2095

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UN CASO DE CANCER PRIMITIVO

DE LA

CABEZA DEL PANCREAS

TÉSIS

Para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirujía

POR

DIONISIO G. DE KERAVENANT

BUENOS AIRES

463—Imprenta SUD-AMÉRICA—Bolivar 164

1861

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las Tésis (Art. 162 del Reglamento).

Facultad de Ciencias Médicas.

Decano.

DR. D. MAURICIO GONZALEZ CATÁN.

Vice-Decano

DR. DON EUFEMIO UBALLES

Académicos honorarios.

DR. D. SANTIAGO LARROSA.
» » ERNESTO ABERG.
» » PABLO MARENGO.
» » EDUARDO WILDE.
» » IGNACIO PIROVANO.
» » MARTIN SPUCH.

Académicos titulares.

DR. D. MANUEL PORCEL DE PERALTA.
» » MAURICIO GONZALEZ CATÁN.
» » MANUEL ARAUZ.
» » LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » JOSÉ T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » PEDRO MALLO.
» » JOSÉ M. ASTIGUETA.
» » JACOB DE T. PINTO.
» » EUFEMIO UBALLES.
» » JUAN R. FERNANDEZ.
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.
» » PEDRO N. ARATA.
» » MANUEL BLANCAS.

Secretario Académico Honorario

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

Secretario.

DR. D. LUIS DE LA CÁRCOVA.

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naon.
Anatomía topográfica	»	Mauricio Gonzalez Catan.
Histología (teórico-práctica)	»	Francisco A. Tamini.
Fisiología general y humana	»	José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	»	Meliton G. del Solar.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa	»	Guillermo Udaondo.
Patología interna	»	José Penna
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica.	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva.	»	Lucio Melendez.
Clínica Quirúrgica	»	Ignacio Pirovano Julian Aguilar
Clínica Médica	»	Eufemio Uballes. Juan B. Gil.
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Samuel A. Molina.
Medicina legal y Toxicología	»	Eduardo Perez.
Química aplicada á la Medicina Química aplicada á la Farmacia	»	Pedro N. Arata
Farmacia y práctica farmacéutica	»	Juan A. Boeri.

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Anatomía descriptiva.	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Histología teórico-práctica	»	Andrés F. Llobet.
Fisiología general y humana	»	Jaime R. Costa (en ejercicio).
Higiene pública y privada	»	Enrique Revilla.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Vacante.
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patología externa	»	Obdulio Hernandez.
Patología interna	»	Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	»	Cárlos Malbran.
Medicina operatoria	»	Vacante.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica Alfredo Lagarde
Enfermedades de niños y Clínica pediátrica	»	Antonio F. Piñero. Facundo Larguia.
Enferm. de los ojos y Clínica oftalmológica	»	Eduardo Obejero. Francisco Barraza.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José A. Esteves.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirùrgica	»	Antonio C. Gandolfo. Juan B. Justo. Alejandro Castro.
Clínica médica	»	Gregorio N. Chaves. Isbel Ayerza. Julio Mendez. Francisco Sicardi.
Obstetricia y Clínica obstétrica	»	Luis F. Vila. Juan R. Fernandez.
Medicina legal y Toxicología	«	Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina Química aplicada á la Farmacia	»	José M. Irizar.
Farmacia y práctica farmacéutica	»	Atanasio Quiroga.

PADRINO DE TESIS

Dr. Roberto Wernicke

SEÑOR PRESIDENTE:

Señores examinadores:

Al daros la última prueba de suficiencia que exijís á fin de conceder el honroso título de Doctor en Medicina, he elegido como tema de la disertacion inaugural un caso de cáncer primitivo de la cabeza del pancreas.

Como conoceis que la patologia de este órgano está envuelta casi por completo en densas tinieblas, como sabeis que su sintomatologia es casi del todo desconocida, no os sorprenderá que os anticipe que, bien poco encontrareis en mi trabajo que sea digno de distraer vuestra atencion.

Si me he resuelto á abordar este asunto, teniendo conciencia de su escabrosidad y del corto alcance de mi preparacion, no creais que sea porque tenga que daros á conocer un síntoma patognomonico que he encontrado ó un tratamiento infalible que he descubierto, no, lo he hecho confiado en que la falta de interés inherente á la exigüidad de mis fuerzas, seria en parte compensada por el valor científico del caso mismo.

En el curso del corriente año, como practicante mayor de la Clinica del Dr. Wernicke, he tenido ocasion de observar détenidamente un enfermo, en el cual, desde los primeros dias de su ingreso al servicio, se diagnosticó un cáncer primitivo de la cabeza del pancreas; habiendo tenido la felicidad de que la autopsia confirmara, en todos sus detalles, el diágnostico formulado con dos meses de anterioridad.

En este caso he logrado constatar dos fenómenos á

los que se les dá grandisima importancia en la sintomatologia de esta afeccion, apesar del conflicto de las teorias sobre ellos emitidas y de las ardientes discusiones que han provocado y que aún se sostienen. El primero es la existencia de camaras grasosas, de grasa en natura en las heces, antes de que hubiese icteria; el segundo es negativo, la no existencia de glycosuria, apesar de haberse administrado durante varios dias seguidos, por via de esperimentacion, enormes cantidades de glycosa y de dextrina.

El primero ha sido considerado como patognomico, y se presenta en casos en que no existe ni la mas ligera lesion del pancreas; al segundo se le ha supuesto constante, y solo se presenta en la tercera parte de los casos. Este apresuramiento en reconstruir la sintomatologia de sus distintos estados morbidos ha sido de funestas consecuencias. De una perturbacion fugaz, se hizo una duradera; de un trastorno pasagero, uno permanente; de una falaz presuncion, un signo cierto; de un síntoma inseguro, uno patognomonico. Como era de esperarse, esto produjo, bien pronto, frecuentes errores de diagnóstico y pronóstico; enjendró la incertidumbre y la incredulidad, y luego trajo el desaliento.

Un gran práctico refiriéndose al valor de estos sintomas, al justificarse de un error de diagnóstico, decia ..... «y el diagnóstico del cáncer del pancreas, que siempre ha sido oscuro, se ha vuelto tanto mas incierto cuanto mas se lo ha alumbrado;» y un notable tratadista agrega: «La patologia del pancreas está aún por crearse, sus lesiones primitivas son siempre desconocidas durante la vida. Los trabajos al respecto no faltan sinembargo; pero las teorias han precedido la nocion exacta de los hechos y por consiguiente han perturbado fatalmente los estudios regulares».

En verdad, tan solo la observacion inteligente y metódica desvanecerá las antojadizas suposiciones, colocándonos en un terreno mas científico y de resultados mas

positivos. Creo que la sintomatologia es poco conocida, porque se ha preferido el camino de las hipotesís, dejando libre curso á imaginaciones brillantes, algunos de ellas, pero demasiado generalizadoras. Por mi parte, me limito á relatar los hechos observados, y me consideraria muy satisfecho, si llegasen á ser de alguna utilidad para los que dediquen sus desvelos á este punto.

Tengo la firme conviccion de que, en adelante, el perfeccionamiento progresivo de los conocimientos médicos iluminará este oscuro rincon de la Patologia. Asi mismo se encuentran relativamente adelantados nuestros conocimientos; pues, los inauditos progresos de la medicina en estos últimos tiempos, no podian menos que alcanzar hasta el pancreas y revelarnos sus destinos y sus desviaciones. En 1400 se le miraba como un algo inutil, como un parasito, como un aborto; incapaz de enfermarse é indigno de importunar al organismo con sus lamentos. Hoy ya se le atribuye una triple funcion, se le réconoce como indispensable para el mantenimiento de la armonia funcional, se lo considera necesario para la existencia individual; hoy ya se interpretan sus manifestaciones morbidas y se aventura el diagnóstico de sus multiples alteraciones.

Un distinguido condiscipulo ha dicho en su tésis inaugural: «en el presente todos los distritos del organismo son accesibles al bisturi.» y yo puedo agregar que, bien pronto á nuestro estetoscopo no escapará el débil quejido de la mas recondita celula.

Señor Presidente:

Señores examinadores:

Permitidme que aproveche la oportunidad de este solemne momento, para hacer publico mi agradecimiento hacia mi maestro Wernicke. A sus infinitas bondades, agrega hoy la deferencia de ser padrino de mi tésis.

Genesis y Etiologia

Se ha exagerado la rareza del cáncer del pancreas; numerosisimos casos se conocen, no solo, de cánceres secundarios, sino tambien de cánceres primitivos. Es la mas comun de las neoplasias que se observan en este organo y la mas frecuente de sus afecciones.

Willigk en 467 autopsias de cáncerosos ha encontrado 29 veces el cáncer del pancreas, Forster en 639 autopsias de diversas enfermedades lo encontró 6 veces y Fauchon en 918 autopsias de cancerosos solo 20 veces.

Entre nosotros no se puede decir que se le haya observado con frecuencia. En el año de 1884 ei Dr. Hernandez publicó, en su tésis inaugural, dos observaciones de cáncer primitivo del pancrea, y el Dr. Podestá, en una memoria, la observacion de otro caso de cáncer primitivo.

Revisando los protocolos de las autopsias practicadas bajo la direccion del Dr. Susini, para el curso de Anatomia Patologia, durante el año de 1890 y en el de 1891 hasta el presente mes de Octubre, he encontrado en 328 autopsias de distintas enfermedades, 26 casos de cánceres de diversos organos y uno del pancreas. (1).

---

(1) Este es el caso del cual me ocupo.

Hé aquí el cuadro que los resume:

	Exofago	Estómago	Médiastino	Cuello	Pancreas	Laringe	Orbita	Epiplon	Cap. suprarenales	Mesenterio	
Arjentinos	—	3	—	1	—	—	1	—	—	—	5
Austriacos	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Españoles.	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	4
Franceses.	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	4
Italianos. .	2	7	1	—	—	1	1	1	—	—	13
TOTAL. .	3	13	2	2	1	1	2	1	1	1	27
Hombres .	3	13	2	2	1	1	1	—	1	—	24
Mujeres . .	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	3

Total de autopsias 328—edad media 49 años.

La causa del cáncer nos es desconocida.

La semejanza de la gruesa red venosa que circuye á los tumores cancerosos, con las patas del cangrejo, hirió vivamente la imaginacion de los médicos griegos; para designarlos crearon la palabra *cáncer*, derivandola de CUPXIVOS, cangrejo. Llegaron hasta creer que uno de estos crustaceos penetraba á los tejidos y los roia.

Pasaré por alto todas las teorias que se han formulado para explicar el orígen del càncer; desde las que figuran ya en los libros hipocraticos, sobre el escirro y el cáncer (encefaloide), hasta la última emitida, las de las coccidias. Aunque muchas de estas hipotesis fueron momentaneamente aceptadas. ninguna satisface plenamente al espíritu; la misma teoria microbiana que, probablemente encierra la nocion de la verdadera causa, no ha fran-

queado aún los umbrales del laboratorio y poca es por lo tanto la ayuda que puede proporcionar al clínico.

Las causas que favorecen la aparicion del cáncer del pancreas nos son tambien desconocidas. Las que se han considerado como tales no son nada exclusivas; son enteramente inseguras; se las encuentra á menudo, originando afecciones diversas; á veces, tan solo, lijeras indisposiciones, y merecen mas el rango de condiciones antecedentes, que el de circunstancias causales.

Edad—Entre las causas predisponentes, esta es, tal vez, la de mas valor; se le asigna generalmente un rol importante. Todos los autores afirman que el cáncer del pancreas se desarrolla ordinariamente despues de los 40 años; casi siempre entre 40 y 60. Entre 30 y 40 es raro, y por debajo de 30 exepcional; sinembargo se han observado á la edad de 25, de 10 y Caron cita dos casos en recien nacidos. En la estadística de Ancelet de 161 casos, casi todos pasan de los 40 años; Caron en 48 casos dá la cifra de 45 años como edad media; Bigsby en 28 casos solo encontró dos de menos de 40 años. Los casos observados entre nosotros, escepto el del Dr. Podestá, contaban igualmente mas de 40 años. Se lo observa tambien en individuos que han pasado de los 60 años; existen publicados algunos de 80 y 90 años.

Sexo. El hombre parece estar mucho mas predispuesto que la mujer; todos los estadistas señalan mayor número de casos en el sexo masculino.

El siguiente cuadro lo prueba claramente:

Ancelet	casos	161,	en hombres	102,	en mujeres	59
Bigsby.	»	28	»	16	»	12
Caron	»	48	»	32	»	16
Da Costa	»	37	»	24	»	13
Friedreich. . . .	»	2	»	2	»	—
Casos observados entre nosotros		4	»	4	»	—
		280		180		100

Herencia. En la etiologia del cáncer de los demas órganos, la herencia tiene una importancia indiscutible. Tratando de disminuir su valor patogénico, se ha objetado que, los individuos de una misma familia, desarrollandose y viviendo en un mismo medio, teniendo una costitucion parecida, gustos iguales y habitos semejantes, estan sometidos á las mismas influencias morbígenas, y, que por lo tanto, sus enfermedades tienen que ser las mismas, no porque se trasmitan de unos á otros los gérmenes ó la predisposicion, sinó en virtud de que actuan sobre ellos idénticas condiciones patogénicas. Estas observaciones no carecen de fundamento, pero la trasmision hereditaria está demostrada por un número infinito de casos perfectamente observados; el cáncer se presenta con frecuencia en los hijos de padres cancerosos, y adquiere con la herencia una malignidad progresiva. Aunque no se la menciona á menudo en los antecedentes de los casos estudiados por Ancelet, Bigsby, Caron, etc. etc., creo que no hay razon ninguna para quitarla en la etiologia del cancer del pancreas, su reconocida importancia en la de otros organos.

Traumatismo. Se ha considerado al traumatismo como capaz de ocasionar el cancer del pancreas. Su influencia ha sido, sin embargo, desmentida; la mayoría de los clinicos le niegan todo valor. Se dice que el pancreas estando profundamente situado y eficazmente protejido por los organos que se hallan por delante de él, puede escapar siempre con toda facilidad á las violencias esteriores. Este absolutismo no es aceptable; no siempre puede el pancreas sustraerse á la accion del traumatismo, una prueba concluyente de ello son las desgarraduras que se han observado en esta viscera y los numerosos casos que conocemos de quistes hemorrágicos de ella, en los que, el traumatismo fué de una manera cierta, la causa directa é inmediata. Tan solo Treves observó 24 casos de quistes hemorrágicos del pancreas producidos por esta causa. Seria pues conve-

niente darle cierto valor en la patogenia del cáncer.

Se concede alguna importancia á los trastornos funcionales del aparato digestivo, indigestiones frecuentes, catarro crónico del estómago, diarreas prolongadas, á la constipacion ordinaria, etc. etc., y á los diversos estados mórbidos de larga duracion que ocasionan el debilitamiento del organismo. Las enfermedades anteriores del pancreas pueden favorecer la aparicion del cáncer, pancreatitis aguda, la crónica, etc. etc.; las frecuentes congestiones por exceso de funcionamiento, y las hipersecreciones repetidas pueden obrar de la misma manera. Segun Virchow las simples inflamaciones de un órgano le predisponen al cáncer. Los excesos alcohólicos y de régimen, comidas abundantes, uso inmoderado de condimentos, abuso de vino, provocando cada vez la hipersecrecion, son la causa de intensas congestiones y pueden facilitar por lo tanto la entrada á la neoplasia. Se acrimina tambien á la soledad, á la vida sedentaria; en efecto los grandes comilones, de constitucion obesa, de carácter apacible y de hábitos tranquilos y reposados, parecen estar predispuestos. Las impresiones morales intensas y repetidas, sobretodo las emociones depresivas, inquietudes, tristezas, pesares, y el exceso de trabajo intelectual, repercutiendo probablemente de una manera indirecta sobre las funciones digestivas, tienen una gran accion; así, las clases elevadas de la sociedad parecen estar mas dispuestas que las clases pobres. Se ha señalado lo mismo á los excesos genésicos y al onanismo. Algunos autores sostienen que no es raro que el cáncer principie por un punto del pancreas que, habiendo sido en un periodo mas ó menos lejano el sitio de alguna lesion, erosion por cálculos, contusiones, heridas, abcesos, etc. etc., se hubiera convertido así en pars minoris resistencœ. Frank afirma, aunque parezca antojadizo, que hay una relacion íntima entre el cancer y la supresion brusca de erupciones cutaneas, de ulceras cronicas y de secreciones patoló-

gicas. Se ha llegado á sostener que había incompatibilidad en la existencia simultanea del cáncer y de la tuberculósis. Esta aseveracion que es totalmente falsa, respecto del cáncer de otros órganos, tratándose del pancreas se halla tambien completamente desmentida por los hechos. En prueba de ello, cito á continuacion el notable caso observado por Strümpel en 1878. Se trata de un individuo de 25 años de edad; fenómenos de tuberculósis en el vertice derecho; hemorragias gástricas é intestináles; dolores violentos en el abdomen, se notan en este pequeños nucleos; ascitis; pleuresia en el lado izquierdo. En vista de la corta edad del enfermo, del órden en que se presentaron los síntomas, y de la rapida evolucion del mal, se diagnostica: tuberculósis pulmonar y peritonitis tuberculosa. La muerte sobrevino prontamente, y la autopsia demostró que había: tubérculos en el vertice derecho, pleuresia cancerosa en el lado izquierdo y en el pancreas un cancer de celulas cilindricas, que se había propagado, al hígado, peritoneo, mesenterio, epiplon y pleura izquierda.

Síntomas, marcha y complicaciones

La sintomalogia del cáncer del pancreas nada tiene de precisa. Los síntomas que revelan su presencia, aun aquellos que han sido mirados como patognomonicos, no son ni esclusivos, ni constantes. Los casos en que el cáncer de este órgano evolucionó en completo silencio, abundan en la literatura medica. Pero la inseguridad de la sintomatologia no depende únicamente de este mutismo; al contrario, en aquellos casos en que por la partícipacion de los organos circunyacentes, los trastornos funcionales y fisicos no pueden pasar desapercibidos, es tanto mas dificil reconocer á los que á él corresponden, cuanto mas numerosos y manifiestos son aquellos. «En los casos de carcinoma, los organos

vecinos son interesados lo mas á menudo, y el cuadro clinico es mas bien dominado por las pertubaciones funcionales pertenecientes á estos organos, que por las del pancreasmismo.» (Pean).

Es muy difícil esplicarse esta falta de sintomas, y parece contradictoria tratandose de la *degeneracion cancerosa* de un organo que posee tres importantísimas funciones y el cual sería indispensable para la vida, segun las esperiencias de Mering y Minkouski.

No se reduce á esto nuestra ignorancia, ni aun en la autopsia podemos siempre darnos cuenta del cuadro morbido,....«y luego al fin cuando se abre el cadaver no se le encuentra, casi nunca, enfermo á él solo. Es difícil entonces, siempre, no diremos reconocer sus afecciones durante la vida, sinó, aun el relacionar con sus lesiones los fenomenos que se han observado y que realmente le pertenecen. ¡Tal es el pancreas!» (Mondière).

Felizmente esta incertidumbre no se estiende á todos los casos, y si bien su espresion clinica no está constituida por signos ciertos, cuenta en la mayoría de ellos con algunos sintomas de valor, no tanto por si mismo, sinó por su asociacion y por el órden en que se presentan. Estos sintomas, ó mas bien estos simples elementos de apreciacion, permitiendo hasta cierto punto la exclusion de las demas enfermedades de espresion sintomatica semejante, ayudan á establecer el diagnostico y á evitar así el error. «Ningun signo cierto, absoluto, realmente patognomonico; pero teniendo en cuenta el conjunto de estos signos, es posible llegar á un diagnostico preciso.» (Ancelet).

La sintomatologia es enteramente variable, depende menos de la malignidad de la afeccion, que de las pertubaciones que ejerce en los organos vecinos y en el mismo pancreas. Siéndome imposible abarcar todas estas variaciones, me limitaré á describir, brevemente, la espresion sintomatica de un cancer primitivo de la ca-

beza que evolucionará sin acarrear grandes alteraciones en su vecindad.

