UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES

SOBRE EL

CARCINOMA GÁSTRICO

TESIS

POR

PEDRO A. CANO

EX-PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL MILITAR

1900

IMPRENTA Y LIBRERIA=BOULLOSA=AVENIDA ENTRE-RIOS 1275

BUENOS AIRES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES

SOBRE EL

CARCINOMA GÁSTRICO

TESIS

POR

PEDRO A. CANO

EX-PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL MILITAR

1900

IMPRENTA Y LIBRERIA=BOULLOSA=AVENIDA ENTRE-RIOS 1275

BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

DR. D. ENRIQUE E. DEL ARCA

VICE-DECANO

DR. D. JOSÉ T. BACA

ACADÈMICOS TITULARES

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GüEMES
» » ELISEO CANTON
» » GREGORIO S. CHAVES

ACADÈMICOS HONORARIOS

DR. D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI

SECRETARIO TITULAR

DR. D. LUIS M. ACUÑA

PRO-SECRETARIO

DR. D. ZENON AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomia Descriptiva	Dr.	Juan José Naon
Anatomia Topográfica	„	Juvencio Z. Arce
Histología teórico-práctica	„	Rodolfo de Gainza
Fisiología General y Humana	„	Pedro J. Coronado
Patología General y Ejercicios clínicos	„	Roberto Wernicke
Materia Médica y Terapéutica	„	Justiniano Ledesma
Higiene Pública y Privada	„	Meliton Gonzalez del Solar
Patología Externa	„	Obdulio Hernandez
Patología Interna	„	Josè Penna
Anatomía Patológica	„	Telèmaco Susini
Bacteriología	„	Cárlos Malbran
Medicina Operatoria	„	Adalberto Ramaugè
Enfermedades de mujeres y su clínica	„	Enrique Bazterrica
Enfermedades de niños y su clínica	„	Manuel Blancas
Enfermedades de los ojos y su clínica	„	Pedro Lagleyze
Enfermedades nerviosas y su clínica	„	Josè M. Ramos Mejia
Enfermedades mentales y su clínica	„	Domingo Cabred
Enfermedades Génito-urinarias	„	Federico Texo
Enfermedades venéreas y dermatología	„	Baldomero Sommer
Clínica quirúrjica	„	Julian Aguilar
	„	Antonio C. Gandolfo
	„	Alejandro Castro
Clínica médica	„	Gregorio N. Chaves
	„	Abel Ayerza
	„	Luis Güemes
	„	Francisco Sicardi
Laringologia, otología, rinologia	„	Eduardo Obejero
Obstetricia y Clínica respectiva	„	Samuel Molina
Medicina legal	„	Francisco de Veyga
Toxicología	„	Juan B. Señorans
Química aplicada á la medicina	„	Pedro N. Arata
Física médica	„	Jaime R. Costa
Zoología médica	„	Eliseo Canton
Botánica médica	„	Martin Spuch
Botánica farmacéutica	„	Adolfo Mujica
Química médica	„	Atanasio Quiroga
Farmacia teórica	„	Juan A. Boeri
Farmacía práctica	„	J. Manuel Irizar
Obstetricia para alumnas parteras	„	Juan R. Fernandez
Odontología	„	Nicasio Etchepareborda
Dentistería operatoria	„	Leon Pereyra

