sea aun posible percibirla al tacto.

José C.M.- Radiografía practicada en decúbito supino; con la mesa inclinada 45°. Peristaltismo muy poco manifiesto. Engrosamiento de los pliegues del antro. Bulbo duodenal normal. Incontinencia pilórica.

José J.M.- Radiografía practicada en decúbito dorsal. El peristaltismo aunque muy poco acusado imprime cambios en el perfil de las curvaturas, si se compara con la radiografía anterior.

José C.M.- Dos aspectos a distinto aumento, de un fragmento de mucosa gástrica, obtenido después del frote exfoliativo. Junto a tubos glandulares bien conservados, aparecen otros que muestran desigualdad en el aspecto y forma de sus células, que han reducido o perdido su apariencia secretora, y que tienden a agruparse, constituyendo más de una capa en la luz glandular o a formar proliferaciones intracaniculares. Tendencia a la atipia y basofilia citoplasmática.

José C.M.- A la izq. a pequeño aumento, biopsia operatoria de la pared del cuerpo gástrico junto a incisura, en la que aparece atrofia de la mucosa. A la dr. digitación de un fragmento de mucosa obtenido por frente exfoliativo de la cámara de aire, presentando hiperplasia de la capa epitelial superficial y aspecto de arborización, propio de la gastritis atrófico-hiperplásica.

CONCLUSIONES

1.- Se aporta un nuevo procedimiento, para la práctica de la citología gástrica y esofágica, mediante la exfoliación producida por el frote de la mucosa, con asas de hilo de nylon o bien de crin, fijadas a un mandril-sonda, bajo control radioscópico.

2.- Estudiados con este método, 26 enfermos de cáncer gástrico, esofágico o úlcera cancerificada, se obtuvieron 25 positividades. De entre 45 pacientes no neoplásicos, hubo un falso resultado positivo.

3.- Dichos resultados, no solo igualan sino que superan, los que se habían venido consiguiendo, con el empleo de las diversas técnicas citodiagnósticas existentes.

4.- El procedimiento es de gran utilidad, para confirmar la existencia, de una neoplasia de estómago o esófago, permitiendo en algún caso llegar a determinar su constitución histopatológica; y también para seguir la evolución, de ulcus gástricos y gastritis, sospechosos de

transformación, ofreciendo posibilidades de un diagnóstico precoz.

5.- Este método de citología exfoliativa, es una valiosa exploración complementaria, cuyos resultados deberán ser considerados conjuntamente a los proporcionados por la clínica, la radiología y la gastroscopia.

6.- Por ser de técnica sencilla, inocua e indoloro, precisando utillaje poco costoso, lo consideramos un método práctico, al alcance de todo especialista en Aparato Digestivo; aunque la interpretación de las preparaciones, requiera a veces la colaboración de un histopatólogo experimentado.

7.- Los resultados francamente positivos son de gran valor; en cambio las negatividades, solo lo tienen relativo.

8.- Consideramos como contraindicación a su empleo, a la existencia de varices esofágicas o gástricas, de trastornos de la crisis sanguínea, o de una reciente gastrorragia.

9.- El relativo gran tamaño de las muestras obtenidas algunas veces, con este procedimiento, principalmente cuando se trata de neoplasias vegetantes o gastritis de tendencia hipertrofica, podría quizá autorizarnos a definirlo como método cito-histológico.

BIBLIOGRAFIA

Andersen E.A., Donald J.B., and Olsen A.M.- Cytologic diagnosis of carcinoma of the esophagus and cardia of the stomach. - Proc. Staff. Meet. Mayo Clin. 24: 245 - 1949.

Botsford T.W. and Tucker H.H.- Application of cytologic smear methods to cancer diagnosis in a General Hospital.- J.A.M.A. April 1950.

Cabré Fiol V.- Procedimiento de obtención de muestras para citología endoscópica - Rev. Esp. Enf. Ap. Digestivo t. XII, nº 2 - 1953.

Castelain G.- Possibilités et limite du cyto-diagnostic extemporané. - Presse Medicale - 61,49, 1951, 18 Juillet 1953.

id - Les frottis tissulaires, méthode de diagnostic et d'étude cytologique - Presse Medicale - 59,58, 25-XII-51.

Coman D.H.- Decreased mutual adhesiveness, a property of cells from squamous cell carcinomas. - Cancer Research 4:625, 1944.

Dalcoart R.- Le diagnostic anatomo-pathologique en endoscopie, sa portée et ses limites; son prolongement par le cytodagnostic.- Acta oto-rhino-laring. belg. 3:46, 1951.

Farreras Valenti P. y Ciccar Rius F.- Valor diagnóstico de las punciones biopsicas, como método para demostrar la existencia de proliferaciones malignas.- Medicina Clinica t. XI, nº5, 297, 1948.