El debut es lento, gradual, insidioso, el enfermo siente un ligero malestar; bien pronto nota que sus fuerzas principian á disminuir y que enflaquece; luego aparecen ligeros desarreglos digestivos, el apetito disminuye algo, las digestiones se vuelven perezosas; mas tarde se presentan, de vez en cuando, vomitos alimenticios, raros, acompañados de diarrea fugaz, que dura tres, cuatro ó mas dias, de camaras liquidas, abundantes y no dolorosas; estos vomitos y la diarrea se presentan sin que haya causa aparente; en seguida el dolor supraumbilical se manifiesta, fijo ó con irradiaciones, intermitente ó continuo, paroxistico; el enflaquecimiento y la apatía hacen grandes progresos, el caracter cambia, se vuelve irritable y triste. Sin que los desordenes gastricos é intestinales hayan aumentado, aparece la esteatorrea, la glycosuria no tarda en seguirla; entonces, á las causas debilitantes que ya existian, se agregan estas dos nuevas y la demacracion comienza; la piel toma un tinte palido terroso, el paniculo adiposo disminuye ó desaparece, el dolor recrudece; el enfermo toma el aspecto de un canceroso. La icteria no tarda en presentarse; los vomitos y la diarrea se vuelven rarisimos, son sustituidos por la costipacion; el meteorismo se hace habitual. El extasis biliar se traduce por un aumento de las grasas en las heces; por sensacion de peso en el hipocondrio derecho, por un dolor continuo y exacerbante en el mismo sitio; por la hepatomegalia y por la acentuacion de la emaciacion. Si la distension del abdomen no es considerable, se puede notar, por los medios ordinarios de exámen, la existencia de un tumor, duro, desigual, fijo ó poco movible, que puede estar animado de un movimiento espansivo, propio ó trasmitido. El apetito generalmente se conserva sin modificarse, cuando hay diabetes puede convertirse en voracidad; en este caso se agregan á los demas sín-

tomas, los de la diabetes flaca. A esta causas explolia-trices se unen los sufrimientos, la incertidumbre, el temor creciente, la estercoremia, la reabsorcion de los productos cancerosos, y todas juntas destruyen la salud del enfermo. La piel se pone seca, rugosa, pierde su elasticidad; el paniculo adiposa desaparece; los musculos se vuelven blandos, flacidos y delgados. Accesos irregulares de fiebre, «heraldos de la muerte» (Recamier) y dolores fijos ó erraticos minando el organismo traen la caquexia. La tristeza, el amilanamiento se apoderan del enfermo, las facultades intelectuales se deprimen. La anorexia, la diarrea, el insomnio, los edemas de la cara, de los miembros inferiores, las hidropesias y la septicemia indican la proximidad del desenlace fatal, y le conducen paulatinamente al marasmo y á la muerte, cuando no es arrebatado por el coma «*canceroso*» ó diabetico.

Su marcha y sus complicaciones son tambien variadisimas. El cancer principia generalmente en un solo punto del órgano; á veces en varios simultaneamente. Su marcha es progresiva, aumenta incesantemente de tamaño propagandose de celula en celula y por los linfaticos; mas tarde por las venas. Este aumento de volumen ocasiona pertubaciones en la circulacion pancreatica y la dilatacion de las venas del organo. El conducto coledoco es comprimido, luego invadido por la degeneracion y destruido; esto trae la ieteria crónica con todos sus consecuencias. Creciendo las proporciones del tumor, puede comprimir el duodeno, el estomago, el colon, etc., y dar lugar á los síntomas que caracterizan á la estenosis de estos organos. Los gruesos vasos no escapan, la aorta, la cava, la porta, la arteria y vena esplenica, etc. etc., pueden ser comprimidas y perforadas, ocasionando diversos trastornos: el tumor se anima de latidos isocronos con los del pulso, se percibe un fuerte soplo; se presentan hemorragias multiples, hematemesis, hemoptisis, enterrona-

gias, epistaxis, congestiones hepaticas, edema de los miembros inferiores; ascitis, hipermegalia esplenica y circulacion complementaria; ó bien, á mortales hemorragias en el sitio de la horadacion. Cuando el tumor llega á resblandecerse, la marcha es rapida; venas, arterias y linfàticos son ulcerados, ninguno escapa á su accion destructora; el organismo entero está comprometido; el jugo canceroso penetra al torrente circulatorio y se forman nucleos secundarios en distintos órganos; y el crece aun, se espande, se vascularíza; comprime mas á los organos vecinos, los dolores son intensos, los trastornos funcionales mayores, la pérdida de las fuerzas toma proporciones alarmantes, el apetito desaparece y se presenta ya la caquexia. Una vez que está ulcerado, puede ocasionar la perforacion de los órganos que están á su alcance, duodeno, estómago, colon, intestino delgado y la misma pared abdominal no es respetada. Su superficie ulcerada se llena de botones rosaceos, blanduzcos, sangrantes, que pueden reparar la perdida de sustancia; pero sigue su marcha invasora, y sinó mata por alguno de esos accidentes que he indicado, lleva al marasmo y á la muerte lenta.

En el capítulo siguiente me estiendo en ligeras consideraciones sobre el valor diagnóstico de los sintomas y signos que he mencionado y sobre el de otros á los cuales se ha tratado de hacer ingresar á la sintomatologia del cancer primitivo del pancreas.

Enflaquecimiento — Descrito por primera vez en las afecciones del pancreas por F. Harles en 1812, fué nuevamente mencionado por Pemberton en 1817. Este último habia observado que las afecciones del pancreas se acompañaban de una demacracion prematura y general. Despues de Pemberton se ocupó de él Eisemmann; más tarde fué constatado por muchísimos prácticos y se llegó á considerarlo como patognomónico de las enfermedades del pancreas, incluyendo en ellas el cáncer. La importancia capital que se daba á este síntoma fué bien pronto

negada por Casper, Griesel, Abercombrie, de Haen, Duwidoff, Claessen y Schiff quienes observaron un gran número de enfermos que en lugar de enflaquecer, no solo no disminuyeron de peso, sinó que engordaron muchísimo. Todos los autores y clínicos están acordes en considerar el enflaquecimiento temprano y rápido como perteneciente á las lesiones del pancreas y sobretodo de las lesiones cancerosas. Esta constancia del enflaquecimiento en el cáncer del pancreas es lógica; en efecto, el adelgazamiento es producido por la alteracion ó supresion de las funciones pancreáticas; ahora bien, esta alteracion ó supresion es precisamente la consecuencia fatal del crecimiento del tumor. A esto se agrega que la invasion neoplásica, cualquiera que fuere su sitio, vá acompañada de enflaquecimiento y se puede decir que vá precedida por él; pues en su período inicial, período insidioso por exelencia, no se revela por otros síntomas y pasa desapercibido hasta que, en su marcha ascendente, produzca nuevos trastornos que adviertan su presencia.

En casi todos los casos de cáncer del pancreas que han sido publicados, figura el enflaquecimiento como síntoma inicial. En los casos publicados entre nosotros sucede lo mismo. En las dos observaciones del Dr. Hernandez fué prematuro, y durante mucho tiempo, la única manifestacion mórbida; en la del Dr. Podestá, lo mismo, el enfermo se asustaba de su flacura y de la falta de fuerzas, se encontraba incapaz de trabajar, y tan solo se reconocia una ligera dispepsia; en nuestro caso pasó igual cosa, en el comienzo de la enfermedad fué el único sintoma. Pero lo que tiene de característico este síntoma y lo que le dá un verdadero valor diagnóstico, es que se presenta en una época, en que, los desórdenes digestivos son insignificantes y en la cual no hay ninguna perturbacion funcional que lo esplique; el enfermo come bien, digiere sin dificultad, no tiene dolores, y sin embargo, enflaquece y pierde sus fuerzas de un modo notable. Aumentando cada vez más, produce la emaciacion completa,

el aniquilamiento total; en los últimos tiempos el enfermo no puede tenerse de pié, y aún, en algunas ocasiones, ni moverse en la cama.

El apetito se conserva casi sin disminuir hasta el último período á pesar de los vómitos y la diarrea que sobrevienen al principio. En una época en que desaparece ya en las demás afecciones del aparato digestivo, no ha sufrido, aún, en el cáncer del pancreas, gran modificacion. Si hubiere diabetes podria degenerar en bulimia. En el periodo caquéctico hay anorexia invencible y repugnancia por los alimentos. Se ha dicho que en los casos de cáncer del pancreas debe haber, siempre, una especial repugnancia, para ciertos alimentos, la carne ó las grasas y que se la observaria desde el comienzo de la enfermedad; pero este aserto no tiene en su apoyo sinó 8 ó 10 casos, en los que al mismo tiempo existia un catárro gàstrico intenso, originado probablemente por sus causas vulgares. Nuestro enfermo comia carne en abundancia y á las grasas con verdadero deleite.

Vomitos — Los vómitos que, generalmente se presentan al principio, son raros, alimenticios y no contienen sangre. Sobrevienen sin que se haya cometido desarreglos de régimen; van seguidos, casi siempre, de diarrea pasagera y no tienen influencía sobre el apetito. Se vuelven tanto más raros, cuanto más avanza la enfermedad, llegando á desaparecer completamente en el ultimo periodo. Los vómitos matutinos, vómitos en ayunas, cuando existen, son debidos al catarro gástrico.

Vomitos grasosos - Algunos autores dicen haber observado en casos del cancer del pancreas que, las materias vomitadas eran ricas en grasa; poco visible en unas, manifiesta en otras. Este hecho no seria digno de mencion, puesto que en la alimentacion entraban grasas, y puesto que estas no sufren en el estómago modificaciones importantes; pero se ha querido hacer de esto un síntoma seguro y encontrar en ello una accion electiva de parte del estómago ó duodeno. Se dice que en algunos casos

la mayor parte de las sustancias albuminoideas y feculentas se digerian perfectamente, mientras que la totalidad de las grasas era vomitada; en otros el vómito era de grasa pura. Esto no es aceptado por todos, y hasta no parece conforme con los actos de la digestion. En el estómago las grasas tan solo entran en fusion y son divididas en pequeñas porciones por su mezcla íntima con la masa alimenticia; si por su estado mórbido, el estómaga no modifica debidamente las materias feculentas y olbuminoideas, puede sobrevenir el vómito, pero entónces las materias son espulsadas en masa. Así intimamente mezcladas llegan al duodeno, en donde, bajo la accion del jugo pancreatico y demás tienen lugar sus modificaciones y luego su absorcion, y es mas justo pensar que, si el jugo pancreatico está alterado ó suprimido y que si las grasas no son modificadas por los otros líquidos digestivos, sean espulsadas en las cámaras; es decir siguiendo su curso natural y no en sentido contrario, teniendo que invocar para ello los movimientos antiperistalticos.

Que existan vómitos y que haya grasa en ellos es natural, lo mismo que el disgusto, que otros autores han señalado en estos casos, hacia las materias grasas; pero admitir una especie de clarovidencia para el sentido del gusto y una facultad electiva especial en el estómago, no me parece muy en acuerdo con los hechos. Los vómitos y el disgusto para las grasas, como para cualquier otro alimento eran debidos, en estos casos, al catarro gástrico concomitante. En este último, asi como hay repugnancia hacia las grasas, la hay tambien hacia los alimentos mas nutritivos y de mejor gusto. Las anomalias de la digestion que se notan en los enfermos atacados de cáncer del estómago, son debidas á la total alteracion que sufre el jugo gastrico en esos casos, á la anaclorhidria. En nuestro enfermo hubo vómitos varias veces y por consiguiente hubo grasa en ellos; pero jamás hubo disgusto por las grasas, ante por el con-

trario, su ingestion proporcionaba al enfermo una verdadera fruicion apesar de que sabia por observacion y experiencia propias, que le eran indigestas y que casi siempre le producian diarrea cuando las tomaba en alguna cantidad.

Diarrea pancreatica—Desde mucho tiempo há, se ha estudiado una variedad de diarrea que se observa á menudo en las afecciones del pancreas. Se la ha llamado flujo celiaco, diarrea pancreatica, flujo pancreatico, diarrea biliosa, exhalacion pancreatica y diarrea duodenal. Se la considera como producida por el aumento de la secrecion del pancreas, que sobrevendria á causa de las enfermedades de este organo. Reconocida como constante ó por lo menos como frecuente por los autores antiguos, ha sido menospreciada por los modernos. Apesar de haber sido constatada por prácticos tan sérios como Portal, Wedekind, Levier, etc., etc., Friedreich llega á negarle toda importancia y á dudar de su existencia. Sin desconocer la autoridad de Friedreich, sin rechazar, ni aceptar sus opiniones, haré presente algunos hechos fisiologicos que hablan en favor de la posibilidad de la existencia de la diarrea pancreatica ó duodenal en los casos de lesiones del pancreas.

Entre las mucosas estomacal, duodenal y el pancreas hay una íntima relacion patogénica y funcional; todo estado anormal del pancreas repercute sobre el duodeno y el estómago, y recíprocamente. Lá secrecion pancreatica es nula en la abstinencia, comienza inmediatamente despues de la llegada de los alimentos al estómago. Mientras que durante el ayuno, el pancreas está como exangüe, pálido y flacido, durante la digestion se llena de sangre y se vuelve rojo, duro y turgescente. Trousseau, dice: (1) «¿ El estómago y el intestinoestán en relacion con el pancreas y el hígado en la misma intimidad que las

---

(1) Trouseeau—Traité de Therapeutique; 8e édition, Paris 1870. Medication évacuante, tom. ., pag. 830-831

glándulas salivares con la mucosa de la boca? Esto es imposible de decidir perentoriamente; es lo que la analogía permite creer, y aun, lo que la observacion directa parece demostrar; pues, si como la cosa es evidente, los purgantes que acabo de enumerar no están dotados de ninguna accion irritante ¿cómo provocarian una hipersecrecion de las glándulas anexas al intestino, si ellos no obrasen simpáticamente sobre estas glándulas, como los cuerpos sápidos obran sobre la parótida independientemente de toda accion irritante?».

«La secrecion del pancreas y del hígado será solicitada por la inflamacion del duodeno, como la secrecion de las glándulas salivares por la flogosis ó ulceracion de la boca.» Trousseau; eodemloco.

«La diarrea duodenal se liga casi siempre al catarro gástrico y á la gastritis biliosa..... Es debido á una hiperexitacion de la membrana mucosa que aumenta, desde luego, la secrecion de los folículos, tan abundantes en este intestino, y en seguida la secrecion del hígado y del pancreas. Es esta forma la que ha sido particularmente descrita por los autores de los dos últimos siglos con el nombre de diarrea biliosa.

Como el estómago está casi siempre enfermo al mismo tiempo, no hay apetito, y, si los enfermos comen, los alimentos ó son vomitados ó atraviesan el canal intestinal sin sufrir el trabajo de la digestion.

La flegmasia gastroduodenal se estiende lo mas amenudo, en este caso, á todo el íntestino delgado; y entonces la secrecion folicular, puede ser tan abundante como la de las glándulas, y la diarrea es considerable.» (2)

«Pero si la irritacion de la membrana mucosa del estómago, del duodeno y del resto del intestino delgado, puede ser la causa de hiperexitacion del hígado y del pancreas, á su vez, *los jugos biliar y pancreatico pueden cau-*

---

(2) Trousseau—Loc. cit., tom. I, pág. 836.

sar una flegmosia de la membrana mucosa, en el sentido riguroso en que lo entendia Stoll.

Suponemos, desde luego, una irritacion duodenal primitiva, que aumenta las secreciones del hígado y del pancreas; el producto de esta secrecion, echado á gran chorro en el intestino delgado y en el grueso, debe por su anomalidad causar una viva irritacion, y en este caso la bilis y el jugo pancreatico son las verdaderas causas de la enteritis.» (3)

En el terreno de los hechos, Cl. Bernard, dice: «Por las modificaciones de calidad que puede sufrir, el jugo pancreatico se distingue de todas las otras secreciones, y particularmente de la saliva, á la cual se le ha querido comparar. Los estados mórbidos diferentes, que pueden acompañar las operaciones hechas en animales, no influencian sensiblemente las propiedades de las diferentes salivas; mientras que *todas las modificaciones que pueden sufrir las funciones digestivas, se hacen sentir sobre la naturaleza de la secrecion pancrentica.*» (4)

«Esta alteracion de la secrecion que sobreviene al cabo de un cierto liempo *reconoce como causa local, la inflamacion consecutiva del pancreas.* Se ve entonces á la secrecion, normal al principio de la esperiencia, cambiar poco de naturaleza... Pero lo que tiene de particular es que, esta secrecion que al estado fisiológico es intermitente, se vuelve casi continua y presenta un aumento considerable en la cantidad del líquido segregado.» (5)

En los perros la cantidad de jugo pancreatico que era de 2 gramos por hora (término medio) llegaba á 18 gramos en cuanto se declaraban fenómenos inflamatorios. En un perro operado en ayunas, el pancreas era flacido y parecia exangüe; al cabo de tres horas no se habia pre-

---

(3) Trousseau—Eodemloco.

(4) Cl. Bernard—Leçons de Phisiologie Esperimentale neuvieme leçon, pág. 225, tom. II, Paris 1856

(5) Cl. Bernard—Eodem loco, pág. 212.

sentado ni una sola gota de líquido por el tubo colocado en el conducto de Wirsung; apenas si las paredes de aquel estaban humedecidas. *En todo ese dia solo aparecieron algunas gotas;* mientras que, poco despues, cuando se hubo inflamado la herida, fluia fácilmente, por el tubo, la enorme cantida de *18 gramos por hora.* (6)

De estos párrafos que he citado *in extenso*, se deduce que, la duodenitis puede producir la hipersecrecion pancreatica y que esta hipersecrecion es tambien capaz de producir la duodenitis ó de agravarla cuando ya existe.

Muchísimos casos de cáncer del pancreas se inician, tan solo, por diarreas «*inmotivadas*» de camaras líquidas, serosas; que duran tres, cuatro ó mas dias. En vista de estos hechos, pienso que se puede suponer que, el neoplasma en su período inicial, produciendo, por su presencia en los tejidos del pancreas, una irritacion continuada, pudiera llegar, por este medio, á ocasionar un aumento de la actividad funcional del órgano, y por consiguiente, la hipersecrecion; ó bien, que esta irritacion, llevando al sumum la impresionabilidad de la mucosa duodenal, por su solidaridad nerviosa con el pancreas, la hiciera susceptible de inflamarse por la accion de los alimentos imperfectamente modificados en el estómago, por el catarro concomitante, y ocasionar la diarrea por este mecanismo. En el período terminal, la total destruccion de la glándula por la neoplasia y la posible tolerancia de la mucosa intestinal. esplicarian la constipacion que generalmente presenta en esa época. Creo que esta suposicion no es exagerada, puesto que se admite como constante el catarro gástrico, habiendo tan solo, entre el estómago y el pancreas, relaciones de contiguidad; mientras que entre el duodeno y el pancreas las hay de continuidad. En la diseccion es difícil separarlos sin interesar al uno ó al otro; á mas, el conducto de Wirsung, en su desembocadura, confunde sus elementos con los del duodeno.

---

(6) Cl. Bernard—Loc. cit., pág. 201.

En la hipersecrecion pancreatica, la composicion del líquido difiere mucho de la fisiológica, y la inflamacion de la mucosa duodenal seria ocasionada por el contacto con este líquido, anormal por su cantidad como por sus propiedades. Una vez establecida la infiamacion de esta mucosa, por su repercusíon sobre el pancreas aumentaria la hipersecrecion; este nuevo aumento, trayendo una mayor alteracion de las propiedades del jugo, se traduciria por una exacerbacion de la flegmasia duodenal, la que al cabo de cierto tiempo, se propagaria á la parte superior del intestino delgado y produciria entonces esas diarreas «*inmotivadas*» de cámaras frecuentes y copiosas. Friedreich casi le niega todo valor y dice que en el único caso en que podria tener alguno, seria cuando se encontrase en las evacuaciones gran cantidad de leucina ó de tirosina; sustancias abundante y preferentemente formadas en el pancreas en el estado patológico.

Nuestro enfermo padeció, al principio, de esta variedad de diarrea fugaz; aunque se presentaron á menudo, no hemos podido tener datos exactos sobre el aspecto y la composicion de las deyecciones, porque no preocuparon la atencion del enfermo, y cuando ingresó al servicio, como hacia algun tiempo que habian sido sustituidas por una tenaz constipacion, habia perdido casi por completo el recuerdo de ellas.