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomia Descriptiva	Dr.	JUAN D. PIÑERO
	„	JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Topográfica	„	AVELINO GUTIERREZ
Histología teórico-práctica	„	SAMUEL DE MADRID
Fisiología General y Humana	„	HORACIO G. PIÑERO(en ejercicio
Patología General y Ejercicios clínicos	„	GREGORIO ARAOZ ALFARO
Materia Médica y Terapéutica	„	ENRIQUE E. DEL ARCA
		ANGEL M. CENTENO
Higiene Pública y Privada	„	ENRIQUE REVILLA
		RICARDO SCHATZ
Patología Externa	„	PASCUAL PALMA
		DANIEL J. CRANWELL
Patología Interna	„	MARCIAL V. QUIROGA
Anatomía Patológica	„	JOSÉ BADIA
Medicina Operatoría	„	NICOLAS REPETTO
		ALFONSO MASI
Enfermedades de mujeres y su clínica		ALFREDO LAGARDE
		JOSÉ F. MOLINARI
Enfermedades de niños y su clínica		ANTONIO F. PIÑERO
		FACUNDO LARGUIA
Enfermedades de los ojos y su clínica		FRANCISCO BARRAZA
		TEÓFILO A. MORET
Enfermedades nerviosas y su clínica	„	JOSÈ A. ESTEVES
		JOSÉ R. SEMPRUM
Enfermedades mentales y su clínica	„	BENJAMIN T. SOLARI
Enfermedades Génito-urinarias	„	PEDRO BENEDIT
Enfermedades venéreas y dermatología	„	M. ABERASTURY
Clínica quirúrjica	„	JUAN B. JUSTO
		DIÓGENES DECOUD
		A. POSADAS (en ejercicio)
Clínica médica	„	JULIO MENDEZ
		IGNACIO ALLENDE
		PATRICIO FLEMING
		RICARDO COLON
Laringología, otología, rinología	„	WENCESLAO TELLO
		ELISEO V. SEGURA
Obstetricia y clínica respectiva	„	LUIS F. VILA
		FANOR VELARDE
Medicina ilegal	„	DOMINGO S. CAVIA
		.....
Toxícología	„	J. ALBA CARRERAS (en ejercicio)
Química aplicada á la medicina	„	FRANCISCO P. LAVALLE
Física médica	„	JUAN J. GALIANO
Zoología médica		VACANTE
Botánica médica		LUCIO DURAÑONA (en ejercicio)
Botánica farmacéutica		VACANTE
Química analítica	„	FRANCISCO B. REYES
Farmacia teórica	SR.	J. A. DOMINGUEZ (en ejercicio
Farmacia práctica	DR.	MIGUEL PUIGGARI
Obstetriciapara alumnas parteras		VACANTE
Odontología		VACANTE
Dentisteria operatoria		VACANTE

PADRINO DE TÉSIS

Académico Dr. Gregorio N. Chaves

A la memoria de mi padre

A mi querida madre

A mis hermanos

Señores Profesores:

Señores Academicos:

Habiendo llegado al fin de la jornada y cumpliendo con el precepto reglamentario de la Facultad de Ciencias Médicas, que nos exige una tésis inaugural para despedirnos con un título profesional, presento á la consideración de vuestro ilustrado criterio, este modesto trabajo.

Ofrezco un tema que si bien no es nuevo, encierra una gran importancia práctica, por tratarse de afecciones malignas, y que preocupan constantemente nuestra atención.

El escaso tiempo de que disponemos, y el reducido campo de nuestra observación en la precaria vida de estudiante, esplica lo incompleto de nuestros trabajos, motivos por los cuales, espero que la juzgareis con benevolencia.

Antes de ausentarme de esta Facultad, debo hacer presente mi gratitud á los Sres. Profesores y especialmente al Dr. Gregorio N. Chaves, que me dispensa el honor de acompañarme en este acto, como así mismo á los Dres. Ignacio Allende y Alejandro Posada, quienes me han prestado su ayuda.

ETIOLOGIA

Contrariamente al cáncer del hígado, que frecuentemente es secundario, el cáncer del estómago es casi siempre primitivo y entre éstos, es, sinó el más frecuente, uno de ellos. Lebert lo coloca en primera línea. Virchow y D' Espine son de la misma opinión y según la estadística de D' Espine se encuentra en un 44, 37 por 100 y según Virchow en 34. 9 por 100 de los individuos muertos de cáncer.

En la estadística de M. Eisenhart el cáncer del estómago ocupa el segundo rango: de 613 casos establece que, 116 eran estomacales y 194 uterinos.

En relación con las diversas afecciones crónicas del estómago, la proporción del cáncer es de 35.6 por 100.

El cáncer del estómago entra en la mortalidad general, según dice D' Espine en un 2.64 por 100 (Brintón 1 por 100) Wyss 1.9 por 100 y Huebherlin estima que sobre 2500 personas, una, muere todos los años debido á esta afección.

La influencia del sexo es nula ó muy poco marcada y á pesar de datos contradictorios, resulta que, de la mayor parte de las estadísticas, el cáncer del estómago es más frecuente en el hombre. Lebert y D' Espine piensan que la mujer es más amenudo atacada.

La edad ejerce una influencia considerable. El cáncer estomacal es propio de la edad madura, siendo muy raro que se presente antes de los 30 años; sin embargo, no es desconocido, y así lo prueba la estadística de Mathien que ha podido reunir 32 observaciones de cáncer juvenil. Moore encontró un cáncer del estómago en una muchacha de 13 años y como éstos, otros casos observados por Dittrich, Duzea, Bouberet, etc.