Fidler H.K.- A comparative cytological study of benign and malignant tissues.- Amer. J. Cancer 25:772, 1935.

Fixer W.M. and Gey G.O.- Observations on the conversion of normal in-tu malignant cells.- Ann. Surg. 121:700, 1945.

Fressinaud L.- Cancer de l'oesophage.- Presse Medicale, 61,49, 1933, 18-VII-53.

Graham R.M. Ulfelder H. and Green T.H.- The cytologic method as an aid in diagnosis of gastric carcinoma.- Surg. Gynec. Obst. 86:357, 1948.

Guttman P.H. and Halpern S.- Nuclear-nucleolar volume ratio in cancer.- Amer. J. Cancer, 25:802, 1935.

Hecht E.L. and Cohen Clifford - The cytologic method in gastrointestinal cancer. - The Review of Gastroenterology, vol. 20, n°1, p.11, January 1953.

Henning H. Witte S.- Uber eine neue Methode zur Zytodiagnostik der Magenkrankheiten.- Deutsche Mediz. Wochens. 77,n°1, 4 Januar 1952.

Hollander, Hess and Sober.- New technique for studying the cytology of gastric aspirate in man.- J. Nat. Cancer Inst. 7:357, 1947.

Hunter W.C. and Richardson H.L. - Cytological recognition of cancer in exfoliated material from various sources: useful modification of Papanicolaou technique.- Surg. Gynec. & Obst. 85:275, 1949.

- Inbriglio and Lopusniak.- Cytological study of the upper gastrointestinal sediment.- J.A.M.A. 180, 1951.
- Lorber S.H. and Shay H.- Intubation technique for obtaining material from the esophagus for cytologic examination.- Gastroenterology 14: 395, 1950.
- Mac Carty W.C.- The value of the macronucleolus in the Cancer Problem. J. Cancer Research - 26:539, 1936.
- id - Identification of the Cancer Cell.- J.A.M.A. 107:844, 1936.
- Mc Donald J.R.- Cytologic diagnosis of carcinoma.- Lancet 69:355, 1949
- Oberling Ch. Bernhard W. Gautier A. et Haguemau F.- Les structures basophiles du cytoplasme et leurs rapports avec le cancer.- Presse Medicale 61, 35, 719, 20-V-53.
- Panico F.G.- Cytologic patterns in benign and malignant gastric and esophageal lesions.- Surg. Gynec. & Obst. 94: 733, June 1952.
- Panico, Papanicolaou and Cooper.- Abrasive balloon for exfoliation of gastric cancer cells.- J.A.M.A. vol.143, n°15, p.1308, 12-VIII-1950.
- Papanicolaou G.N.- Diagnostic value of exfoliated cells from cancerous tissues.- J.A.M.A. 131, 378, 1946.
- Papanicolaou G.N. and Cooper W.A.- The cytology of the gastric fluid

- in the diagnosis of carcinoma of the stomach.- J. Nat. Cancer Inst. 7: 357, 1947.
- Pinto J.A.- Diagnóstico citológico del cáncer del cardias y del esófago.- La Prensa Medica Argentina, vol.38,nº43,p.2800, 26-X-51.
- Pollard H.M. Bryant H.C. Block M. and Hall W.C.- Diagnosis of gastric neoplasms by cytologic examination of gastric secretions.- J.A.M.A. January 8, 1949.
- Richardson, Queen and Bishop.- Cytohistologic diagnosis of material aspirated from stomach.- Am. J. Clin. Path. 19:328, 1949.
- Rubin C.E. Palmer W.L. and Kirsner J.B.- The present status of exfoliative cytology in the diagnosis of gastrointestinal malignancy.- Gastroenterology vol.21, nº1, 1952.
- Seybelt, Papanicolaou and Cooper.- Cytology in the diagnosis of gastric cancer.- Cancer 4:286, nº2, 1951.
- Rosenthal M. and Traut H.T.- The mucolytic action of papain for cell concentration in the diagnosis of gastric cancer.- Cancer 4:147, nº1, 1951.
- Sirtori C. Pizzetti F.- Diagnosi citologica.- Minerva Medica, vol. II, nº 64, p. 1207, 8-XII-50.
- Tomenius J.H.- The cytologic examination of the gastric juice and mucus.- The Americ.J. Digest. Diseases, vol.16, nº11, December 1949.

Ulfelder H. Graham R.M. and Meigs J.V.- Further studies on the cytologic method in the problem of gastric cancer.- Ann. Surg. 128:432, 1948.

Vincent Memorial Hospital - The Cytologic diagnosis of cancer.- by the Staff of the Vincent Memorial Laboratory, Boston.- Published Philadelphia London 1950.

Wollum A. and Pollard H.M.- Cytologic study of the gastric aspirate for carcinoma cells by the Papanicolaou method and by a paraffin block technique.- Midwest Meeting Am. Coll. Physicians, Oct. 1951.