En general, la mayor ó menor fluidez de las evacuaciones puede servir para localizar la causa de la diarrea.

«La flegmasia gastroduodenal se estiende, lo mas á menudo, en este caso, á todo el intestino delgado; entonces la secrecion folicular puede hacerse tan abundante como la de las glándulas y la diarrea es *considerable.*

Cuando, al contrario, la irritacion no abarca sino el *ileon,* el flujo tiende menos á la exageracion de la secrecion de las glándulas que á la de los folículos y entonces *es menos abundante.* Las deyecciones menos biliosas, lo son aun sin embnrgo; pues, si la irritacion del duodeno es la causa del mayor aflujo de los jugos vertidos por el

hígado y por el pancreas, la del estómago é ileon repercute tambien, aunque en menor grado, sobre estas dos glándulas.

La diarrea debida á la inflamacion aguda del intestino grueso, *es siempre poco abundante, aunque los cólicos sean mas vivos* y que las deyecciones sean en general *mas frecuentes.*» (7)

Baumel agrega: «Se puede decir en general que las materias evacuadas son tanto mas abundantes, cuanto mas próxima al duodeno es la inflamacion, al que algunas veces interesa exclusivamente.

Aunque sea difícil suponer, en estas circunstancias, que la hipersecrecion pancreatica pueda estar aislada é independiente de la hipersecrecion hepática, no repugna el admitir que esta no venga, en algunos casos, á complicar á aquella. El color de las materias evacuadas es entonces de *un amarillo mucho mas claro.* Las camaras son *casi-acuosas, serosas,* y como se las llama algunas veces *quilosas, grasosas.*» (8)

La diarrea de cámaras copiosas y poco dolorosas puede, pues, ser aceptada como un síntoma frecuente en el cáncer del pancreas.

Fibras musculares estriadas—En muchos casos de diversas afecciones del pancreas, se ha hallado en los escrementos, en gran abundancia, hacecillos de fibras musculares, conservando sus estras trasversales, con poca ó ninguna modificacion. Este hecho que significaría una alteracion fundamental de las propiedades del jugo pancreatico ó la supresion total de su secrecion, ha sido tambien constatado en todos los casos de cáncer del pancreas en que se le ha buscado.

Como la accion peptonizante del jugo pancreatico es tan solo coadyuvante de la del jugo gástrico, como, á su

---

(7) Trousseau—Loc. cit., tom. I, pág. 836.

(8) Baumel—Pathologie des anexes, París 1889, 11e leçon, de la hipersécrétion pancreatique, pág. 146, tom. II.

vez, puede ser satisfactoriamente suplida por la de los demás líquidos digestivos, y como de ordinario se las encuentra en condiciones normales, este síntoma no tiene gran valor por sí solo. En un caso publicado por Fles, de atrofia casi completa del pancreas y de diábetes, el enfermo expulsaba en las heces, á mas de una gran cantidad de grasa (varias onzas al dia) muchísimos hacecillos musculares sin modificacion alguna; pudiendo apercibirse sin gran dificultad la estriacion trasversal. Bastaba la ingestion diaria de un pancreas de buey para que todo esto desapareciera, grasa y fibras musculares. Creo que este medio de tan benéficos resultados para el enfermo, podria ser utilizado para localizar la pertubarcion digestiva.

Sialorrea— Casi todos los atures que se han ocupado de la patologia del pancreas, hasta hace poco tiempo, han indicado al tialismo como un síntoma cosntantate y le han dado un gran valor diagnostico. Como creian que el pancreas tenia una estructra identica á la de las glandulas salivares y que sus funciones eran las mismas, aceptaban una estrecha relacion entre la glandula abdominal y las de la boca. Toda afeccion de la glandula pancreatica tenia que repercutir en los salivares, sus similares. La salivacion ha sido observada muchas veces en casos de cáncer del pancreas. La cantidad de saliva segregada en un dia llegó á ser enorme en algunos casos; en el de Frank, el enfermo espulsaba por espuicion, diariamente, cinco kilogramos de saliva. Sus propiedades no varian mucho; su densidad es un poco menor que la normal, su coloracion es la misma. Rahn, Frank, Fourcroy, Wichmann, Polinière y Mondière, Bertomien, Gelsen, Tavernière, etc , etc., le conceden gran importancia en la sintomalogia del cáncer pancreatico. Estas afirmaciones no deben ser consideradas como de un valor absoluto. Los casos han sido imperfectamente observados; la mayoria han sido de pancreatitis ú otras lesiones simples y casi todos estos enfermos estaban osmetidos al tratamiento mercurial, presentando muchos

de ellos, fenomenos marcados de intoxicacion hidrargirica. No inculpo á esta como causa de la sialorrea, simplemente hago constar la asociacion de los hechos. Por otra parte entre las causas del tialismo hay algunas tan sencillas que probablente pasaron tambien desapercibidas. Los autores modernos conociendo las diferencias histologicas fundamentales que existen entre los glandulos salivares y el pancreas; en posesion de las funciones de este y por no haberla encontrado á menudo le niegan casi todo valor. Grisolle dice que jamas la ha observado; Baumel, Friedreich, Molliere, etc., etc., se expresan en igual sentido y dicen que las observaciones que sirvieron para darle tanta importancia son incopletas. «Haremos notar solamente que las observaciones relativas á este tialismo datan, para la mayoria, de una época en que no se conocian ni la mentastosis uremicas, ni las perturbaciones secretorias en relacion con las lesiones nerviosas; podria ser que la hipersecrecion salivar hubiera sido producida por un mecanismo completamente estraño á la lesion pancreatica». Arnozan. Los trastornos grastricos producen tambien sialorrea y como amenudo acompañan al cáncer del pancreas, puede haberse atribuido a este en propiedad, lo que acidentalmente le relacionaba.

Dire algunas palabras sobre los síntomas de la sialorrea. En el estado normal, la secrecion de la saliva es contínúa, una vez que se ha reunido alguna cantidad en la boca, es instintivamente tragada ó arrojada por espulcion sin que el individuo se de cuenta de ello, pero cuando hay hipersecrecion, puede correr por la hendidura labial, ya gota á gota, ó en mayor abundancia, bastando para ello que el enfermo incline un poco la cabeza hácia adelante. Para evitar esto el enfermo se ve obligado á ejercer una cierta vijilancia y á ejucutar á cada momento repetidos movimientos de deglucion acompañados de frecuentes contracciones labiales que dificultan singularmente la diccion. A esta incomodidad durante la vigilia, pueden agregarse los trastornos que ocasiona durante el sueño. La

ceplucion de la saliva, inconciente y puramente refleja en el estado normal, se efectua durante el sueño con mayor dificultad que durante la vigilia, y como en los casos de tialismo las degluciones tienen que ser mas frecuentes, y las cantidades deglutidas son mayores, alguna particulas penetran en la larienge produciendo ahogos que asustan al enfermo y le hacen creer que se halla atacado de una enfermedad grave. El insomnio que es la consecuencia de esto, la debilidad ocasionada por lahipersecrecion y las malas digestiones, traen el neurismo ó lo aumenta si ya existe. Los trastornos digestivos serian mas marcados en estos casos de sialorrea; en efecto, en el momento de la masticacion, el enfermo se ve obligado, á cada instante, á tragar la saliva, pero estas frecuentes degluciones pertuban la masticacion y arrastran alimentos que no han sido suficientemente triturados, á mas, la saliva puede obrar por su masa; en una comida abundante, en que la masticacion es sostenida, la cantidad de saliva tragada puede llegar á ser ernorme y á producir una verdadera indigestion. Esta se manifiesta por vomitos ó por evacuaciones intestnales diarreicas, seguidas de constipacion, que dura hasta la proxima indigestion.

Este exeso continuo de saliva en la boca, produce una imbibicion constante de las capas superficiales de la mucosa, una verdadera maceracion del epitelio y como consecuencia, la perversion ó la perdida del gusto. Esto esplicaria el hecho que tanto llamo la atencion de los autores antiguos; los que sostenian que la perversion ó perdidd del gusto era debida al cáncer del pancreas y que podia tener un gran valor en los casos que existiera con *una lengua limpia y húmeda.*

En los casos dos Dres. Hernandez y Podestá no hubo sialorrea en el nuestro habia mas bien disialia.

Portal, Kedewind, Harles, Schmackpfefer, etc, han señalado, en el cáncer del pancreas, laexistencia de una *salivacion verdaderamente pancretica.* El liquido pancretico llegaria continuamente á la boca por medio de regurgita-

ciones y de alli seria espulsado por espuicion, ó bien, seria arrojado desde el estómago por medio dél vómito. Estos hechos no son imposibles; el duodeno lleno de liquido por la hipersecrecion pancreatica, podria verter su contenido en el estómago por medio de los movientos antiperistalticos y una vez el liquido en el estómago, podria ser llevado á la boca por regurgitacion ó por el vómito; pero son pocos probables y se puede dar una explicacion sastisfactoria de estos dos fenomenos. La supuesta salivacion pancreatica, no es sino la saliva bucal, tragada dia y noche, inconsientemente y en gran cantidad, que permanecen el estómago cierto tiempo sin ser digerida y luego es deuvelta por regurgitacion ó por el vómito. Esto sucede á menudo en el catarro simple del estómago, en el que acompaña al alcoholismo eronico, al cáncer del estómago etc, (vomitus, matutinus acquosus). Si hubiere una consiederable hipersecrecian pancreatica, el exeso de liquido, encontraria en la diarrea una fácil y pronta evacuacion.

Esteatorrea—Este síntoma es el mas importante por su constancia y significacion. Las modificacíones que sufren las grasas, para que su absorcion sea posible, dependen casi esclusivamente del perfecto funcionamiento del pancreas. Teniendo lugar estas modificaciones bajo la accion del jugo pancreatico, la presencia de grasa en las hece implicaria, ya sea falta de liquido pancreatico, ó destruccion de la glandula. De acuerdo con este modo de pensar se concluyó por dar á este síntoma un valor patognomonico en la patologia del pancreas. Maigre bajo la influencia de las teorias de su maeslro Cl. Bernard, sobre la absorcion de las grasas, llegó á considerarlo como tal. No puede darsele en justicia semejante carácter; pues, se lo encuentra en afecciones diversas, y de las que en nada participa el pancreas, y esto tiene una esplicacion, clara y satisfactoria, en el mecanismo mismo de la absorcion de las grasas. En efecto, la absorcion de las grasas no depende unicamente de la accion que sobre ellos ejer-

se el jugo pancreatico; este, simplemente las modifica, las hace aptas para ser absorbidas, para su penetracion á traves de la superficie intestinal y para su ulterior entrada al torrente linfatico; pero, para que esto tenga lugar, es necesario que la superficie intestinal no este alterada; una vez que han atravesado esta superficie son recojidas por los linfaticos, y si estos estan enfermos, no seran absorbidas; si los ganglios estan infartados, la circulacion será retardada, y la absorcion imposible ó defectuosa; el mismo trastorno produciria la compresion de los gruesos troncos linfaticos y la del conducto toracico, y la grasa sobrante sería espulsada en las camaras; efectivamente se la encuentra en ellas, en los casos de enteritis cronicas, especialmente en los niños; en los de ulceraciones y dejeneraciones de la mucosa intestinal; en la tuberculosis de los ganglios mesentericos, en la peritonitis cronica; en las neoplosmas del mesenterio y en aneurismas de la aorta. Como la bilis, tiene tambien participacion en la emulsion y saponificacion de las grasas, y segun algunos fisiologistas, una accion preponderante, las afecciones del higado ó la de los conductos biliares, obrando por su intermedio, producirian á menudo la estearrea. Numerosisimos son los casos de esta naturaleza que se han obserbado, y, para mayor dificultad, se la constata comumente en casos de lesiones simultaneas del aparato biliar, y del pancreas. Los partidarios de la prepotencia biliar, se han basado en esta simultaneidad para considerar á la ausencia de bílis en el intestino, como causa de la esteatorrea. La verdad es que la icteria es nna complicacion frecuentes en afecciones pancreaticas; su coexistencia es casi constante y se concibe por la proximidad de los organos, por la solidaridad de las funciones y sobretodo por el contacto en que se hallan los conductos escretores respectivos; en su desembocadura los conductos coledoco y pancreatico se tocan y cualquiera produccion morbida situada en este punto ó próximo á el, cualquiera inflamacion que interese la ampolla de Vater, suprimiria ó dificultaria su desague;

una simple concrecion del colédoco llegaria á obstruir el de Wirsung, y, ante los trastornos ocasionados, seria muy dificil hacer una adjudicacion equitativa. Se ha encontrado á mas la esteatorrea en afecciones de organos lejanos y que no pueden obrar directamente sobre el pancreas ó el higado, se la ha encontrado en un caso de cáncer del estómago, en que habia á mas una degeneracion neoplasica del plexo solar, y como el cáncer en esta vez no podia ejercer ninguna accion sobre la secrecion pancreatica, por su distancia y por sus dimensiones poco exajeradas, se puede sostener que la alteracion del plexo nervioso era la causa de ella. Esta inseguridad llevo á muchos autores á negarle todo valor, á considerarla como un fenomeno que obedece á causas multiples y variadas, llegando á afirmar que las enfermedades del pancrea jamas pueden dar lugar á eliminacion de cantidades apreciables de grasa en las camaras. Muchos trataron de confirmar sus asercio-nes por medio de la esperimentacion y recurrieron á la ligadura del conducto de Wirsung; á la inyeccion de grasa, de parafina, con el objeto de producir la atrofia de la glandula; otros practicaron la estirpacion total del organo, y tambien se hizo la del plexo solar. Los resultados fueron completamente contraditorios. Los unos pudieron constatar facilmente la presencia anormal de grasa en las evacuaciones, consiguieron, producir esto á voluntad, tan solo con aumentar ó disminuir la grasa en la alimentacion de los aimales sometidos á la esperimentacion; los demas no encontraron jamas la grasa en las camaras, aunque, hubieron estirpado totalmente el pancreas y aumentado considerablemente la racion de grasas. Estas contradiciones tratandose de hechos esperimentales son de estrañar realmente; pero no paró alli el desacuerdo de los esperimentadores; en lo relativo á las otras consecuencias de la estirpacion total, diabetes flaca, lipuria, etc, y sobretodo á la influencia desastrosa para el organismo, Mering y Minkouski establecieron como un hecho incontestable que, la estirpacion completa del pancreas produce la muerete

del animal, en breve tiempo, en una ó dos semanas; Dominico y otros que, la estirpacion, es beneficiosa para el animal pues en lugar de enflaquecer y de morir, engorda rapidamente y de una manera duradera, no corriendo su vida ningun peligro en el porvenir. Apesar de que no se la encuentra siempre en todos los casos de enfermedades del pancreas, que ocasionan su annihilacion funcional, y apesar de los resultados contradictorios de la esperimentacion, su valor diagnostico es indiscutible. En el cáncer del pancreas se le observa á menudo; el mecanismo de su produccion es sencillo, localizado generalmente el tumor en la cabeza del organo, dificulta ó suprime desde los primeros tiempos, la salida del jugo pancreatico, comprimiendo al conducto ó invadiendolo.

El primero que mencionó la presencia de grasa en las heces fué Tulpius. En 1652 publicó las observaciones de tres casos, en uno de los cuales habia á mas lipuria; pero no practicó la autopsia en ninguno de ellos. En 1683, Brunner hace presente que despues de la estirpacion del pancreas, la grasa era más abundante en las heces. Las estirpaciones practicadas por Brunner no fueron totales, hechas en perros, comprendian solamente la porcion descendente, quedando intacta la porcion trasversal. Toca á Kuntzmann la gloria de haber sido el primero en afirmar que habia una relacion de causa á efecto entre las afecciones del pancreas y la esteatorrea. En 1820 publicó un caso de icteria y hidropesía, en el que se encontraban, con intérvalos, grandes cantidades de grasa en las heces; la autopsia reveló una induracion del pancreas, con obliteracion del conducto de Wirsung. Apesar de haber publicado la observacion, esta no llamó la atencion de los prácticos y bien pronto fué olvidada. En 1833 Brigth, célebre ya por sus notables estudios sobre el syndroma clínico que hoy lleva su nombre, publicó las observaciones de siete casos de afecciones del pancreas, en tres de los cuales habia constatado la esteatorrea. Estos hechos estudiados con tanto entusiasmo y publica-

dos por un clínico de tanta fama, conmovieron al mundo médico y en todas partes se dedicaron con ardor al estudio de las enfermedades del pancreas y de la significacion de la esteatorrea. Desde entonces se la encontró á cada momento y es incontable el número de casos en que ha sido constatada; pero apesar de ello, el valor de estas observaciones no es absoluto, pues, muchísimas veces estuvo acompañada por la icteria y por otras múltiples lesiones de los órganos vecinos. Frecuentísima en diversas afecciones del pancreas, no lo es menos en el cáncer, ya sea este primitivo ó secundario. En algunas ocasiones la esteatorrea se presenta primero que la icteria, pudiendo observarse la grasa en el estado líquido ó bajo la forma de cristales que consiguen decolorar aparentemente las materias fecales; cuando se tiene la felicidad de observar una esteatorrea en estas condiciones se está en posesion de un elemento precioso de diagnóstico.

El estado, el aspecto y la cantidad en que se expulsa la grasa, varian muchísimo. A consecuencia de estas variaciones, la apariencia de las cámaras es diversa. Estas diferencias de cantidad y calidad de las grasas evacuadas, pueden tener lugar en un mismo enfermo y por esto se observa á menudo que el color, forma y consistencia de los heces cambien sin regularidad ninguna. Se presenta á veces en natura, bajo la forma de gotas mas ó menos pequeñas, simulando gotas de aceite. Cuando la consistencia de las materias fecales es dura, se las vé aisladas, irregularmente distribuidas, la superficie de estas aparece tachonada de puntitos brillantes. Si la temperatura ambiente es elevada, manteniéndose largo rato en el estado líquido, pueden escurrirse, llegar á la base, y, uniéndose allí, formar gotas de grandes dimensiones ó un verdadero círculo reluciente, que, despues de un cierto tiempo, merced al enfriamiento, puede tornarse opaco, blanquecino. Si las materias son fluidas, estas gotitas sobrenadan, se juntan las unas con las otras, aumentan de tamaño, constituyen grandes discos, que permanecen separados ó que

se reunen para constituir un anillo que se pega á las paredes de la vasija que los contiene; al cabo de un momento se vuelven traslucidos, se enfrian y se solidifican, tomando por sus aros y placas blanquizcas, el mismo aspecto que la grasa del caldo coagulada. Poco abundante bajo el estado natural, suele sin embargo presentarse en cantidades enormes; en algunos se podia recojer por cucharadas y su cantidad aumentaba ó disminuia en relacion con la alimentacion; en otros hubo verdaderas defecaciones de grasa líquida, el enfermo evacuaba bajo forma de chorros, grasa líquida únicamente. Este hecho, que tendria su explicacion solo en los casos de ingestion de grandes cantidades de aceites ó de grasas cuyo punto de fusion fuere enteramente muy bajo, ha sido observado sin embargo, en ocasiones en que se habia suprimido completamente la grasa en la alimentacion. Para dar una razon de ello en estos casos Friedreich dice: «Ahora bien: si en realidad la posibilidad de este hecho fuese comprobada por medio de exactas é indiscutibles observaciones, y si en tales casos se pudiera excluir cualquier error por parte del observador, ó toda mistificacion por parte de los enfermos, verdaderamente sería preciso admitir que además de las ingesta habia otra fuente de la cual, por lo menos en parte, pudiera proceder la grasa evacuada con las heces. ¿No se podria pensar entonces en la posibilidad de que en el rapido y pronunciado enflaquecimiento que muchas veces acompaña á las enfermedades del pancreas penetrasen en la sangre grandes cantidades de grasa líquida, células adiposas del organismo, y que esa sangre lipomatosa se descargará de una parte de su contenido ádiposo por los vasos de la mucosa intestinal.» (1)

Otras veces aparece la grasa bajo forma de pelotones mas ó menos grandes, de consistencia blanda, de color blanco ó amarillento, de aspecto semejante á la grasa der-

(1) Friedreich; Enfermedades del pancreas; en el tratado enciclopédico de Patologia Médica y Terapéutica de Ziemssen, tomo XIII, página 342. — (De la traduccion española del Dr. Vallina; 1890.

retida y luego enfriada. Estos pelotones son expulsados al mismo tiempo que el bolo fecal, ó bien separadamente y en seguida de este; observándose al final la salida, únicamente, de estas masas amarillentas. Su cantidad puede ser considerable; se han visto algunos casos en los que alcanzaban á uná libra diaria.