Las tres cuartas partes de los casos han sido observados entre 40 y 70 años, y el máximo de frecuencia entre 50 y 60 años.

El cáncer del estómago puede ser conjenital (Williamson, Widerhoyer, Cullingsworth).

La herencia tiene una acción muy manifiesta y el cáncer del estómago sería hereditario, en 7 por 100 (Lebert).

Las condiciones sociales, la profesión, el género de vida, etc, no tienen alguna influencia apreciable.

La distribución geográfica es muy desigual. Esta afección, es muy rara en los países cálidos y es así que Griersinger no la encontró jamás en Ejipto.

No son raros los casos que se han citado, estableciendo que el cancer se ha desenvuelto á consecuencia de un traumatismo; estos casos son todavía dudosos, y es muy probable que el neoplasma existía, y que el traumatísmo no ha hecho sinó acelerarlo ó hacerlo manifiesto.

Relaciones del cáncer y de las otras afecciones gástricas

El cáncer parece desenvolverse amenudo en el curso de gastritis crónicas. El cáncer, la gastritis crónica, y la úlcera, tienen relaciones tan estrechas, que parece que el cáncer se desarrolla sobre las otras lesiones del estómago.

Macé muy comúnmente sobre los bordes de úlceras crónicas. Lebert y Dittrich son los primeros que han demostrado la transformación de la úlcera en cáncer. Según Lebert, 9 por 100 de los casos de cáncer del estómago tendrían semejante base de implantación y otros como Zunker piensan que todos los neoplásmas malignos, serían precedidos de úlcera. La transformación cancerosa se observaría sobre todo en la úlcera del píloro.

Después de los estudios tan minuciosos de Cruveilhier, se han hecho observaciones muy interesantes, en este sentido, demostrando que la úlcera no es más que el preludio del cáncer ó si se quiere mejor, el cancer se implanta muy amenudo sobre una úlcera ó sobre una cicatriz de una úlcera ya curada, ó pueden simultáneamente evolucionar las dos enfermedades al mismo tiempo, y lo prueba así el caso presentado por Dieulafoy en 1897.

Tratábase de un sugeto cuyo enfla queci miento era muy considerable; la coloración amarillo-paja de sus tegumentos y su estado caquectico avanzado, hacían presumir la existencia de un cáncer. Si á estos síntomas agregamos otros, tales como los dolores en la regiòn epigástrica, vómitos continuos, una hematemesis y varias veces mœlena, á más la fecha en que comenzò la enfermedad que hacía quince meses, se podría casi asegurar en la existencia de un carcinoma.

Pero en este sugeto observábanse otros síntomas que hacían modificar en parte el diagnóstico. Al exámen físico la más leve presión como la más ligera palpación, despertaban dolores tan agudos, que todo exámen era imposible. Estos dolores no solo se presentaban cuando se ejercía cierta presión sobre las paredes del vientre, sinó

que eran expontáneos y acaecía siempre inmediatamente después de la ingestión de los alimentos y no disminuian hasta que el estómago estuviese vacio.

Los vómitos eran, á más de frecuentes, totalmente ácidos, era casi evidente se tratara de hiperclorhidria.

Se examinaron las materias vomitadas y en lugar de encontrar una hipersecreción del jugo gástrico, se constató una hipoclorhidria.—*El jugo gástrico* se encontraba en la proporción de 0.18 por 1000 en lugar de 1.74 que es la cantidad normal. Iguales resultados suministraron con las comidas de pruebas. Pues bien, teniendo al frente todos estos síntomas, que unos van en favor de una úlcera y otros en favor de un cáncer, el diagnóstico se encontraba complicado, no obstante Dieulafoy teniendo en cuenta la manera como los síntomas habían aparecido y habían evolucionado, creyó firmemente, que el paciente se encontraba atacado de una úlcera primitiva, sobre la cuál habíase implantado un cáncer.

El sugeto fué puesto en un tratamiento adecuado y muy pronto se notó la mejoría; cada día su estado general era más satisfactorio, su peso aumentaba, su enflaquecimiento no era tan marcado y cada día se alimentaba mejor. Era tal la mejoría observada, que llegó hasta dudarse

en la existencia de un carcinoma y creer que solamente se trataba de una úlcera.