Generalmente se presenta la grasa bajo la forma de una capa, ténue, blanquecina, grisacea, que cubre la superficie de las materias fecales, dando á esa una igualdad, una uniformidad admirables y un aspecto argéntico. Esta capa está por constituida innumerables cristales de ácidos grasos, de grasa saponificada, y de grasa neutra bajo forma de pequeños globulillos. En los casos en que no hay icteria, se puede devolver á las heces su coloracion normal, disolviendo por medio del éter esta capa superficial. Su cantidad puede tambien ser considerable de vez en cuando; en algunos casos se podiá recojer la grasa raspando con una cuchara la superficie de las materias fecales; la capa envolvente en lugar de ser ténue, tenia una pulgada de espesor.

En el estado normal y sobre todo despues de la ingestion de grandes cantidades de grasa, se puede constatar fácilmente su existencia en las camaras; pero casi nunca llega á cambiar el aspecto de ellas.

En resúmen el valor diagnóstico de la esteotorrea no es absoluto: en los casos en que existe sola, sín icteria, y al estado natural, puede concedérsela una gran importancia, para la localizacion de la lesion; pero no para la determinacion de la naturaleza de esta. Cuando viene acompañada de icteria, su valor disminuye ó desaparece; solo su gran cantidad abogaria en favor de su orígen pancreático.

Los autores ingleses y varios alemanes atribuyen á Brigth, una interpretacion patogénica de la esteatorrea, que estuvo bien lejos de formular. Le hacen decir que la esteotorrea es debida á la ulceracion duodenal. Brigth observó tres casos en las que hubo cámaras grasosas y en

las que encontró en la autopsia, una gran ulceracion de la mucosa duodenal; pero se limitó á referir los hechos y no emitió teoría alguna (1). Ocupando la ulceracion cancerosa la ampolla de Vater tendria que producir fatalmente la esteatorrea; pues la ulceracion viene cuando el tumor se ha propagado hasta allí y se ha resblandecido, habiendo invadido todo lo que halló a su paso, conducto colédoco, pancreático y pared duodenal; pero cuando esto sucede los conductos escretores están ya comprimidos ú obliterados desde mucho tiempo antes, y como consecuencia suya existe ya la esteatorrea. Admitiendo á la ulceracion de la mucosa duodenal, como causa de las cámaras grasosas, estas tendrian que ser siempre un sintoma terminal.

Lipuria y Eliaturia. —El aparato urinario parece mantenerse indenme hasta el momento de la generalizacion del neoplasma. Los trastornos funcionales no figuran in el cuadro sintomático, sinó cuando el cancer ha invadedo alguno de sus órganos, ó los del aparato biliar; cuando esto sucede la secrecion urinaria no experimenta modificaciones que indiquen de una manera segura, la naturaleza de la causa ni su lio primitivo. Sin embargo, en algunos casos en que no hubo propagacion del tumor, se constató la presencia de grasa en la orina. La grasa se presentaba bajo la forma de pequeñas gotas, que sobrenadaban en la superficie libre de la orina. Líquidas en el momento de la emision, una vez enfriadas se coagulan formando placas, pelotones ó anillos, más ó menos blanquizcos, que flotan en la superficie del líquido, ó bien forman por el reposo una capa espesa y cremosa. Las orinas grasosas no tienen como las quilosas la apariencia de emulsion, sinó mas bien, se asemeja á la del caldo gordo. El color varía poco; sin embargo, puede ser lechoso ó azulado (Broconnot). La cantidad emitida en las 24 horas es la normal; la densidad no está aumentada, ni disminuida; el olor es soso ó amoniacal (Niemeyer).

Al microscopio se la vé bajo la forma de globulillos, de

grasa molecular ó de cristales de ácido estearico. El aspecto de estos globulillos es parecido al de los cristales de leucina de forma discoidea ó esferoidal, de color amarillento y de brillo grasoso, y pueden ser confundidos con estos. Se los distingue por la insolubilidad de los de leucina en el éter. Al exámen químico se ha encontrado: por Chevrenil, estearina y oleina; por Goldint Brid, un cuerpo graso butiroso; por Perret, grasa soponificada.

El valor de este síntoma es muy discutible. En primer lugar, se le encuentra en el estado fisiológico; en segundo lugar, se le encnentra en enfermedades de órganos que no tienen repercusion alguna sobre el pancreas y por último el cáncer no es la única afeccion pancreática que lo produce.

Hay una lipuria fisiológica ocasionada por la ingestion de grandes cantidades de grasa, y consecutiva á veces á la administracion terapéutica del aceite de bacalao ó de otros. Se la observa algunas veces en obesos sanos y en la gestacion. En diversos estados mórbidos la sangre se halla sobrecargada de grasa, que luego aparece en la orina. Se observa la lipuria en la diabetés, en las intoxicaciones por el mercurio, plomo, fósforo. óxido de carbono, esencia de trementina, etc., etc., en las afecciones hepáticas, atrofia amarilla aguda, fiebre amarilla, icteria, litiasis biliar, etc., etc.; en las supuraciones de larga duracion, caquexias, tumores malignos de otros órganos, afecciones crónicas de los huesos y articulaciones; en la blenorrágia, en la tuberculosis, y en los niños, en las más variadas enfermedades. En otro órden, la degeneracion grasosa del riñon, en el mal de Brigth, en la intoxicacion por el ácido crómico, etc., etc., produce tambien lipuria. Ebstein la ha observado en un caso de pionefrosis y la atribuye á la degeneracion grasosa de un coágulo fibrinoso. En casos de cistitis hemorrágica puede suceder lo mismo.

Por otra parte los hechos de lipuria observados en casos de cáncer del pancreas son poco concluyente. El de

Tulpius y el de Elliotson, en los que habia á más esteatorrea, no fueron seguidos de autopsia. El publicado por Clark, y citado como caso de lipuria, por Friedreich, Hum, Molliere, Labadie-Lagrave, Jaccoud y otros, no es verdaderamente de Lipuria; existía una gran fístula urinaria, la orina era emitida por el recto y como habia esteatorrea, se cargaba á su paso, de grasa, de la depositada en la pared rectal por el paso del bolo fecal abundante en grasas. Lo trascribo en la página 65, en el de Bowditsch, no se dice si el enfermo era ó nó, obeso ó diabético; estados que podian haber sido la causa del síntoma.

Esplicar como se produce la lipuria sin que haya degeneracion grasosa de los órganos, es bien difícil. Hasta ahora se la ha observado en casos de cancer del pancreas en que habia esteatorrea, y como este último fenómeno implica modificacion incompleta de las grasas, es decir, disminucíon de la cantidad de grasa absorvible, no se puede pensar que haya sido producida por el exceso en la sangre, de grasa absorvida en la superficie intestinal. Habria necesidad de pensar mas bien en una modificacion imperfecta y la no asimilacion consecutiva, ó esestender hasta el riñon la hipotesis de Friedreich, hasta ahora, limitada al intestino. Hablando de los casos de esteatorrea, en que persistia esta á pesar de la supresion total de grasas ó sustancias adipogenas en la alimentacion; dice «¿No se podría pensar entónces en la posibilidad de que en el rápido y pronunciado enflaquecimiento, que muchas veces acompaña á las enfermedades del pancreas, penetrasen en la sangre, grandes cantidades de grasa líquida, celulas adiposas del organismo, y que esa sangre lipomatosa se descargara de una parte de su contenido adiposo por los vasos de la mucosa intestinal?»

Como se ve, á la falta de precision hay que agregar que su patogenia no se ha esplicado, y que las hipótesis serian por ahora aventuradas. Su valor diagnóstico no puede, pues, ser menos que limitadísimo.

Icteria—La icteria crónica es frecuentísima; ha sido

observada en casi todos los casos de cáncer del pancreas.

Puede decirse que lo acompaña siempre. La íntima relacion del conducto coledoco con el de Wirsungá, la altura de la ampolla de Vater, y la contiguidad del duodeno con la cabeza del pancreas, hace que no pueda escapar á la compresion ó á la obliteracion, toda vez que el tamaño del pancreas está aumentado de una manera mas ó menos marcada. Su falta observada en rarísimos casos, que han servido á algunos autores para borrarla del cuadro sintomático, se esplica satísfactoriamente por las anomalías, poco comunes, del conducto colédoco en su última porcion. En efecto, asi como algunas veces penetra en el tejido pancreático mismo, encontrándose rodeado por completo por éste, otras se halla bastante alejado de la cabeza del órgano, yendo á desembocar aisladamente en el duodeno, á alguna distancia de la del pancreatico, hasta á 0,^{m} 06 en algunas ocasiones. La icteria se presenta generalmente desde los primeros tiempos de la invasion cancerosa, pudiendo, entonces, ser producida por las alteraciones del duodeno, consecutivas á los trastornos digestivos, que acompañan á la neoplasia desde el principío, ó á las inflamaciones ó á las intumescencias pasajeras del pancreas, y pudiendo desaparecer una vez pasadas estas perturbaciones para reaparecer definitivamente al poco tiempo, una vez que se hubiere establecido la compresion del coledoco por el tumor. Esta concepcion daría razon de estos casos de icteria fugaz, como el observado por Friedreich en un comerciante de 54 años de edad, en el cual la icteria se presentó acompañada de síntomas de dispepsia, duró solo algunos dias y volvió á los dos meses para no desaparecer mas. Producida por una causa fija, por la compresion que va en aumento, es tambien fija, permanente y progresiva; lo que la caracteriza es precisamente su tenacidad en ausencia de toda lesion hepática ú otra capaz de originarla. y esta pertinacia es justamente, lo que le dá un cierto valor diagnóstico.

Como consecuencia de esta icteria perenne, la decolora-

cion de las cámaras es *constante*, *total* y *uniforme;* la esteatorrea aparece claramente en esta época, sinó existia ya antes. Esta decoloracion *constante* y *total* de las materias fecales tiene un gran valor y permite la exclusion de algunas afecciones hepáticas que por la semejanza de algunos de sus síntomas vienen á dificultar el diagnóstico del cáncer del pancreas. Se dice que la icteria complica mas el caso y que embaraza el diagnóstico. En verdad, algunas veces sucede esto, porque llamando la atencion del médico, desde el primer momento, le desvía, llevándole á investigar preferentemente el estado del hígado, y, como á la larga puede producir alteraciones apreciables en este órgano, como el silencio sintomático del pancreas es á menudo absoluto, y como por otra parte, muchos de los síntomas del pancreas son comunes al higado tambien, el error es difícil de evitar.

La icteria, una vez que aparece, se mantiene hasta el último momento; sus variaciones en intensidad, en mas ó en menos, son poco notables; su marcha es progresiva. su intensidad, ascendente. El color de la piel, de la orina, la decoloracion de las materias fecales, etc., etc., de mas síntomas etc.; así como las modificaciones y trastornos que produce en el hígado y demás órganos, son los mismos que en los casos de simple icteria crónica por retencion. Solo mencionaré la hepatomegalia y la cirrosis-consecutiva, por ser las dos causas que frecuentemente inducen en error y hacen creer en la existencia de una cirrosishipertrófica primitiva. El aumento de volúmen del hígado, debido primeramente al estasis biliar y á las congestiones, puede llegar á ser enorme, su borde anterior puede sobrepasar varios traveses de dedos el reborde costal, y en la linea media llegar casi al ombligo; generalmente la vesícula está muy distendida y se la palpa con facilidad. En los casos en que la icteria ha sido prolongada, la hipermegalia hepática no es únicamente debida á la congestion permanente y al estásis biliar, sino á una verdadera proliferacion de tejido, à una neoformacion conjuntiva, á

una cirrosis secundaria; el aumento de volúmen del higado es considerable en estos casos; su borde anterior puede ser palpado próximo á la cresta iliaca. Esta modificacion del tejido hepático ha sido observada consecutivamente á diversas afecciones del pancreas acompañadas de icteria crónica; pancreatitis crónica, cálculos, tubérculos, tumores, etc., etc.; en una palabra, en los casos en que habia aumento de volúmen del pancreas, especialmente en todos los casos en que estando agrandada la cabeza del órgano la icteria habia sido intensa, continua y prolongada. De todo esto se deduce y es de gran importancia para el diagnóstico que, la hipermegalia hepática acompañada de icteria no siempre significa una cirrosis hipertrófica primitiva, y que cuando no va precedida, ni seguida por los otros síntomas ordinarios de esta, puede servir para fijar en el pancreas el sitio de la lesion causal, y, aun en la cabeza de éste, permitiendo asi una verdadera sutileza en la localizacion. Pero, como no solo en los casos de icteria por compresión neoplosica del coledoco se observa esta hepatomegalia y la cirrosis hipertrofica secundaria, se la observa tambien en los casos de *icteria catarral prolongada*, en algunos de litiasis biliar con obstruccion del coledoco ó del hepatico, etc., etc.; no se puede, pues, considerar al pancreas como único capaz de ocasionar la hipermegalia hepatica y la cinosis secundaria.

La concepcion patogenica de esta variedad de cirrosis hipertrofica no es nueva; ha sido emitida mucho tiempo há; pero sobretodo Lancercaux la ha sostenido brillantemente en sus «Leçons de Clinique Medicale a l'Hopital de la Piété»—1886-1890. «Las cirrosis ó hepatitis proliferativas constituyen un género que comprende tres especies particulares, teniendo cada una su personalidad. La historia de estas cinosis primitivas esta definitivamente fijada, ellos forman tres tipos absolutamente distintos.» «Como conclusion, llegamos á decir que no existen sino tres especies fundamentales de cirrosis, bien

definidas por sus causas, el alcohol, los microfitos del impoludismo, el virus sifilítico. Las otras variedades de induracion esclerosa del higado no pueden ser aproximadas sino artificialmente. La lesion primitiva, en efecto, es otra que la del tejido conjuntivo, es notoriamente la hiperemia pasiva, el estasis biliar.» «Es solamente por un abuso de lenguaje que se puede describir al lado de estos tipos patologicos, estados anatomicos diversos, resultantes de causas variadas y que solo se presentan á título de complicacion ó de lesion accesoria. Por este motivo las llamaremos cinosis secundarias.»

(Laucereax; loc. cit;) y Baumel agrega. (1) «Es asi que la icteria simple ó catarral, que la colecistitis y de una manera general la angiocolitis, me parecen ligadas á la existencia anterior ó actual, de una lesion inflamatoria del duodeno. ¿Quién sabe? ¡Talvez un dia se admitirá que la cirrosis hipertrofica, esta enfermedad tan poco conocida bajo el punto de vista de su etiologia, como de su patogenia, y que consiste en una proliferacion execiva... es ella misma susceptible de una interpretacion semejante! ¡Talvez un dia se admita que el alcoholismo, al que se acrimina como á una de sus causas principales, no obra en estos casos sino produciendo la gastro-duodenitis pasagera ó persistente, la cual, por su frecuente repeticion ó por su duracion ilimitada, determine por propagacion un estado inflamatorio de las diversas ramificaciones de los capilares biliares dando lugar á esta proliferacion exesiva de su epitelio y por consecuencia á todos los síntomas de la cirrosis hipertrofica.»

Camaras negruzcas—Cuando el tumor en su marcha invasora compromete la integridad de la mucosa duodenal, puede dar lugar á resblandecimientos y ulceraciones de ella. Estas ulceraciones son capaces de ocasionar hemorragias mas ó menos frecuentes, que segun su ma-

---

(1) Baumel. Pathologie des anexes; tomo II; páj. 318.

yor ó menor abundancia, pueden llegar á cambiár parcial ó totalmente el aspecto y composicion de las camaras. La presencia de sangre en las evacuaciones daria á estas un color negruzco, un color de alquitran, á causa de las modificaciones que sufre la sangre bajo la accion de los líquidos intestinales. Este color oscuro puede cambiarse en rojo oscuro ó en rojo mas claro, en los casos en que la hemorragia haya sido abundante y la evacuacion inmediata. Esta alteracion en color y aspecto de los heces se ha observado tambien en casos en que, á la autopsia no se encontró ulceraciones recientes ni cicatrizadas. En estos casos seria debido á las hemorragias intestinales, que sobrevendrian á causa de la compresion de los gruesos troncos venosos por el tumor. Este síntoma no hace sino complicar el diagnóstico, pues se le halla con frecuencia en el periodo terminal de muchas afecciones hepáticas y del estómago.

Melanodermia—La pigmentacion anormal de la piel fué observada por primera vez en las afeccionés del pancreas por Aran. En 1846 tuvo ocasion de observar, en una mujer que murió de tuberculos del pancreas, la coloracion negruzca de la piel. La pigmentacion cutanea fué tan marcada que de blanca que era se habia vuelto par duzca «mulata.» La coloracion era uniforme en todo el cuerpo; siendo un poco mas intensa en la piel de la cara. La autopsia demostró que el pancreas estaba destruido casi por completo por tuberculos resblandecidos. Jeni observó en 1850 un caso de cáncer del pancreas en el que la colocacion anormal se reducia exclusivamente á la piel de la cara. En la autopsia de este importante caso, tanto bajo el punto de vista fisiologico, como clinico, por la limitacion de la pigmentacion anormal á una sola rejion, no se menciona el estado del plexco solar, ni el de las capsulas suprarenales. Jaccoud la notó en un caso en el cual hubo á mas glycosuria temporaria; la autopsia reveló la existencia de un cáncer del estómago propagado al higado, el pancreas estaba indemne, el plexo solar

envuelto en una red de vasos y ganglios linfaticos cancerosos, los ganglios estaban abultados, suculentos, lardaceas y perturbaron seguramente el funcionamiento regular del plexco nervioso. Se observa generalmente la melanodermia como estado secundario, ya por irritacion, compresion ó alteracion de este plexo, en la caquexia, escrofulosa, tuberculosa y cancerosa. Su valor diagnóstico es insignificante; cuando mas serviria para denunciar la alteracion del plexo solar.

Diabetes—La presencia de glycosa en la orina no es rara en los casos del cáncer del pancreas y en las demás afecciones de órgano que producen su destruccion parcial ó total. En esta coincidencia, se ha pretendido el haber encontrado una relacion causal, y hallado, en ella, la prueba convincente del orígen pancreatico de la variedad de diabetes á la cual se ha llamado diabetes flaca. Sostenida con gran talento en el terreno clinico, por Lancercaux y Lepine, parecia afianzarse definitivamente en el campo esperimental, por el apoyo de las conocidas experiencias de Mering y Minkouski aceptadas generalmente como concluyentes; cuando las estirpaciones toales de las glandulas practicadas ultimamente por Dominico, han venido á demostrar que, la diabetes flaca no es sino poquisimas veces el efecto de la supresion de las funciones del pancreas ó de su destruccion. No debe pues concedersele la importancia que se ha querido darle, haciendola un signo patognomonico, debe mirarsela, cuando mas, como una condicion favorable para el diagnóstico. A mas de presentar glycosa la orina, se observa en el enfermo, algunas veces, todos los síntomas de la diabetes fiaca. Se puede observar su marcha comun y asi mismo sus complicaciones ordinarias.

Tumor. A pesar del enflaquecimiento marcado de los enfermos, no siempre es fácil constatar la existencia de un tumor. Por los medios comunes de exámen, se llega, à veces, ha encontrar el tumor y se consigue el localizarle en el pancreas. Se nota un tumor profundo,

situado al nivel del ombligo ó un poco mas arriba; duro, desigual, inmovil, doloroso á la presion y animado, algunas veces, de latidos isocronos con los del pulso y acompañados de un soplo claro y manifiesto. Esto último sucede en los casos en que el tumor comprime á la aorta, y ha sido á menudo la causa de de errores, haciendo creer que se tratara, de una verdadera aneurisma aortica.

Dolor. Este síntoma es sumamente variable, en su sitio y en su intensidad y duracion. Generalmente existe un dolor lento, gravativo, sujeto sin embargo á exacerbaciones, que se despierta siempre á la presion del epigastrio; otras veces es intenso, poncinante, paroxistico y con irradiaciones multiples. En el primer caso no deja de tener alguna importancia en la localizacion de la afeccion. Su sitio mas comun es el supra umbilical.

HISTORIA CLINICA DEL ENFERMO

OBSERVACION I

Cáncer prim. de la cabeza del pancreas. Enflaquecimiento prematuro; vómitos y diarreas pasajeras; pérdida de las fuerzas; dolor epigastrico; esteatorrea; icteria cronica; hepatalgia; cirrosis hipertrofica secundaria; meteorismo habitual; constipacion; emaciacion; muerte por coma. Autopsia. Marzo 6 de 1891 á Mayo 3 de 1891. (Observacion personal).

Santo Perez, de 46 años de edad, soltero, español, reside en el país desde hace 18 año; siempre se ha ocupado como labrador. Ingresó al servicio el 6 de Marzo de 1891. El padre murió de cólera, la madre sufría de jaquecas, el enfermo cree que vive aun y que goza de buena salud.

El enfermo, en su juventud tuvo una angina y padeció de jaquecos durante algunos años. No ha tenido sifilis; no es alcoholista; no ha tenido fiebres paludicas.

Decía haber sido completamente sano hasta el mes de Marzo del 1889, en el que notó que enflaquecia y

perdia sus fuerzas. A principios del siguiente mes de Abril, un dia, mientra trabajaba, sintió un profundo malestar; desde entonces se vió atacado con frequencia por diarreas, de camaras copiosas; acompañadas algunas veces por vómitos alimenticios. Las evacuacion eran muy poco dolorosas, estando constituidas en su totalidad por materias líquidas. Estas diarreas se presentaban sin causa aparente, sin que el enfermo hubiera cometido exceso alguno en la alimentacion; duraban dos ó mas dias, en seguida desaparecian para volver al cabo de una ó dos semanas. El enfermo tomó varios purgantes y se sometió á dieta, a fin de curarse de la diarrea, pero nada consiguió. El apetito se conservaba bien.

Alarmado por el rápido enflaquecimiento y por la apatía fisica que le invadía, comenzó á observarse minuciosamente. Como el trabajo le retenía alejado de la casa durante todo el dia, se veía obligado á defecar en la superficie libre del suelo; pudiendo así, hacer facilmente, repetidos y completos exámenes visuales de sus materias fecales, no tardó mucho en notar que la superficie de estas, en el momento de la evacuacion, presentaba una gran cantidad de puntitos brillantes, que no eran sinó pequeñas gotas de grasa, y que al cabo de varias horas, habiendose conservado en el estado líquido, por la accion directa de los rayos solares, ó por la elevada temperatura ambiente, estas pequeñas porciones de grasa, irregularmente esparcidas en la superficie de las materias fecales, corrían hácia la base de estas y reuniendose formaban al rededor de ella un verdadero anillo de grasa líquida, *una «sortija relumbrosa»*, segun propia espresion del enfermo. Así siguió, sin notar mayores novedades, hasta el mes de Octubre del mismo año, continuando con su rudo trabajo y perdiendo poco á poco sus fuerzas. El 17 del mismo mes de Octubre, sin que hubiese hecho ningun exceso de comida, tuvo un abundante vómito bilioso, que le produjó gran prostracion, «*que lo volteò*,» poco despues de pasado el vó-

mito, sintió un dolor en el hipocondrio derecho, al nivel de las falsas costillas. Esta puntada desapareció pocos horas despues de la aplicacion de una cataplasma, pero fué sustituida por un dolor en el epigastrio; dolor intenso y continuo que duró 8 ó 10 dias y que desapareció bajo la accion de un vomitivo y de un purgante que le administraron y de la de un vejigatorio que le fué aplicado. Desaparecido el dolor, la enfermedad siguió como antes; diarrea y vómitos, de cuando en cuando, y esteatorrea.

El enfermo principió á notar que la grasa le era sumamente indigesta, bastaba la ingestion de una pequeña cantidad para producirle una indigestion seguida de diarrea. Esto llamó muchísimo la atencion del enfermo; pues, muy afecto á las grasas, desde tiempo atrás, se veía obligado á privarse de este placer, sopena de una indigestion.

En el siguiente mes de Noviembre se presentó de nuevo el dolor epigastrico, pero menos fuerte y no era el mismo sitio, sinó un poco mas hácia el lado derecho. Este dolor era lento, casi continuo, sujeto á lijeras exasperaciones é irradiaciones hácia el flanco derecho; se mantuvo hasta el último dia, con pocas intermitencias y disminuyendo en intensidad. A principio del mismo mes de Noviembre, el enfermo observó que sus materias fecales tenían un color ceniciento, decía, dudando, que ya antes se habían presentado así algunas veces. A fines de Noviembre notó, por primera vez, que sus ojos y la piel tomaban un tinte amarillo; que fué acentuándose cada vez mas y que ha persistido con pequeñas variaciones, en mas ó en menos. La decoloracion de las materias fecales ha sido desde entonces constantes. Poco despues de haberse pronunciado la icteria, se presentó un nuevo dolor en el lado derecho, al nivel de las falsas costillas, en la línea axilar. Este dolor débil y discontinuo al principio, siguiendo una marcha opuesta á la del epigastrico, una marcha ascen-

dente, se volvió en los últimos tiempo intenso y permanente, llegando á sustituir casi por completo á aquel. Desde el comienzo de la icteria el cabello cayó en abundancia.

Así continuó, sin nuevos trastornos, durante el año de 1890, y hasta su ingreso en el servicio del Dr. Wernicke, en el mes de Marzo de 1891. Las diarreas y vómitos se hicieron raros, siendo reemplazados por la constipacion. La icteria y decoloracion de las heces, cada vez mas acentuadas. El dolor epigastrico disminuia hasta el punto de hacerse sentir casi solo á la presion. La hepatalgia aumentaba. El enflaquecimiento y la pérdida de las fuerzas cada dia mayores.

Exámen del enfermo en el dia de su ingreso, el 6 de Marzo de 1891 — El enfermo es de pequeña estatura; sus cabellos y barba encanecidos ya, le hacen representar mayor edad. La piel de color amarillo verdoso, más marcados en las partes en que forma pliegues, presenta en la parte inferior del abdomen y superior de los muslos, una coloracion algo diferente á la que se observa en el resto, el tinte es mas oscuro, como si existiere una pigmentacion anormal y uniforme. El cuero cabelludo es de color ceniciento parduzco; los cabellos poco abundantes, permiten ver fácilmente la coloracion de aquel. Las conjuntivas amarillentas, pero en menor grado que la piel. La piel, seca, aspera, en partes es pulverulenta, El paniculo adiposo muy poco apreciable, músculos laxos, adelgazados; esqueleto poco desarrollado. El torax no presenta ninguna deformidad en su conformacion, el abdomen uniformemente distendido por gases intestinales. Se notan en el epigastrio y en el hipocondrio derecho, huellas de repetidos causticos. No hay edema en los miembros. Las venas no estan dilatadas, La respiracion es tranquila; el pulso regular, de tension casi normal; arteria radial algo flexuosa y ligeramente dura. Puede caminar y permanecer de pié largo tiempo sin sentir molestia alguna; el apetito se conserva; no

tiene diarrea; no hay insomnio. Aunque dice que no sufre, tiene la conviccion de estar gravemente enfermo; su aspecto revela una estrema demacracion, y sus hábitos demuestran un profundo abatimiento.

Al exámen físico, los pulmones parecen completamente sanos; el corazon no ofrece casi nada de particular, el segundo ruido en el foco aórtico, es un poco sonoro; á la percusion, la aorta no parece dilatada, el pulso es normal, su frecuencia, ritmo, tension, regularidad y amplitud, son fisiológicas; las radiales algo duras y flexuosas.

La matitez hepatica absoluta principia: sobre la línea esternal derecha, al nivel del borde inferior del 5° cartilago; sobre la linea paraesternal, al nivel del borde superior del 6° cartilago costal; sobre la línea mamilar, al nivel de la 6° costilla; sobre la axilar, al nivel de la 7ª costilla, y al nivel de la 9ª costilla, sobre la línea escapular; termina á dos traveses de dedo, poco mas ó menos por debajo del reborde costal. En la línea axilar izquierda, no se consigue á la percusion ni la mas ligera módificacion del sonido percutorio normal.

La percusíon y palpacion del pancreas no dan dato alguno; el abdomen está uniformemente distendido; ejerciendo una presion algo fuerte, sobre la línea media, entre el ombligo y apendice sifoides, se despierta un dolor poco intenso que se disipa en seguida. Igual cosa se consigue con la presion en el hipocondrio derecho.

No hay ni ascitis, ni edemas, ni circulacion venosa complementaria.

Nunca ha tenido salivacion, la boca está generalmente seca, la lengua sucia, blancuzca. Tiene buen apetito, las digestiones no son penosas; hace algun tiempo que han desaparecido los vómitos y las diarreas, hay mas bien constipacion; las evacuaciones tienen lugar cada 36 ó 48 horas.

La orina examinada el dia 7 presenta un color rojo pardo á la luz directa y un color verdoso á la luz refleja-da (en el dia anterior el color era verde oscuro), canti-

dad: 1100 c. c.—reaccion acida- densidad 1,016—urea 20,06 gramos por litro—con el reactivo de Gmelin da los anillos característicos (uno verde intenso); no hay sedimento; algunas celulas epiteliales en suspenacion; no contiene albumina, ni glycosa, ni grasa.

Las materias fecales de consistencia regular, son decoloradas; su superficie es enteramente uniforme, no presenta la menor desigualdad, parecen como moldeadas y bruñidas; su color es blanquecino, gris de plata; al microscopio se ve que hay gran cantidad de pequeñas gotitas de grasa, gran número de cristales de acidos grasas y de jabones y fibras musculares sin notables modificaciones; se notan tambien hacecillos de fibras que conservan sus estrias trasversales. El olor fecal de estas deposiciones es poco marcado. Nunca ha tenido vómitos en ayunas, ni hematemesis, ni melena.

El rápido enflaquecimiento, á pesar del buen apetito, las diarreas *inmotivadas*, el dolor epigastrico, la esteatorrea, la pertinacia de la icteria, etc. etc., y la imposibilidad de encontrar en el higado, que apenas está agrandado; la causa de estos trastornos, nos hizo sospechar la existencia de un cancer del pancreas, El enfermo fué sometido á dieta lactea, tonicos reconstituyentes, ejercicios moderados, alcalinos y se administra de vez en cuando un purgante.

Asi continua, sometido á este régimen, hasta fines de Marzo, sin sentir mejoria ni agravacion, La diuresis aumenta; la orina en cantidad de dos litros por dia, es de un color menos verdoso, no contiene ni albumina, ni glycosa. En esta época la leche le repugna, y pide se le dè la alimentacion ordinaria. En vista de la repugnancia que le causa la leche, del rápido progreso del enflaquecimiento, y de la incurabilidad de su afeccion, se accede á su solicitud. Sus comidas se componen de carne de vaca, de pescado y de gallina, de huevos, grasas, legumbres, feculas y frutas. Come con apetito, sobre todo las grasas, con placer.

Por via de esperimentacion se le administra el dia 2 de Abril, 80 gramos de glycosa, y el 4 y 5 respectivamente, 100 gramos de dextrina, y á pesar de no haberse suprimido las feculas en la alimentacion, la orina no contiene glycosa.

La emaciacion se acentua cada vez mas. El opetito se conserva. En una que otra noche la temperatura sube á 39° para bajar a la normal en la mañana siguiente. El 14 de Abril se declaró una abundante diarrea, que es efizcamente combatida con el láudano y con subnitrato de bismuto. El volumen del higado ha aumentado mucho, sobrepasa 4 traveses de dedo el reborde costal. Desde hace algunos dias el enfermo se queja de un dolor en el costado izquierdo, que se produce siempre que se acuesta sobre ese lado; el exámen del torax no revela ninguna alteracion orgánica que lo esplique; desaparece espontáneamente á los pocos dias. Desde el 11 de Abril las oxilaciones termicas son más amplias; se administra quinina y luego naptol B, sin resultado.

El 24 de Abril el distinguido Dr. Julio Mendez estudia detenidamente al enfermo y le toma como caso para una de las brillantes conferencias de su curso libre de Clinica Médica.

Hé aqui el resúmen del exámen practicado Por el Dr. Mendez:

Coloracion amarilla, general á la piel y conjuntiva, pulmones normales. En la base derecha la auscultacion de la voz es algo exajerada.

Corazon: no ofrece nada de particular, salvo una lijera acentuacion del 2° ruido en el foco aortico. Pulso regular, igual, tension casi normal; arteria plexuosa y endurecida.

Abdomen difusamente abultado; notandose aumento de volumen en el lado derecho.

Higado: la matitez absoluta comienza al nivel del borde superior de la 6ª costilla en la línea mamilar; en la linea axilar, al nivel del borde superir de la 7ª costilla; por

abajo termina á seis traveses de dedo del reborde de las falsas costillas. A la palpacion se siente el borde del organo, sobre la linea mamilar, á la altura de la linea umbilical; en la linea axilar esta un poco mas elevada, en la línea media el descenso no es tan exajerado.

Bazo: en la linea axilar izquierda á la percusion, entre la 8ª y 11ª costilla se consigue percibir apenas, una debil alteracion del sonido percutorio.

A la palpacion y percusion no se nota en el abdomen la presencia de tumor. La presion sobre el epigastrio es ligeramente dolorosa, en el flanco derecho provoca un fuerte dolor.

El enflaquecimiento y la pérdida de las fuerzas aumentan de una manera alarmante; sin embargo, no pierde el apetito, ni su inclinacion hacia las grasas.

El 1º de Mayo á las 5 a. m., el enfermo, que sufre de diarrea desde el dia anterior, se levanta y va á la letrina, la deposicion es copiosisima; al regresar á su cama, cae al suelo sin conocimiento. A las 7 a. m. tiene ciento veinte pulsaciones, cuarenta respiraciones y 39° 3; no contesta á las preguntas que se le dirije. A las once am. no se nota casi el pulso; se le hace una inyeccion hipodermica de eter y se consigue con esto levantar algo el pulso. A las doce m. el enfermo vuelve en sí, pide agua y bebe vino; se queja de ardor y dolor en el estómago. Por la tarde tiene un vomito de materias negruzcas, de olor muy ácido. A las tres p. m. hay 112 pulsaciones, 44 respiraciones y 39° 9; el enfermo goza por completo de sus sentidos y dice encontrarse bien; suda abundantemente. A las diez p. m. cae nuevamente en coma. A las cinco a. m. del dia 3, tiene un vómito negruzco y enseguida muere.

Marcha de la temperatura, pulso etc, etc. en los dos últimos dias.

Temperatura	**el**	**1°**	**35°**	**5**	**a.m.**	**37°**	**6**	**p.m.—el**	**2**	**39°**	**3**	**a.m.**
Pulso			**80**	»	»	**84**	»	» —		**120**	»	»
Respiracion			**30**	»	»	**32**	»	» —		**42**	»	»
Orina		**2200 cc.—**			**6, 39 o/oo de úrea.--**				**1500. cc--**			**18,00 o/oo de úrea.**

Temperatura	**39°**	**9**	**p m°**									
Pulso	**112**	»	»									
Respiracion	**44**	»	»									
Orina												

Autopsia practicada por el Doctor. T. Susini, el 4 de Mayo.

«Santos Perez — fallecido el 3 de Mayo en el Hospital de Clinicas, Sala 9ª Nº 21,

Diagnostico clinico — Cáncer primitivo de la cabeza del pancreas propagada á la ampolla de Vater. Cirrosis hipertrofica secundaria.

Diagnostico necropsico — Icteria generalizada; ligero edema del cerebro; edema pulmonar; adherencias del pericardio; cirrosis hipertrofica biliar, dilatacion del estómago y catarro crónico del mismo; cáncer primitivo de la cabeza del pancreas ó de la ampolla de Vater.

En mal estado de nutricion, enflaquecido. Color amarillento en la piel y conjuntiva. Rigidez persistente en todos los miembros.

Liquido encefalo raquideo; amarillento lijero edema del encefalo.

En la laringe se encuentra un líquido espumoso y que cubre igualmente la traquea y los bronquios. Hipostosis de todo el lóbulo inferior, y parte posterior del lóbulo superior del pulmon izquierdo, con edema considerable. Hipostasis de los lóbulos inferior y medio, y de la parte posterior del superior en el pulmon derecho; edema del lóbulo superior, al corte sale un líquido espumoso; ligero enfisema del borde anterior de ambos pulmones.

Pericardio de color amarillo verdoso, con adherencias completas al corazon, pero fáciles de desprender. Corazon con sobrecarga grasosa; el ventrículo izquierdo contiene gran cantidad de sangre coagulada, de color oscuro; el ventrículo derecho solo contiene un coágulo fibrinoso amarillento. Ateromacia de la aorta, con algunas placas calcáreas.

Higado de mayor volúmen, superficie lisa, de color verdoso. A la superficie del corte se notan los canalículos biliares dilatados, conteniendo bilis; los acini marcados y de coloracion amarilla verdosa. A la superficie del corte sale de los vasos portas un liquido espumoso, se-

mejante á pus mezclado con saliva. La vesícula biliar se encuentra distendida y contiene mucha bilis de poca densidad. Igualmente distendidos los conductos cístico, hepático y colédoco; por presion no se consigue hacer pasar bilis al intestíno.

Bazo un poco mas grande que en el estado normal, siendo reciente este aumento de volúmen, pues la cápsula se halla en algunos puntos sumamente adelgazada.

Proliferacion de tejido conjuntivo asemejando pequeños tumores.

Riñones grandes, rojos; la cápsula se desprende con facilidad, dejando la superficie lisa del riñon,

Estómago grande, interior ligeramente mamelonado; presenta pequeñas crosiones hemorrágicas en la vecindad del cardias y del piloso.

El pancreas duro y grande, presenta á la superficie del corte en sus cuatro quintas partes, el tejido igualmente indurado y con ectosias considerables de los canalículos; se encuentra alli un líquido amarillesco, semejante al que se encontró en el hígado. La cabeza del pancreas, que forma cuerpo con el duodeno, muy aumentada de volúmen y perdida su estructura glandular; presenta una pérdida de sustancia, desigual, anfractuosa; que comprende tambien una parte del duodeno; la cabeza hace eminencia en la cavidad de este. De la superficie del corte de esta masa sale por el raspado un líquido lechoso; el conducto colédoco se halla destruido en parte y obstruido en otra; con el pancreático sucede lo mismo.

En los intestinos se encuentran materias de coloracion lechosa. »

Segun el exámen microscópico practicado por el ayudante de Anatomía Patológica, señor J. Badía, sobresaliente estudiante del 5° año de Medicina, el tumor es un cáncer escirro. Limitado primitivamente á la cabeza del pancreas, ha interesado en seguida la pared duodenal; la infiltracion neoplásica de esta es manifiesta.

OBSERVACION II

Cáncer prim. del pancreas — Enflaquecimiento rápido; vómitos; diarrea; dolor epigástrico; tumor pulsátil en el epigastrio; anorexia; muerte por caquexia. Autopsia — Diciembre 22 de 1882 al 20 de Enero de 1883. (Doctor O. Hernandez; Contribucion al estudio de los pseudo-plasmas del pancreas; tesis inaug. 1884.)

Juan Iriarte, español, jornalero, 62 años de edad; fué conducido al Hospital de Clínicas el 22 de Diciembre de 1882 y murió el 20 de Enero de 1883.

Antecedentes hereditarios buenos; individuales ninguno. Decia haber sido fuerte y robusto y que la enfermedad le habia aniquilado; en los primeros meses se vió, ya, imposibilitado de trabajar; tal era el enflaquecimiento.

La enfermedad comenzó seis meses antes de su ingreso al Hospital, por vómitos, diarrea y fuertes dolores en el abdómen. A su ingreso al servicio, la demacracion era extrema, «no podia permanecer de piè ni un momento». Los vómitos habian desaparecido, lo mismo la diarrea, siendo esta sustituida por una constipacion tenaz y habitual, «las deposiciones se hacian cada dos ó tres dias con el auxilio de enemas, no habiendo nada que nos llamara la atencion». El dolor epigástrico era intermitente, intenso y en cintura. Se negaba á tomar alimentos. Al exámen físico se encontró en la region epigástrica «un soplo intenso y una expansion manifiesta»; en los demás órganos nada se notó. De acuerdo con el Dr. Peralta se diagnosticó, aneurisma de la aorta abdominal; se instituyó un régimen reconstituyente y se le administró diariamente diez centígramos de sulfuro de potasio, y dos de digitalina, y de vez en cuando una inyeccion hipodérmica de morfina; mas tarde se le dió amargos, vino, ácido clorhídrico y peptonas. «Murió consumido 28 dias despues de su entrada.»