Pero desgraciadamente esta mejoría duró 30 días y al cabo de este tiempo sus síntomas aparecieron con la misma, y aún con más intensidad que antes, cayendo en el periodo de la verdadera caquexia y no tardando su fallecimiento.

Se hizo la autopsia y se encontró una gran ulceración, perpendicular al gran eje del estómago. El sitio de la úlcera era en la pequeña curvadura y medía cinco y diez centímetros en sus dos diámetros.

Examinando la ulceración se notó que no había la misma consistencia en todas sus partes, pues en la región más cercana al píloro sus bordes eran indurados, tallados á pico y había una neta separación de la mucosa sana, respecto á la ulcerada, no observándose estos caracteres en el sitio opuesto donde sus paredes son blandas, friables y de coloración rosada, es decir, estaban cancerizadas.

La ulceración estaba en conexión con el hígado, la cabeza del páncreas y el cólon transverso, había una peri–gastritis tan intensa que fué imposible sacar el estómago, sin interesar estos diferentes órganos.

También se hizo el exámen microscrópico y se notó que en el borde derecho estaban las altera-

ciones de la úlcera simple, mientras que el borde izquierdo era el asiento de un epitelioma metatípico en plena evolución.

Este exámen comprobó el exámen macroscópico, y confirmó el diagnóstico clínico, pues se trataba de una úlcera simple que sufría la degeneración cancerosa, y nó de un cáncer que se había ulcerado.

En resúmen, la úlcera simple del estómago, sufre muy amenudo la degeneración cancerosa, sobre todo en las personas que son predispuestas por la herencia.

La transformación se verifica sobre la úlcera en plena evolución ó en la cicatriz de una úlcera ya curada. Esta asociación mórvida puede manifestarse por el conjunto de síntomas de ambas entidades.

Bajo el punto de vista anátomo–patológico todas las variedades de cáncer se han encontrado: carcinoma esquirrozo, carcinoma colloide, encefaloide, epitelioma cilíndrico y la variedad más frecuente epitelioma metatípico.

Anatomía patológica

Asiento del tumor—Todas las partes del estómago no son atacadas con la misma frecuencia y la repartición del tumor está sometida á leyes bien establecidas.

El asiento de predilección es el píloro en la proporción de 51 por 100 (Lebert) 65.5 por 100 (Israel). Después, ocupando el segundo lugar viene la pequeña curvadura 20 por 100, el cardias 10 por 100, la gran curvadura 10 por 100.

De manera que los orificios son interesados en las tres cuartas partes de los casos, hecho que los distingue de la úlcera que no se encuentra sinó en un 15 á 18 por 100 al nivel de los orificios.

El cáncer del gran cul–de–sac es estremadamente raro. Tungel ha visto un solo caso y

Welch de 1300 neoplasmas malignos del estómago, cuenta solamente 19.

La cara posterior es más frecuentemente atacada que la cara anterior.

Encontrar en el mismo estómago dos tumores malignos de la misma edad y más ó menos del mismo volúmen, que estén separados por una porción de la mucosa sana, es un hecho muy raro de observar; no así con un grueso tumor que puede estar rodeado de pequeños núcleos cancerosos.

Evolución y generalizaciones del tumor— La teoría de Virchow que establecía que el cáncer del estómago era una neoplasia del tejido conjuntivo, está completamente abandonada, después de los trabajos de Robín, que echó por tierra la opinión de Virchow. Este establecía, que procedía del tejido celular de la túnica submucosa. M. Thiersch en 1865 demostró que el cáncer de la piel, deriva del epitelio y dos años más tarde Waldeyer llegó á las mismas conclusiones, referentes al cáncer del estómago, y hoy es un hecho universalmente aceptado que el cáncer gástrico es un tumor epitelial y así lo prueban los estudios de Robín, Cornil, Lancereaux, Menetier, Raymond, y muchos otros.

Las variedades más habituales son: el epitelio-

ma de células cilíndricas, el encefaloide, el esquirro, y el colloide.

El primer periodo de la degeneración cancerosa, está caracterizado por una activa proliferación de los epitelios glandulares; las jóvenes células se reproducen por segmentación y hasta se han observado figuras kariokinéticas.

Elementos epiteliales llenan los tubos glandulares y en esta época afecta mucho la forma del poli–adenoma. Después de este primer periodo de corta duración, los tubos se destruyen y los botones epiteliales se anastomosan, franquean la capa muscular de la mucosa y se establecen en el tejido celular sub–mucoso.