Autopsia—Gran tumor, duro y desigual, que interesaba todo el pancreas; solo se reconocia una pequeña por-

cion de la cola; la aorta estaba íntimamente adherida á él; fué imposible separarla; no existia dilatacion en ella.

Diagnóstico necrópsico: cáncer primitivo del pancreas. «El pancreas completamente degenerado, no conservaba ni vestigios de estructura glandular; todo habia sido invadido por el neoplasma. El canal coledoco estaba permeable».

OBSERVACION III

Cáncer prim. del pancreas—Demacracion; dolores epigástricos intensos; flebítis de los miembros inferiores; edema de los mismos; soplo y tumor epigástrico; icteria; muerte por marasmo. Autopsia. (Dr. O. Hernandez; loc. cit.)

Andrés Rodriguez, español, de 41 años de edad, casado, jornalero.

«Este enfermo de un carácter agriado por los padecimientos, habia recorrido todos los hospitales, siendo despedido por sus eternas peleas y sobre todo, por no encontrarle enfermedad que justificara la ocupacion de una cama, que tantos otros necesitaban».

El 17 de Julio de 1883 ingresó por tercera vez al Hospital de Clínicas. Presentaba una flebitis de los miembros inferiores y se quejaba á más de dolores epigástricos. La temperatura era de 31°, sed intensa y anorexia.

Debido á un tratamiento adecuado se consiguió curar la flebitis en pocos dias; persistiendo, sin embargo, un edema bastante apreciable.

El exámen detenido de todos los órganos reveló, tan solo, un débil soplo en la region epigástrica, «sin expansion ni tumor». Orina normal.

La demacracion, pronunciadísima desde su entrada, fué en aumento, á pesar del régimen fortificante, al que fué sometido. «Los dolores abdominales seguian siendo cada vez más intensos. El enfermo decia que tenia cuchillos que le despedazaban las entrañas». Tuvo diarrea una

sola vez. El soplo aumentando en intensidad se volvió «característico». Gracias al enflaquecimiento su mo, se llegó á «comprobar la existencia de un tumor animado de expansiones isocronas con las del pulso». Se diagnosticó; aneurisma de la aorta abdominal. Ocho dias antes de morir, «el enfermo se puso rápidamente ictérico y se notó un pequeño aumento del hígado, y la demacracion se hizo tal, que el enfermo apenas podia moverse». Muere el 8 de Octubre del mismo año.

Autopsia.....«el pretendido sacó aneurismátíco que no era mas que un cáncer del pancreas. El tumor no estaba esta vez limitado á la glandula, se propagaba hácia el higado, comprendiendo tambien al canal colédoco, duodeno y aorta; esta última estaba rodeada por la produccion morbida.»

Nota — En la primera observacion no se dice, si se practicó ó no analisis de la orina; en la segunda observacion no se menciona el aspecto, ni la composicion de las materias fecales.

OBSERVACION IV

Càncer prim. del pancreas.— Enflaquecimiento; dolor epigastrico; dispepsia; perdida de fuerzas; dolor intestinal; edema del miembro inferior derecho; congestion hepática; anorexia; disnea; muerte por marasmo. Autopsia. —Julio 9 de 1884 á Octubre 21 de 1884. (Dr. M. T. Podestá. *Memorie cenni clinici*, Ospedale Italiano, 1884),

Sala Alberto, italiano, 32 años de edad, soltero, bronzista. Antecedentes hereditarios, ninguno; individuales, buenos; solo había tenido una blenorragia algunos años antes.

Entró al Hospital Italiano el 9 de Julio de 1884. «Se quejaba de dolor al estómago, y mas que dolor, de dificultad de digerir....nos encontrabamos en presencia de una dispepsia que le molestaba desde tiempo atrás,

y que, como deciamos, si no le faltaba la fuerzas fisica para soportar la fatiga, le faltaba toda voluntad para trabajar. Practicando un exámen minucioso, no conseguimos constatar sinó esta dispepsia. Los otros síntomas, como la anemía y algunos dolores vagos de los que se quejaba, nada ofrecían de especial; y sin embargo, había en el aspecto del enfermo algo que llamaba la atencion á primera vista y que hacía sospechar una afeccion de mayor importancia.

Se prescribe régimen lacteo, pepsina y pancreatina. Bajo este tratamiento el enfermo mejora algo, recupera un poco sus fuerzas perdidas. El dolor solo existe á la presion en el epigastrio. Así se mantuvo durante un mes y medio; al cabo de los cuales se presentó bruscamente un intenso dolor en la region costal izquierda, en la parte media del tercer espacio. Este dolor cede á dos inyecciones hipodérmicas de morfina. El dolor epigástrico se vuelve mas intenso y con irradiaciones hácia el flanco derecho.

A pesar de que se le somete á un régimen reconstituyente y que la dispepsia no hace progresos, el enflaquecimiento y la pérdida de fuerzas son mayores.

En los primeros dias de Octubre aparece en el miembro inferior derecho un edema que se extiende hasta el flanco del mismo lado. A los pocos dias la fosa iliaca derecha y el flanco correspondiente se vuelven dolorosos á la presion y luego aparece una coloracion rosada «y una verdadera inflamacion se presenta con todo el carácter de las afecciones flemonosas.» El vientre se timpaniza; el hígado aumenta de volúmen, sobrepasa dos centímetros el reborde costal y se manifiesta, de tiempo en tiempo, una dísnea intensa. La anorexia y la disnea progresan cada vez mas; el apetito se pierde completamente, rechaza los alimentos.... «y así lentamente consumido muere el enfermo el 23 de Octubre.»

Autopsia --«Solo la autopsia podia revelar claramente

la alteracion que producia un cuadro sintomático tan caprichoso; ya que del exámen práctico habia sido imposible fundar un diagnóstico seguro.» Abierto el abdomen se encuentra un cáncer del pancreas..... «que habia invadido completamente el órgano, sin propagarse á las vísceras vecinas.»

Nota.—En esta observacion no se dice si se practicaron análisis de la orina, ni se hace mencion de la naturaleza de las heces.

OBSERVACION V

Falsa lipuria; esteotorrea;enflaquecimiento rápido, hepotalgia; cirnosis secundaria. Autopsia. (Clark. Archivo gen. de medicina 1851. IV série tom. 27, páj. 81.)

Mujer de 57 años de edad; á fines de Setiembre de 1850 se apercibe que la orina contiene masas de una sustancia amarillenta, grasosa, semejando por su color, consistencia y aspecto á manteca amarilla; esta sustansia flotaba en la orina formando pequeños grumos. El enflaquecimiento, dolores vivos en el hígado. Examinada, resulta tener una fístula urinaria (rectal) de manera que la grasa provenia de la que arrastraba la orina en su paso por el recto. Las cámaras son decoloradas, fétidas; las orinas raras, fuertemente coloreadas. Arrojaba 3 á 4 onzas de grasa por dia; la grasa forma una costra sobre las heces una vez enfriada. Se diagnostica una áfecccion del pancreas. Muere el 7 de Febrero de 1851. A la antopsia se encuentran tubérculos pleurales y derrame poco abundante á la izquierda; degeneracion grasosa del corazon; se encuentra un pequeño tumor del tamaño de un huevo de gallina, envuelto en un tejido grasoso, entre la parte izquierda del estómago, parte superior del bazo, adherido á la extremidad del pancreas; este pequeño quiste encerraba «un líquido chocolate oscuro», «el pancreas estaba completamente trasformado en materia grasa, sin nin-

guna traza de su organizacion glandular». El hígado ofrece un comienzo de cirrosis, vesícula biliar pequeña, conteniendo poca bilis, y dos cálculos; el coledoco permeable y dilatado se puede introducir el dedo pequeño por el duodeno. Fué imposible encontrar el orificio del conducto pancreatico, completamente abrazado por una masa calcárea, de forma irregular, rugosa y de un blanco lechoso. Siguiendo este conducto á partir del pancreas se pudo reconocer que termina en de saco. Segun todas las probabilidades el cálculo formado por carbonato de cal y de fostafato de cal, se habia encajado en el canal pancreatico y se habia detenido próximo al duodeno, en donde habia producido un trabajo mórbido cuya consecuencia fué la obtiteracion». (1)

NOTA — Este caso ha sido citado por varios autores como caso de cáncer del pancreas y de lipuria.

Diagnóstico diferencial

Despues de conocer la historia clínica de nuestro enfermo, habreis comprendido cuán difícil era sentar un diagnóstico fundado. Los síntomas y signos que presentaba al ingresar al hospital, parecian significar, tan solo, una icteria simple, que cederia pronta y fácilmente á la dieta y á los alcalinos. Esta interpretacion clínica los esplicaba satisfactoriamente; sin embargo, habeis visto que se trataba nada menos que de un cáncer, y de un organo profundo. Tan solo la filiacion cronológica de los trastornos funcionales anteriores, observados por el mismo enfermo, podian inducirnos á desconfiar de la sencillez aparente del caso.

El estudio detenido de cada uno de esos síntomas iniciales y la rigurosa discusion de las causas que podian haber producido la sucesion observada en ellos, nos lle-

---

(1) Puede leerse la obsorvacion original en The Lancet—Agosto 1851.

varon á creer que se tratara de un cáncer y á sospechar que éste fuera del pancreas. La marcha ulterior de la enfermedad, facilitando la exclusion de las numerosas afecciones que presentan una sintomatologia semejante á la de éste, nos permitió fortalecer nuestro diagnóstico primitivo,

Recordareis que lo que primeramente llamó la atencion de nuestro enfermo, fué el enflaquecimiento y la pérdida de las fuerzas. Enflaquecimiento y debilitamiento súbitos é inmotivados; no existe estado mórbido alguno que los justifique; come en abundancia, duerme bien, no trabaja en exceso, no ha cometido abusos de ninguna naturaleza; sin embargo, en pocas semanas, pierde en peso varios kilos y siente que sus fuerzas disminuyen; luego aparecen raros vómitos y diarreas pasageras. Esto último que implica un catarro gástrico ó duodenal, no puede tomarse como única causa del enflaquecimiento tan notable; antes por el contrario, despierta una sospecha. Trousseau dice: «Desconfiad de las dispepsias que sobrevienen en personas que han pasado los 45 años de edad» y la esperiencia de ulterior de todos los clínicos ha demostrado cuán fundado es este temor. Mas tarde se presenta un dolor en el epigastrio, que dura varios dias y desaparece para volver enseguida. Entre tanto el empobrecimiento orgánico toma proporciones alarmantes, sin que ningun trastorno funcional serio lo justifique, la energia física está casi agotada, y sin embargo, el apetito se conseva y no hay sufrimientos ¿Cual es la causa de esta destruccion silenciosa del orgánismo? Como no ha tenido hemorrgias, ni supuraciones prolongadas, ¿habria que pensar en una anemia perniciosa progresiva? Pero el enfermo no ha estada sometido á las causas deprimentes que origina esta afeccion; al contrario, ha llevado una vida tranquila, exenta de privaciones y de emociones despresivas, su trabajo le retenia todo el dia al aire libre; no hayni las perturbaciones nerviosas de la anemia de Biermer, ni sus hemorragias retinianas,

ni epitæxis, ni patequias, ni anorexia, ni ninguno de sus otros síntomas; hay enflaquecimiento marcado en lugar del engrosamiento hipotrofico de la anemia perniciosa.

¿Se trata del mal de Addison? Seguramente no. La melanodermia astenica es casi siempre secundaria. La debilidad general y la apatia fisica vienen lentamente, en años y no en tres meses como en nuestro enfermo; existen generalmente dolores dislacerantes en los hipocondrios y dolores articulares que alcanzan á tener gran intensidad. Si bien los trastornos digestivos presentan alternativas de alivio y agravacion, como en nuestro caso, estan en la astenia suprarrenal, bajo la inmediata dependencia de la ingestion de los alimentos; es enseguida de esta que se observa la sensacion de plenitud, acompañada de eructos, de nauseas y á veces de vómitos violentos. Ademas, estos desarreglos son interrumpidos por largos períodos dé mejoria, de acalmia. En fin, cuando la enfermedad está avanzada, los trastornos circulatorios, la agravacion de los digestivos sin ocasionar icteria cronica, la pigmentacion anormal de la piel y los temibles sítomas nerviosos, haciendo imposible la confusion, nos habrian librado de caer en ella.

Una vez que nos demostramos la incompatibilidad de estas dos afecciones, con el conjunto sintomatico observado en el enfermo, pensamos si el catarro gastrico primitivo no podia ser la causa única de él; pero si bien es cierto que la gastrítis cronica produce, ella sola, apatia física y enflaquecimiento progresivo; sucede esto paulatinamente, y va acompañado de otros trastornos digestivos, que no se observaron en nuestro caso; no hubo vómitos matutinos, las digestiones se hacian facilmente; y si bien podia hallarse en ella la razon de algunos de los sintomas que se presentaron despues, icteria cronica y hepatomegalia consecutiva, no ocurria lo mismo para con la esteatorrea, el dolor supraumbilical, etc. Amas, cuando ha durado algun tiempo, trae engrosamiento y amamelonamiento de la pared estomacal, y este aumento de espesor se reconoce

á la palpitacion, por una induraciondifusa ó ligeramente momelonada de la region que corresponde al estómago, y ála persecucion por una alteracion del sonido normal. En fin teniendo en cuenta la recomendacion, de Trousseau le negamos toda prioridad.

Desembarazados de la anemia de Biermer, y de la melanodermia, por sus sintomas diferentes y del catarro gastrico por su insuficiencia ¿que enferdad quedaba á la cual pudieramos recurrir? Quedaba únicamente el cáncer visceral. En efecto, las demas afecciones, de las cuales me ocupo en seguida, venian á complicar el diagnostico, por sus sintomas y determinaciones morbidas, semejantes tan solo á las que presentó nuestro enfermo en su último periodo.

En favor del cáncer teniamos la edad; el extraordinario enflaquecimiento, y la perdida de las fuerzas sin grandes perturbaciones digestivas; el dolor fijo, espontaneo, susceptible de aumento ó disminucion en su intensidad; la sequedad de la piel, su apariencia de pergamino, la pérdida de su elasticidad, y segun su localizacion, todos los demas sintomas.

Una vez aceptada la posibilidad del cancer viceral, aunque encontrabamos en su ubicuidad, la facil y completa esplicacion de los fénomenos morbidos observados en todo el curso de la afeccion, era nuestro deber el tratar de fijar su sitio primitivo é investigar la existencia de sus acostubradas invasiones secundarias.

La sintomatologia general implicaba un cáncer de la parte superior de la porcion infradiafracmatica del tubo digestivo ó de sus anexos abdominales.

De todas estas localizaciones posible, aquella cuyos sintomas estaban mas en acuerdo con las que se notaron en el paciente, era la del pancreas.

El aspecto del enfermo y los trastornos iniciales, despertaban la idea de que el pancreas fuera el organo atacado por el neoplosma, y que la cabeza fuera el sitio de él. Emaciacion próxima á la caquexia, tinteicterico; fal-

ta completa de paniculo adiposo, abatimiento rayano al marasmo; tal es su aspecto. Enflaquecimiento y pérdidas de fuerzas; vomitos aliménticios raros; diarreas efimeros. de camaras poco dolorosas, copiosas, claras, aserosas; conservacion del apetito; esteatorrea; constipacion; dolor supraumbilical; tales son sus sintomas iniciales. Los signos y síntomas terminales robustecian nuestra suposicion. En efecto, la icteria que sobrevino en el mes de Noviembre podia ser la consecuencia del crecimiento del tumor y de la compresion del conducto colédoco; en lugar de ser una complicacion para el diagnóstico, era más bien una condicion favorable, por su aparicion tardia, por su tenacidad y por su intensidad progresiva; su ausencia nos habría privado de un síntoma casi seguro. La hipermegalia hepática y la hepatalgia eran sus consecuencias, y, si bien es cierto que, esta hepatomelogia y todo el complexo sintomático mismo, podia ser el resultado de una cirrosis hipertrófica primitiva del hígado, esta nueva concepcion patogénica, aunque verosimil, no nos hizo abandonar nuestro modo de pensar; porque, por lo pronto, había en contra de ella una presuncion racional, la frecuencia de la cirrosis secundaria en los casos de icteria perenne como en el nuestro, y una razon poderosa, la presencia de grasa en las evacuaciones, antes de que hubiera el mas ligero trastorno del lado del hígado; lo cual implicaba la preexistencia de una causa capaz de producir la esteatorrea, sin la cooperacion del aparato biliar. La ausencia de tumor, era tambien favorable á nuestra hipotesis; pues rara vez se le nota á la palpacion y á la percusion. La falta de glycosuria no influyó en nuestro ánimo, porque se ha exagerado su valor diagnóstico; solo se la constata en la tercera parte de los casos, y aun, segun algunos, en ningun caso. A la sialorrea, á los vómitos grasosos, á los vómitos de jugo pancrático, y á la lipuria, se les niega todo valor.

Como veis, el cuadro clínico del cáncer del pancreas estaba casi completo. Aunque sus síntomas, ó mas bien,

sus simples elementos de apreciacion, no le son exclusivos, y por lo tanto, aisladamente tienen poco ó ningun valor, cuando se consigue encontrarles reunidos, no dejan de tener alguna importancia. Pero lo que mas verosimilitud daba á nuestra localizacion, era la clara y perfecta esplicacion que encontrábamos en ella, de todos los trastornos observados y sobretodo del órden en que se presentaron.

En efecto, aceptando que el cáncer se hubiera desarrollado primitivamente en la cabeza del pancreas, el órden lógico de los fenómenos mórbidos, debía ser el notado en nuestro enfermo. La invasion de la neoplasia se traduce por gran debilitamiento general; en sus primeros tiempos produce solo la hipersecrecion pancreática, de allí duodenitis crónica, diarreas inmotivadas, propagacion del ligero catarro al estómago, vómitos alimenticios, raros; luego, alteracion ó supresion total del jugo pancreático, cámaras grasosas, debilitamiento y enflaquecimiento mayores, dolor; mas tarde, el crecimiento del neoplasma interesa toda la cabeza, aumento de volúmen de esta, compresion del colédoco, *icteria constante*, decoloracion de las materias fecales, constipacion, aumento de grasa en las heces, estasis biliar, hepatalgia, hepatomegalia, cirrosis hipertrófica secundaria; emaciacion, caquexia y muerte.

La frecuencia de la diarrea en el último mes nos esplicábamos por la probable degeneracion cancerosa de la mucosa duodenal y por su ulceracion consecutiva.

Los vómitos negruzcos que tuvo poco antes de morir, podian ser atribuidos á resblandecimientos parciales y á ulceraciones recientes de la mucosa estomacal.

Basados en estas consideraciones patogénicas y clínicas y en la presunciones racionales que he indicado, establecimos el diagnóstico de cáncer primitivo dé la cabeza del pancreas. Creo que, aunque era un poco aventurado, no estábamos del todo desprovistos de razon; pues, si bien,

el diagnóstico es imposible algunas veces ; si bien es cierto, que los síntomas subjetivos, que los trastornos funcionales, nada tienen de característicos, ní en su constancia, ni en sus proporciones, si bien es cierto que, son á veces la mera espresion de un simple catarro gástrico; no por eso debíamos haberlos considerado como desprovistos de todo valor. Tratándose de un órgano cuyas lesiones no se revelan por signos seguros, y que, en la mayor parte de las veces, mortales afecciones evolucionan completamente sin ser sospechadas; las mas fútiles presunciones, pueden adquirir legítimamente la importancia de un verdadero signo. Ante el enfermo que se estingue, el médico, para sentar su diagnóstico, no puede esperar hasta que la generalizacion del cáncer, hasta que la acentuacion de la caquexia, vengan en su ayuda. En los casos de silencio sintomático, los mas insignificantes síntomas, los mas comunes desarreglos digestivos, y *la posible esclusion de sus causas vulgares* autorizan á formular un diagnóstico que, en otras circunstancias podría ser mas que atrevido.

Lo que mas complicaba el diagnóstico era la hipermegalia hepática. El hígado estaba grandemente aumentado de volúmen ; esto se apreciaba con la mayor facilidad; ¿pero cuál era la causa de este aumento de volúmen ? ¿era primitivo ó secundario? ¿se trataba de una cirrosis hipertrófica primitiva, de un cáncer primitivo, de un quiste, de una cirrósis sifilítica, palúdica, etc., etc?

La cirrosis hipertrófica primitiva (1) era la afeccion cuya esclusion presentaba mayores dificultades. No solo contaba en su favor, con la hepatomegalia, (el hígado llegó á sobrepasar seis traveses de dedo el reborde costal); contaba tambien con los trastornos gástricos é intestinales, con el dolor en el flanco derecho; con la icteria crónica; con la falta de ascitis y de circulacion complementa-

---

(1) Cirrosis hipertrófica biliar, de Diculafoy.—Cirrosis alcohólica de forma hipertrófica, de Lancereaux; cirrosis hipertrófica de los autores,

ria, que implicaba la ausencia de tumor hepático, y con el meteorismo habitual. Como veis, casi estaba completo tambien el cuadro sintomático de la cirrosis primitiva; pero la falta de algunos de sus síntomas y el órden, en los que observamos nuestro enfermo, nos permitieron su esclusion. En efecto, en la cirrosis primitiva se observa casi constantemente un aumento del volúmen del bazo; á más en sus últimos tiempos ocasiona hematemesis, enterorrágias, etc.; y en nuestro enfermo nada de esto hubo. Si bien la icteria es crónica é intensa, rara vez produce la decoloracion de las materias fecales (1), y cuando esto sucede, lo es de una manera imperfecta; no es ni total ni uniforme; asi se las vé á estas, presentar unas porciones de color normal, rodeadas por otras decoloradas; se vé tambien que estas alteraciones de la coloracion, varian notablemente de un dia para otro; pudiendo aún sucederse alternativamente la tincion normal con la decoloracion parcial ó total. En nuestro enfermo la decoloracion de las heces existió desde el momento en que apareció la icteria y fué total y constante; el aspecto blanquecino de estas, observado por enfermo antes de que hubiera icteria, era debido á la capa de cristales grasos que se forma en la superficie de ellas.

En la cirrosis hipertrófica primitiva, no pocas veces, la superficie accesible del hígado es algo desigual; en nuestro caso, á la palpacion parecía completamente lisa, desprovistas de esas eminencias poco pronunciadas, que producen al tacto la impresion de pequeños granos. A más, la precocidad y la rapidez estraordinarias del enflaquecimiento y de la pérdida de fuerzas, no acostumbradas en la cirrosis primitiva; la existencia de ese dolor epigástrico, contínuo, paroxístico, que desaparece por unos dias y que luego vuelve definitivamente; sobre todo el ór-

---

(2) Diculafay dice que no ocasiona la de las heces; en 26 casos de cirrosis hipertrófica, solo se constató dos veces la decoloracion incompleta y transitoria de las heces.

den observado en la presentacion de los fenómenos sintomáticos, es decir, la presencia constante de grasa líquida en las heces, antes de que existiese icteria, y especialmente la facilidad de encontrar en el cáncer del pancreas la esplicacion de esto último y *aún de la misma hipermegalia hepática*, nos hizo desechar la suposicion de la existencia de una cirrosis hipertrófica primitiva del hígado. En nuestro caso, era menos justo pensar en una cirrosis primitiva que en una secundaria; pues, la hepatomegalia es una circunstancia banal cuando hay icteria prolongada, y la cirrosis secundaria es la complicacion mas frecuente, fatal, de la icteria crónica; no solo en los casos como el nuestro, en el que contaba año y medio de existencia, sinó en esos casos de «icteria prolongada» (de Dieulafoy), de dos ó tres meses de duracion. En la página 43 al hablar del síntoma icteria me he estendido considerablemente sobre esta complicacion.

¿La hepatomegalia era debida á un *cáncer primitivo del higado?* Esto era tanto más difícil de resolver, cuanto que á la escasez de síntomas, se agregaba que, los pocos que existian y que se dicen pertenecer al cáncer del pancreas, han sido notados tambien en el cáncer del hígado. Unicamente simples presunciones podiamos aducir en pró del uno y en contra del otro. La exiguidad de síntomas es frecuentísima en el cáncer del hígado; pero aún la falta completa de ellos nada tiene de inaudita en el cáncer del pancreas. En el cáncer del hígado, ya sea su forma de infiltracion general ó su forma nuclear, la icteria es menos comun y menos intensa que en el cáncer del pancreas; en este último es invariable ó vá en aumento, mientras que en el cáncer del hígado, producida por el catarro concamitante de las vias biliares ó por la compresion de canalículos de un cierto volúmen, está sometida á variaciones en su intensidad. Estas alternativas en más ó en menos, se traducen por variaciones de la coloracion de la piel, de la orina y de las heces. La esteatorrea rarísima vez ha sido observada en el cáncer del hígado de la manera como se

presentó en nuestro enfermo: las camaras mas ó menos decoloradas por la icteria, contienen grasa, pero poca y casi nunca en natura. Las dirreas, son diarreas lientéricas ó vulgares; no son «acuosas, serosas, quilosas» é inmotivadas y ván siempre precedidas y acompañadas por el catarro gástrico y por la pérdida del apetito. La hepatalgia es ordinariamente mas fuerte, viva, continua, paroxística. En los casos de cáncer nuclear, el hipocondrío es enteramente sensible á la presion; con frecuencia se presentan espontáneamente dolores lancinantes agudísimos con irradiaciones lumbares y escapular; la peritonitis de vecindad no es rara, se aprecia fácilmente el frote peritoneal á la auscultacion y á la palpacion; en estos casos de gran aumento del hígado, á la palpacion se nota el borde duro y cortante, y por encima una superficie desigual, abollonada, sembrada de tuberosidades mas ó menos grandes, generalmente duras, algunas fluctuantes, pudiendose constatar en estas una depresion central, la umbilicacion cancerosa; la superficie del higado es «*avellanada.*» En ambas formas de cáncer hepaticola constipacion es la regla, desde el principio de la afeccion; la ascitis, producida por la compresion de las ramas portas ó por la peritonitis de vecindad, es frecuente, se la observa en la mitad de los casos, en el cáncer del pancreas es rarísima, las gastrorrogias y enterorragias son tambien mas frecuentes en el cáncer del higado, porque es mas comun la compresion de la porta que la de la cava, el enflaquecimiento es menos rápido, la emaciacion tardia y lenta; la pleuresia derecha se observa á menudo. En fin, el signo mas importante, talvez el único que tenia un verdadero valor en contra del cáncer primitivo del higado ya fuera la forma de infiltracion difusa á la nuclear, era la existencia de esteatorrea, de grandes cantidades de grasa en estado natural en las heces, antes de que hubiera icteria, y esto durante varios meses. En el cáncer del higado la esteatorrea puede ser producida cuando la bilis no lle-

gue al intestino, es decir cuando haya obstruccion de los conductos biliares y reabsorcion, é icteria consecutiva, de manera, pues, que, aceptando el cáncer primitivo del higado (infiltracion en masa ó nuclear) no hubieramos podido esplicarnos la patogenia de las camaras grasosas.

En cuanto, á la existencia de un *cáncer secundario* del higado, solo tenia en su favor la frecuencia del hecho, y, en contra, casi todas las presunciones que he indicado anteriormente para el cáncer primitivo.

El quiste hidatico unilocular del higado, como á veces es acompañado de enflaquecimiento, de perdida de las fuerzas, de icteria y de hipermegolia hepatica, venía á dificultar el diagnóstico. Los sintomas y signos fisicos permiten, sinembargo, vencer esta dificultad. La marcha es enteramente lenta y puede decirse que la enfermedad comienza solo cuando el quiste tiene ya algun volúmen; hasta entónces el enfermo siente únicamente sensacion de peso en el hipocondrío ó dolores insignificantes. Si bien los desórdenes digestivos son casi nulos, como lo eran en nuestro caso, el enflaquecimiento es, tambien, lento y no rápido; durante largo tiempo el estado general es bueno. Los trastornos funcionales aparecen cuando el quiste tiene gran tamaño, es decir cuando es reconocible por la percusion y por la palpacion. Aunque los datos suministrados por ese medio de exámen varian segun el sitio del quiste, puede decirse en general que, la presion sobre la parte culminante de la deformidad de la region, produce una sensacion de resistencia profunda que contrasta con la riguidez circunvecina; que, la fluctuacion puede ser constatada casi siempre, y no pocas veces el retemblor hidatídico.

El quiste de la cara convexa se desarrolla á espensas de la cavidad toraxica y dá lugar á disnea, tos; la percusion revela una zona mate de convexidad superior al nivel de la cual el murmullo vesicular es nulo y la vibraciones disminuidas ó abolidas.

Cuando el quiste ocupa el borde posterior, á las perturbaciones toraxicas, se agregan, la deformacion de la pared costal, el ensanchamiento de los espacios intercostales y la fijeza del higado á la palpacion.

Si está en la cara convexa pero próximo al borde anterior, la fluctuacion es manifiesta.

Los quistes del borde anterior deforman notablemente la pared abdominal y «se les tiene en la mano.»

Recordareis, que en nuestro caso, que la línea superior de la matitez hepatica absoluta era casi la normal y que no habia deformacion de la region, sino un abultamiento uniforme y poco marcado del hipocondrio derecho.

Los quistes de la cara concava, que son los que llegan á ofrecer mas semejanza, en su sintomatologia, con el cáncer del pancreas, son precisamente los de mas dificil diagnóstico. Por los medios ordinarios de investigacion se les distingue solo cuando tienen gran tamaño; sinembargo, no se puede conseguir esto en los casos en que el higado no haya cambiado de forma, á pesar de estar aumentado su volúmen. La icteria puede ser precoz ó tardia, pero no es tan intensa como en el cáncer del pancreas, ni es tan fija. El enflaquecimiento se acentua al ultimo, cuando hay perturbaciones de la porta ó de la cava, y, en fin, la esteatorrea solo hubiera sido notada despues de establecida la icteria. La inversion completa de los síntomas observados en nuestro paciente, habria sido lo lógico en el caso de tratarse de un quiste de la cara concava.

Quistes hidáticos alveolares—De todos los quistes que se desarrollan en el higado, esta variedad es la que oponia mayor dificultad para ser excluida. En efecto, su marcha es rápida; el aumento de volúmen del higado es grande; su superficie es lisa casí siempre y la icteria es frecuentisima, 80 %. Apesar de esto se le puede reconocer por el órden en que se presentan sus síntomas. El estado general se altera cuando ha habido, ya,

hemorragias abundantes, cuando la hepatomegalia es apreciable; la icteria, poco fija, aparece en esa epoca. A mas, casi siempre, estos quistes van acompañados de hipermegalia esplenica, en un 84 %; la ascitis es frecuente, 60 %; el edema de los miembros inferiores lo mismo; las hemorragias del tubo digestivo y las epistaxis son comunes. A la palpacion el borde del higado es cortante, su superficie es durisima, leñosa, y en algunas pequeñas porciones se puede sentir fluctuacion. En fin, la esteatorrea, en caso de existir, seria posterior á la icteria.

La cirrosis sifilitica podía haber sido la primera en ser desechada, por la falta de antecedentes sifilíticos; pero como á veces, los enfermos niegan tenazmente el haber tenido sífilis; como puede pasar desapercibida y sin dejar huellas apreciables, y como el desconcierto funcional que origina la cirrosis sifilítica tiene alguna semejanza con el que se notaba en nuestro enfermo, fué excluida, con toda justicia, por sus signos físicos. Cuando ha llegado á producir los trastornos funcionales que observábamos: emaciacíon, icteria crónica, etc. etc., el hígado ha sufrido modificaciones típicas á causa de la retraccion cicatricial. El borde anterior es discontinuo, está interrumpido por profundas escotaduras; la superficie del hígado es desigual, mamelonada, está hendida por hondos surcos que hacen creer que el órgano se ha vuelto multilobular. *La hipermegalia no es uniforme*, así mientras que uno de los lobulos está aumentado de volumen, se constata que el otro está pequeño, retraido, atrofiado, ó, que casi ha desaparecido. A mas, va acompañado de hipermegalia esplénica.

El complexo clínico de *la cerrosis hepática palúdica*, ofrecía mas de una semejanza con el de nuestro caso. En efecto, el abdomen está balonado, los vómitos son raros, las diarreas transitorias, la icteria es crónica, las superficie del hígado es lisa, este no ha cambiado de

forma á pesar del aumento de volumen, y el movimiento febril puede ser enteramente variable y la ausencia de ascitis, de edemas y de circulacion complementaria es la regla. Sin embargo, la falta de antecedentes palúdicos, el enflaquecimiento prematuro, la estratorrea, la icteria verdosa é intensa, el dolor epigástrico y el dolor despertado por la presion en la region hepática, nos advertían que no se trataba de la cirrosis paludica. A mas, en esta, la hemorragias de la nariz, de las encias y del intestino son frecuentes; la hemeralopia es comun; la hipermegalia esplénica es constante. La icteria es oscura, *hemafeica*, el hígado es indoloro á la palpacion y la orina contiene poco ó nada de pigmentos biliares.

La cirrosis alcoholica grasosa, que produce á veces hipermegalia hepática, sin aumento de volumen del bazo, debía ser tomada en consideracion. El enflaquecimiento, los desarreglos digestivos, la tumefaccion del hígado y la icteria hacen que la espression clínica de este proceso mórbida, en su periodo insidioso, sea algo análogo á la que observábamos en nuestro enfermo. Se la podía excluir, por la falta de hábitos de alcoholismo; por la falta de epistaxis iniciales; por la presencia de grasa en las evacuaciones, antes de que existiere icteria; por la icteria que es fija solo al final, y por su marcha en el segundo periodo, que es bien clara: por la fiebre que sigue á la icteria; por sus múltiples hemorragias, hemoptisis, hematemesis, hematuria, etc., por las petequias que no son raras, y por la alteracion de la mucosa gingival que está á menudo hinchada y sangrante. En sus últimos tiempos la fiebre y los graves fenómenos de insuficiencia hepática hacen imposible la confusion.

La degeneracion amiloidea ocasiona tambien hipermegalia hepática, enflaquecimiento, pérdida de fuerzas y caquexia; pero como es un estado secundario, se puede decir que lo es siempre, su eliminacion se imponía. Sobreviene á consecuencia, sobretodo, de las enferme-

dades óseas de gran duracion; raquitismo; tubérculos, mal de Pott, coxalgia, etc., las supuraciones óseas prolongadas; las supuraciones abundantes y duraderas de las partes blandas, etc.; la sífilis; la caquexia palúdica; etc. etc., Como afeccion primitiva no podía ser aceptada, los antecedentes de nuestro enfermo no ofrecían ninguna de estas circunstancias patógenicas. Como afeccion secundaria, tampoco; tenía en su contra la presencia de icteria crónica; la falta de hipermegalia esplénica; de trastornos urinarios, albuminuria y presencia de cilindros hialinos en la orina, y de la diarrea terminal.

La esteatosis simple ó *degeneracion grasosa secundaria* no tenía á su favor ninguna de las condiciones patogénicas que la originan en general. ¿Se había desarrollado secundariamente á causa del cáncer del pancreas? Diré solamente que esto hubiera sido una alteracion esencialmente terminal; que el hígado no habría alcanzado un volumen tan considerable, en nuestro enfermo sobrepasaba seis traveses de dedo el reborde costal, y sobretodo que, en ese caso, el borde del hígado nos habría parecido, á la palpacion, notablemente obtuso y poco duro. En nuestro caso la hepatomegalia era enorme y no fué tardía; el borde del hígado estaba duro y cortante.

El abceso del hígado produce desarreglos digestivos, icteria algunas veces, hepatalgia, hipermegalia hepática, enflaquecimiento pronunciado y conduce al marasmo. Aunque la palpacion y percusion del hígado poco ayudan, aun, en los casos en que el órgano sobrepasa las falsas costillas, se le podia distinguir; por el acceso febril que inicia la supuracion; por su marcha, que es febril, intermitente al principio, luego remitente con exacerbaciones vesperales; por el dolor que es intenso y que se propaga al hombro derecho. A más cuando el enflaquecimiento llega al grado en que se hallaba nuestro enfermo, va acompañado de fiebre hética y de diarreas colicuativas. La icteria, bien rara, no es intensa; en lugar de la coloracion

amarilla oscura que notábamos en el paciente, solo ocasiona un ligero tinte subictérico. En fin, esta concepcion clíníca no comprendia, en sí, la razon de los síntomas iniciales.

Los angiomas del higado «son hallazgos de autopsia, curiosidades de anatomia patológica».

El quiste seroso y el adenoma (cáncer glándular) tan solo tenian en su pró, la posibilidad de su existencia.

Creo que se podia aceptar que el *catarro de las vias biliares* no era la causa única del complexo sintomático observado; pues á serlo así, los trastornos funcionales hubieran seguido á la icteria, y, no la habian precedido medio año como en nuestro caso.

En la *cirrosis atrofica del hígado*, las perturbaciones digestivas pueden tener alguna analogia con las del cáncer; pero sus demás síntomas son bastante claros y precisos para reconocerla.

La colelitiasis; por los trastornos digestivos; por la icteria crónica que casi siempre la acompaña, causada por el catarro biliar concomitante, por la obstruccion del coledoco hepático, y por la hipermegalia hepática que sigue á la icteria, debia ser tomada en cuenta; pero la falta de cólicos hepáticos, de accesos febriles intermitentes; la invariabilidad de la icteria y su tardia aparicion, posterior á los múltiples síntomas observados en el enfermo en el período inicial, nos hizo ver que no se trataba de esta afeccion.

Los tubérculos hepáticos casi siempre son determinaciones locales de una enfermedad radicada ya en otros órganos.

Las afecciones de la vesìcula biliar por sus síntomas completamente distintos y por sus signos bastante claros no podian preocuparnos.

El cáncer del estomago podia ser excluido con cierta facilidad. En efecto, en este, el catarro gástrico y la anorexia existen desde el principio, y como consecuencia los vómitos matutinos; á menudo los enfermos se ven moles-

tados por regurgitaciones incesantes; los trastornos intestinales siguen una marcha opuesta á la que se observa en el cáncer del pancreas, la constipacion reina en los primeros tiempos y la diarrea al último, cuando se ha ulcerado el cáncer; los vómitos alimenticios no son raros, entre las materias vomitadas se observa algunas que han permanecido mas de un dia en el estómago, pero lo que tienen de característicos, es la presencia de pequeñas cantidades de sangre que, por las modificaciones sufridas en la cavidad estomacal, dá á las materias vomitadas un color negruzco y un aspecto de poso de café; este síntoma de gran importancia por su frecuencia no se presentó en nuestro enfermo; la hematemesis verdadera no es rara; lo mismo la melena; el dolor existe casi siempre, es intenso, generalmente intolerable y de múltiples irradiaciones, está localizado en la parte superior é izquierda del hueco epigástrico ó sobre el reborde costal izquierdo y aumenta por la presion externa é interna; en nuestro enfermo estaba situado en la parte inferior y media, casi sobre el ombligo y no era influenciado por la ingestion de los alimentos. El signo de mayor valor en el cáncer del estómago, la presencia de un tumor accesible á la palpacion y á la percusion, faltaba en nuestro caso; Leber lo ha constatado en los 5/7 y Brinton en los 4/5. Se percibe á la palpacion, un tumor, ya grande, ya pequeño; duro, desigual y doloroso; generalmente situado en el hueco epigástrico en su parte superior ó bajo el reborde costal izquierdo; poco ó nada movible por la respiracíon; ó bien, en los casos en que el tumor se desarrolla hacia la cavidad ó en napa, se nota una intumescencia, un empastamiento uniforme en todo el epigastrio. A la percusion se percibe un sonido mas ó menos mate, segun el estado de plenitud ó de vacuidad del órgano y de la profundidad á que se halle el tumor; ó bien, en los casos de infiltracion cancerosa en sabana, se obtiene un oscurecimiento del timpanismo habitual.