La generalización de las células cancerosas, en el tejido conjuntivo, provoca una reacción de la trama vásculo–conjuntiva. Las células planas de esta trama, proliferan, y grupos de células redondas aparecen entre los haces fibrosos. De esta manera se constituyen las dos partes del tejido canceroso, una, los botones epiteliales proliferando con actividad llenan los alveolos, y la otra, la trama vasculo–conjuntiva limita los al–veolos.

Las neoformaciones epiteliales penetrando en la profundidad de la pared gástrica siguen con preferencia las vías de circulación linfática, transportados después á troncos más voluminosos.

Las arterias y las venas son también atacadas, sobre todo las primeras, bajo la forma de peri y endoarteritis.

Una vez nacido el cáncer, tiende á desenvolverse en superficie y en profundidad, estableciendo las distintas adherencias á los órganos vecinos, y es así que por simple continuidad de tejido un cáncer del estómago puede penetrar en el páncreas, hígado, bazo, intestino, pared abdominal, etc., y muchas veces á varios de estos órganos al mismo tiempo.

En 300 casos de laparotomía, el tumor ha sido encontrado movible solo 14 veces.

A consecuencia de degeneraciones que pasan en el interior, el cáncer puede ulcerarse y en su marcha progresiva puede dar lugar á dos complicaciones bastante serias: perforación y hemorragias.

La perforación es rara en el cáncer, 4 por 100 (Brintón), es mucho más frecuente en la úlcera estomacal.

Esta propagación por continuidad de tejido, no es propiamente una generalización. La verdadera generalización es la que se efectúa por las vías sanguíneas y linfáticas.—Células cancerosas del neoplasma primitivo, arrastradas por la sangre ó la linfa, van á alojarse en los tejidos ú órganos más ó menos alejados, que, multiplicán-

dose con actividad, desenvuelven colonias y por consiguiente tumores secundarios.

Esta generalización principia, casi siempre, por los gánglios regionales.

La invasión ganglionar es la regla, y en la vecindad del estómago se encuentran amenudo en la pequeña curvadura cierto número de gánglios cancerosos.

Siguiendo las vías linfáticas puede atacar la serosas de vecindad, como la mayor parte de los gánglios abdominales y aún aquellos que se encuentran algo distantes como son los de las íngles ó los del hueco supra-clavicular.

Después de la generalización ganglionar, la que le sigue en frecuencia es la generalización hepática, 25 por 100, que se verifica por la vía sanguínea (vena porta). Las vegetaciones cancerosas se detienen en las capilares hepáticas y vejetando activamente dan lugar á cáncer secundario del hígado.

La generalización peritonial, 17 por 100, se realiza por vía linfática. El sitio preferido es el gran epiplón.

La corriente linfática arrastra células cancerosas que caen en la membrana sensible desenvolviendo colonias secundarias.

Se distinguen dos formas de generalización peritoneal: una, en que los nódulos son poco nu-

merosos pero sí voluminosos, y la otra, en que sucede todo lo contrario: muy numerosos y poco voluminosos, semejantes á las producciones tuberculosas. La peritonitis consecutiva es seca ó con derrame cero–fibrinoso, hemorrágico ó purulento.

La generalización pleuro–pulmonar ocupa el cuarto lugar y en la proporción el 8 por 100. Parece que la generalización se efectúa por la linfa y vá del peritoneo á la pleura por los espacios linfáticos sub–diafragmáticos. En otros casos el parenquima pulmonar, es infectado por la sangre venida del hígado ya contaminado. La tuberculosis se encuentra asociada al cáncer secundario del pulmón, en la frecuencia de 8 por 100 (según Longe).

Se han observado simultáneamente bacilos de Koch y productos cancerosos al nivel de focos pulmonares; aún que no es siempre fácil y apesar del exámen microscópico, determinar si las pequeñas cavernas son el resultado del reblandecimiento de los tubérculos ó á núcleos cancerosos metastáticos.

Las invasiones á los otros órganos: intestino delgado, intestino grueso, bazo, riñón, piel, etc., etc., son generalizaciones sumamente raras.

La generalización puede verificarse en dos órganos á la vez, así es que el hígado y el pul-

món serían atacados en la proporción de 8.47 por 100 (Longe).

Conjuntamente con las metástasis cancerosas, mencionaremos las metástasis infecciosas, aunque son menos frecuentes que las primeras. La ulceración efectuada en el neoplasma, sirve de puerta de entrada á los microbios patógenos.