Sin embargo, la falta de estas modificaciones palpato-

rias y percutorias, no implicaban forzosamente ausencia de neoplosma-gástrico; pues la dilatacion del estómago que sobreviene á menudo en los casos de cáncer, cambia las relaciones naturales del órgano, le sustrae á este medio de investigacion y puede producir el deplazamiento del tumor; pero, segun varios clínicos, la simple constatacion de la dilatacion y de un tumor movible, que aparece y desaparece sin regularidad, bastan para diagnosticar cáncer gástrico. A mas, el cáncer desarrollado en el cardias, en la pequeña curvadura ó en la páred posterior, no ocasionan comunmente ninguna de estas alteraciones percutorias y palpatorias; pero tambien podia eliminarse esta eventualidad; pues, á mas de faltar los trastornos funcionales que he indicado, y que son comunes á todas las variedades de cáncer gástrico, existian algunas otras condiciones que no eran favorables, ni aun á esta contingencia; no había infarto de ninguno de los grupos de gánglios predilectos, ni en la base del apéndice sífoides, ni en el hueco axilar izquierdo, ni en triángulo supraclavicular del mismo lado y ni en la parte inferior de la pleura derecha. Podia haber sucedido que, la falta de los síntomas llamados gástricos fuera debida á un retardo en la marcha del cáncer. Esto era posible, pero no probable; la falta de síntomas es muy comun en los casos de infiltracion difusa ó cuando respeta los orificios; pero en nuestro caso los síntomas iniciales eran precisamente los que se oponian á esta concepcion; efectivamente, el enflaquecimiento y la pérdida de fuerzas notables, se observan desde el principio, solo en los casos en que vómitos y diarreas frecuentes abren la marcha mórbida; en nuestro enfermo sucedió lo contrario, la emaciacion era marcada y los vómitos y diarreas insuficientes para causarla; la esteatorrea se observa en los casos de propagacion del neoplasma, es decir, es un síntoma terminal, mientras que en nuestro caso fué de los primeros; la ictería es ocasionada por la propagacion, al duodeno, del catarro gástrico; en este ca-

so podria ser inicial, pero seria variable; producida por la invasion secundaria del aparato biliar, seria terminal y su consecuencia posible, la esteaterrea le seria posterior y no anterior. El cáncer del estómago no respondia, pues, á los síntomas que observamos.

La úlcera simple del estomago en su forma crónica llega tambien á producir, por los trastornos digestivos: el dolor, el enflaquecimiento, etc., etc., un estado mórbido semejante al del cáncer del pancreas; pero su exclusion no nos ofrecia gran dificultad. Los vómitos alimenticios son frecuentes; tienen lugar al poco rato de la ingestion de los alimentos; son un fenómeno verdaderamente crítico, ponen fin al acceso doloroso. El dolor es *sifoideo* y *vertebral* (8ª dorsal y 2ª lumbar) aumenta por la presion externa é interna, este aumento puede depender de la clase de los alimentos; está, á mas, sujeto á exacerbaciones paroxisticas, horriblemente penosas. La hematemesis y melena son casi constantes. La icteria puedepresentarse en el curso de la úlcera crónica, á consecuencia de la propagacion del catarro ó de las vastas y espesas adherencias que sobrevienen despues de las peritonitis y supuraciones locales; pero en estos casos, esta nueva causa de la icteria es un fenómeno terminal, y á más de que la percusion del estómago revela el sitio de la lesion, ha habido tiempo ya de observar los demás sintomas que la distinguen.

La gastralgia, que ocasiona desórdenes digestivos y que puede simular un cáncer, no requeria un exámen detenido; pues, la mayor causa de duda, los accesos cardiálgicos, el dolor paroxistico, no existia; apenas si nuestro enfermo era molestado por un dolor lento y profundo, supra umbilical.

La cirrosis de Brinton es producida por el catarro crónico ó por el alcoholismo; produce un espesamiento uniforme de la pared estomacal, engrosamiento que es apreciable á la palpacion; en nuestro enfermo no se notaba ninguna alteracion materiál en el estómago; á mas, no esplicaba los síntomas iniciales, ni gran parte de los ulteriores.

El cáncer del piloro podia ser fácilmente eliminado por la sintomatologia especial que presenta en los primeros tiempos de la degeneracion pilórica. En efecto, le caracterizan: vómitos frecuentes, alimenticios, tardios, que sobrevienen algun tiempo despues de las comidas, algunas veces hasta dos dias despues; la constipacion es habitual al principio, cuando el neoplasma por su resblandecimiento y ulceracion deja libre el orificio pilórico, se observa la cesasion de los vómitos y de la constipacion y la aparicion súbita de la diarrea; pero como la proliferacion cancerosa obstruyen bien proto el orificio, se nota esa sucesion de vómitos y constipacion tenaz y de diarreas copiosas. La dilatacion enorme del estómago es ordinaria. Como el enflaquecimiento es acelerado por los vómitos frecuentes, está sometido á las variaciones de éstos, así se observan alternativas de marcado enflaquecimiento y de rápidas reposiciones. El dolor aumenta con la ingestion de los alimentos y su sitio es algo mas elevado. Existe generalmente un tumor que se distingue por su sitio, por su fijeza, por su forma desigual y por su poca profundidad. La icteria es rara, la degeneracion pilórica alcanza muy pocas veces hasta el coledoco. En nuestro enfermo no se presentó ninguno de estos síntomas. La generalizacion del cáncer, interesando al hígado ó al pancreas, puede dificultar el diagnóstico, pero como esto sucede despues que ha recorrido la marcha descrita, se puede evitar el error y adjudicar á cada órgano lo que le corresponde.

La hipertrofia pilorica simple, no cancerosa, con estrechez del orificio, cuya diferenciacion con la estrechez cancerosa es casi imposible clinicamente y que solo puede hacerse con seguridad bajo el microscópio, no nos embarazaba en nuestro diagnóstico; pues, presentando, mas ó menos, los mismos síntomas que el cáncer pilórico, podia ser como éste fácilmente excluido.

Si el *cáncer* hubiera sido *del duodeno* los desarreglos digestivos habrian sido mayores; pues casi siempre pro-

duce estrechez de este órgano y entonces ocasiona del lado del estómago y del intestino los mismos trastornos que el cáncer del piloro; á mas la icteria es precoz y no tardia y se presenta antes que las cámaras grasosas.

¿El cáncer habia principiado por la misma ampolla de Vater? Sin entrar en sutilezas podiamos rechazar esta contingencia. En efecto, si hubiera comenzado por la ampolla de Vater, el primer síntoma habria sido la icteria, y aun admitiendo la posibilidad de que el conducto pancreatico hubiera sido el primero en obstruirse, la anticipacion de la esteatorrea sobre la icteria, habria sido de pocos dias y no de meses como sucedió en nuestro enfermo.

¿Ocupaba primitivamente la cabeza del pancreas? — El rápido enflaquecimiento y la presencia de grasa en las heces nos parecia indicar la supresion total de las funciones del órgano. Como esta annihilacion funcional fué temprana é implicaba mas que la destruccione, la prematura obliteracion del conducto de Wirsung y la del azigos, aceptamos que la cabeza fuera la primera en haber sido invadida. Situado en la cola, la enfermedad no habria tenido una terminacion tan precipitada.

La úlcera del duodeno solo podia ofrecer alguna semejanza, cuando por sus retracciones cicatriciales ó por las adherencias hubiera ocasionado la obturacion del conducto coledoco ó del pancreatico; pero mientras tanto, se habrian observado sus otros síntomas que la caracterizan: dolor paroxistico, exacerbado por las comidas; enterorragias gravísimas; peritonitis parciales ó generalizadas y en los casos de produccion de cicatrices y de estrechez duodenal consecutiva, todos los trastornos que le pertenecen á ésta. La exclusion era fácil.

El cáncer del intestino si bien tenia en su favor algunos de los rasgos sintomaticos presentados por el enfermo, perdida de las fuerzas y rápido enflaquecimiento, como síntomas iniciales y los trastornos digestivos: vómitos y diarreas pasageras, no acompañadas de mayores desarreglos en su comienzo y seguidas despues por cons-

tipacion y meteorismo, podia ser descartado por sus sintomas y signos ulteriores. En efecto, una vez que el cáncer ha interesado la pared intestinal, se revela por una sintomatologia especial; la constipacion, producida por la paresia intestinal, es tenaz; bien pronto disminuye el calibre del intestino y dá lugar á los fenómenos de estenosis; el estreñimlento dura varios dias y es interrumpido por verdaderos desatrancos, originando una serie de alternativas de largos periodos de constipacion reemplazados por diárreas fugaces; la forma de las heces está cambiada, parecen pasados por la hilera ú ofrecen un aspecto semejante al de escrementos de carnero; generalmente van recubiertas de estrias ó manchas de sangre. Los accidentes de oclusion intestinal con todo su cortejo sintomatico y con la gravedad acostumbrada, se presentan á menudo en el cáncer del intestino. Las enterorragias son comunes. En nuestro enfermo habia meteorismo; pero este era constante y no sujeto á aumento ó disminucion como se nota en el cáncer del intestino, en el cual sigue una marcha paralela á la constipacion. El dolor está localizado en un sitio mas bajo que el que ocupaba en nuestro caso. El tumor es perceptible casi siempre y su esploracion es fácil. A mas el cáncer del intestino rarísima vez trae icteria, y tan solo por medio de esta ó de una diarrea crónica podria ocasionar esteatorrea, y, aun en estos casos, la esteatorrea seria, no primitiva, sino consecutiva á aquellas. En fin, su marcha es rápida, generalmente evoluciona en un año; poquisimas veces la muerte se hace esperar uno y medio ó dos años.

La enteritis cronica, es capaz de llevar, á la larga, á la emaciacion y al marasmo; pero solo podiamos aceptar su existencia temporaria, y eso, al principio, al último la constipacion era habitual.

Los abcesos profundos de la pared abdominal; la peritiflitis: el bolo fecal; los neoplasmas de la cavidad pelviana, del riñon, del mesenterio, del epiplon; los aneu-

rismas de la aorta; la hernia del estomago, las perforaciones de este y los tumores del bazo, ofreciendo una sintomatologia positiva y distinta de la del cáncer del pancreas, fueron escluidos sin grandes vacilaciones.

En cuanto á la diferenciacion con las demás afecciones del pancreas, tan solo podia basarse en pocas y débiles presunciones.

La pancreatitis intersticial cronica, es generalmente consecutiva: al estasis venoso prolongado; al abuso de condimentos; á los exesos alcoholicos; al uso prolongado y execivo de los compuestos mercuriales y quínicos; á la sifilis; á las inflamaciones crónicas de vecindad; á la ulcera simple del estómago y de la del duodeno, etc., etc. La falta de estas circunstancias antecedentes era ya un elemento de diagnóstico. A mas, los trastornos digestivos habrian sido mayores; la diarrea continua y las camaras mas abundantes; el enflaquecimiento y la perdida de fuerzas iniciales, menos pronunciadas; la icteria menos fija, susceptible de aumentos y disminuciones en su grado, y aun, capaz de desapariciones temporarias, y el dolor habria sido influenciado por las comidas. En fin, el enfermo no hubiera presentado ese aspecto de canceroso,

Los abcesos del pancreas y esas infiltraciones purulentas, que han sido observadas tan pocas veces, hubieran traido los síntomas de las supuraciones profundas.

El sarcoma tenia en su contra, su extrema rareza. Solo se conoce un caso de sarcoma primitivo del pancreas. Fué observado en el cadáver por Paulucki y comprobado por el exámen microscopico. El tumor *no se revelò por ningun sintoma* que hiciera sospechar su existencia. El enfermo murió de tuberculosis pulmonar é intestinal, y unicamente en la autopsia se notó un tumor del pancreas.

La atrofia del pancreas, es siempre secundaria; es debida á la arterio esclerosis, á la sifilis, pero sobretodo á

la diabetes. En nuestro caso no habia ninguna de estas causas productoras de la atrofia; además su marcha no es tan ruidosa como la del cáncer.

Los tuberculos del pancreas son rarisimos y vendrian acompañados de localizaciones tuberculosas en otros órganos.

Las quistes del pancreas —Los mas frecuentes y los que llegan á adquirir un gran volúmen, son los quistes consecutivos al traumatismo. En estos casos, aunque los desórdenes digestivos pueden principiar inmediatamente despues del traumatismo, la demacracion y la apatia física no son tan rápidas como en el cáncer. El tumor es facílmente perceptible á la palpacion y á la percusion y puede reconocerse su naturaleza quistica. La existencia de tumor ha sido constatada casi siempre. En los casos observados por Treves, Chew y Catheart y Karewski, que ascienden á 26, en todos se notó la presencia de un tumor grande, uniforme y renitente, y en 15 casos de cáncer observados por Bigsby solo en 4 encontró tumor á la palpacion.

Los quístes ocasionados por la obstruccion de los conductos escretores, no llegan casi nunca á adquirir gran volúmen, constituyen generalmente el «aené pancreatico» y su existencia pasa desapercibida.

Los cálculos pancreáticos llegando á obstruir el conducto de Wirsung, podrian tener una espresion clínica análoga á la del cáncer. Sin embargo la marcha de los trastornos funcionales sería lenta; la icteria rara vez observada, no sería fija y de intensidad progresiva como en el cáncer. A más, existírían, segun numerosos clínicos, verdaderos cólicos pancreáticos, antes de que el estado general se hubiera alterado mucho.

La degeneracion grasosa del pancreas, es casi siempre un estado secundario; sucede al alcoholismo, diabetes, á las otras afecciones del pancreas y á las caquexias.

La dégeneracion amiloidea, á mas de ser un estado se-

cundario, vá acompañada de igual degeneracion del hígado, bazo y riñones; lo que se traduce por algunos síntomas y signos conocidos.

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

La muerte es la terminacion del cáncer del pancreas. Su duracion varía de uno á dos años.

El tratamiento es enteramente sintomático, puramente paliativo. Las esperiencias de Dominico abren un ancho campo á los cirujanos, y espero que éstos, pronto remediarán nuestra impotencia actual.

Los prácticos alemanes recomiendan, con verdadero convencimiento, la raiz de condurango, administrada en maceracion ó infusion. No pudimos ensayar su poder curativo en nuestro enfermo, porque nos fué imposible conseguir este medicamento. Puedo deciros, sin embargo, que en cuatro casos de cáncer del estómago, observados en el servicio del Dr. Wernicke, unos meses antes, el condurango no dió el menor resultado.

D. G. DE KERAVENANT.

Octubre 31 de 1891.

Buenos Aires, Noviembre 3 de 1891.

Pase al señor Acacémico Dr. Manuel Porcel de Peralta y Catedráticos Dres. Gregorio N. Chaves y Julio Mendez, para que informen sobre la admisibilidad de esta Tésis.

M. GONZALEZ CATAN.
L. de la Cárcova,
Secretario.

Esta Tésis es aceptable con arreglo á lo prescripto sobre la materia.

Manuel Porcel de Peralta.—Gregorio N. Chaves,—Julio Mendez.

Buenos Aires, Noviembre 19 de 1891.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado para su impresion, debiendo fijarse por Secretaría, el dia en que deberá sostenerse en acto público, ante la Comision examinadora respectiva.

MAURICIO GONZALEZ CATAN.
L. de la Cárcova,
Secretario.

Proposiciones Accesorias

HISTOLOGÍA — Cápsulas suprarenales.
ANATOMÍA TOPOGRÁFICA — Region tibial posterior.
FISIOLOGÍA — Jugo pancreático.
PATOLOGÍA GENERAL — Gangrena.
MATERIA MEDICA Y TERAPEÚTICA — Valeriana.
HIGIENE — Cuarentenas.
ANATOMIA PATOLÓGICA — Autopsia.
PATOLOGÍA EXTERNA — Estrechez uretral.
GINECOLOGÍA — Desgarraduras completas del periné.
OFTALMOLOGÍA — Glaucoma.
PATOLOGÍA INTERNA — Dilatacion del estómago.
ENFERMEDADES MENTALES — Locuras diatésicas.
OBSTETRICIA — Torceps; consideraciones generales.
MEDICINA LEGAL — De las alucinaciones.

BIBLIOGRAFIA

Archives Gens. de Medecine, 1823·1880. — Observations sur quelques maladies du foie pour servir á l'histoire pathologique de cet organe, A. Briène du Boismont, 1828, (varias obs. de cánceres del pancreas) I serie, t. 16, p. 5 et 381. — Tumeurs cancereux du pancréas, Sym, 1829 (dos casos) II serie, t. 10, p. 239. — Tumefaction et induration du pancréas, A. Duplay, 1834, II serie, t. 4, p. 411. — Recherches sur les maladies du pancréas et du duodenum, R, Brigth, (7 casos), 1834, II serie, t. 4, p. 483. — Sintomatologie et diagnostique des maladies du pancréas, Bigsby, 1835, II serie, t. 9, p. 359. — Recherches pour servir á l'histoire pathologique du pancréas, Mondière, 1836, II serie, t. 11, p. 36 y 265. — Pancréatite aiguë, Mondière, 1836, II serie, t. 11, p. 235. — Ectopies du pancréas, Mondière, 1836, II serie, t. 11, p. 50. — Maladies du pancréas, J. A. Wilson, 1843, IV serie, t. 2, p. 91. — Recherches sur le cancer du pancréas, Batersby, 1844, IV serie, t. 5, p. 495. — Tubercules du pancréas, Aran, Sept. 1846, p. 61. — Pancréatite cronique, Aran, Sept. 1846, p. 38. — Tumeur kystique du pancréas, Gross, 1849, IV serie, t. 12, p. 215. — Abcés du pancréas, Fletcher, 1849, IV serie, t. 20, p. 60. — Tumeur kystique du pancréas, A. Clark, 1851, IV serie, t. 27, p. 81. — Lesions du pancréas dans la diabète sucré, Lancereaux, 1877, t. 2, p. 741.

Le ferment glycolitique et la pathogénie du diabète, par Lépine, dans L'Union Médicale, N° 53 y 54. — Le foie cardiaque, par Parmentier, Février 28 de 1891, N° 26, Portal. Traité de l'apoplexie, 1811. — Becourt, Recherches sur le pancréas, lhese, Strarbourg. 1830. — Lancereaux, Traité historique et practique sur la Syphilis, 1863,

p. 318-552. — Fannecconneau-Defrèsne, Traité de l'affections calculeuse du foie et du pancréas, 1851, p. 488. — Faucconneau-Defrèsne, Précis des maladies du foie et du pancréas, 1856. — Maur. Besson, De quelques foits pathologiques pour servir á l'étude du pancréas; th. Paris 1864. Cl. Bernard, Mémoire sur le pancréas 1856 — Cl. Bernard, Leçons de phisiologie experimentale, 1856, t. 2.—Maigre, Des fenomènes chimiques de la digestion á propos d'une observation de tumeur du pancréas, th. 1886. — Bonnamy. Tumeurs du pancréas, th. Paris, 1879.—Lapierre, Diabete maigre et pancréas, th. Paris, 1879. — Madré, Cancer du pancréas, th. Paris, 1883.—Salles, Cancer primitif du pancréas, th. Paris, 1830. — Caron, Contribution á l'etude du cancer du pancréas, th. Paris, 1889. — Boutard, Des différents types de diabète sucré, 1891 (contiene 24 casos de lesiones del pancréas). — Treves, Quistes traumaticos del pancreas (24 casos) en The Lancet, Setiembre de 1880, p. 655. — Chew y Catheart, Quistes traumaticos del pancreas, en Edimburg medujourn, t. II, pag. 11, Jul. 1891.— Karewski, Quistes del pancreas, Berlin, Klin. Woch, N° 24, p. 550, Junio 1890. Jaccoud, Dictionnaire de Medecine et de Chirurgie. — Jaccoud, Clinique de la Pitié — Strumpell, Pathologie special des maladies internes. — Ewald, Pathologie de la digestion.—Tratado Enciclop. de Patologia medica etc. Ziemssen, t. 12, Friedreiche, enfermedades del pancreas, p. 319. — Baumel, Pathologie des anexes.—Pean, Tumeurs de l'adomen. — Damoschino, Maladies des voies digestives. — J. Mendez, Significacion, produccion y composicion de las camaras grasas, en los Anales dèl Circulo Médico Argentino, N° 8. 1891.—H. Hernandez, Contribucion al estudio de los Pseudo-Plasmas del pancreas; t. Buenos Aires, 1884. — M. T. Podestá, Memorie e cenni clinici (nello Ospedale Italiano (1884).

NOTA — He incluido en esta lista, solo las publicaciones ó tratados que contienen datos de importancia.