Asociados al cáncer del estómago, se han visto, la bronco–neumonia supurativa ó gangrenosa, pleuresia y pericarditis purulentas, endocarditis ulcerosas, abcesos del hígado, peritonitis y nefritis agudas, etc., y los estudios modernos de Hanot, han llamado la atención acerca de la forma septicémica del cáncer gástrico.

SINTOMAS

En la gran mayoría de los casos, el cáncer del estómago principia lenta é insidiosamente, reduciendose sus síntomas á perturbaciones digestivas muy irregulares.

El enfermo, comienza por sentir una sensación de peso en la región epigástrica, acentuándose este malestar después de cada comida y experimentando una dificultad más ó menos grande en las digestiones.

Además de estas perturbaciones dispepticas con flatulencia y erutaciones, sobrevienen dolores más ò menos persistentes en la región del estómago, que en muchas ocasiones podría tomarse por una simple dispepsia dolorosa, cuando se trata de una afección cancerosa en su principio.

Las perturbaciones digestivas duran algunas

semanas, y al cabo de este tiempo los enfermos se sienten que han enflaquecido, y que su apetito está completamente disminuído y á veces abolido

Los fenómenos dispepticos aumentan y se acentúan cada vez más, no tardando en presentarse un vómito de sangre como síntoma primitivo ó los dolores que al principio eran vagos é intermitentes, se hacen contínuos y más agudos.

Las pérdidas de fuerzas y el enflaquecimiento hacen rápidos progresos, llegando á su apogeo, cuando la enfermedad está en el periodo de la caquexia.

Dolor—El dolor que es un síntoma muy constante de esta afección, suele à veces no presentarse desde el principio hasta el fin de la enfermedad; existe en la proporción de un 92 por 100.

Tardío ó precóz, no es un dolor tan agudo como el producido por la úlcera, ni tampoco tiene lugares de predilección; siendo unas veces localizado y otras difuso. En el primer caso, es en la región del epigástrio que se nota y en el segundo, son dolores que se irradían á la espalda, hipocondrio, esternón, etc., etc.

Son contínuos é intermitentes y presentan modalidades de intensidad muy variables, observándose en algunos enfermos un simple dolor y

quedar lancinante y terebrante en otros; siendo los primeros los que más frecuentemente se observan. Estos dolores que sobrevienen expontáneamente, aumentan con la presión de la pared abdominal.

Vómitos – Este síntoma como el anterior no es siempre constante, su aparición es muy variable.

En algunas ocasiones se presenta en el período inicial de la enfermedad ó es un síntoma que se presenta durante toda la evolución de la entidad mórbida, apareciendo otras veces en el último período y ser completamente defectuoso en otros.

Según Lebert, su frecuencia es de 80 por 100.

Entre las causas que producen este fenómeno, parece que la principal es, cuando el neoplasma asienta sobre la región del píloro, estrechando el orificio é impidiendo por cierto que los alimentos sigan su curso normal; entonces el estómago reobra contra la sobre-carga; por otra parte, por la presencia del tumor hay una disminución en la capacidad del estómago, produciéndose el fenómeno, por fuerza mecànica.

Los vómitos son de distinta naturaleza; los unos son mucosos, casi acuosos y que se verifican generalmente en ayunas ó durante el día sin

ninguna clase de esfuerzos penibles, como por rejurgitación.

Los otros son alimenticios y se producen en tiempo más ó menos rápido ó más ó menos tardíos; según que la lesión radique, sea ya en el píloro ó sea en el cardias.

Cuando el neoplasma asienta en el cardias, los vómitos se presentan inmediatamente después de la ingestión de los alimentos; pasando todo lo contrario cuando el tumor interesa el otro orificio, los materiales ingeridos se acumulan en el órgano y lo vómitos se efectúan de tarde en tarde.

En los vómitos alimenticios se notan fragmentos de alimentos y carne no digeridos; porque el ácido clorhídrico se encuentra disminuido considerablemente, tanto en cantidad como en calidad.

El olor de los vómitos es muy diferente y está en relación con las fermentaciones que se producen en las sustancias alimenticias contenidas en el estómago.

La fermentación butírica dá á los vómitos un olor de manteca rancia y las sustancias albuminoideas sufren una descomposición debida á la digestión insuficiente y los líquidos vomitados, tienen un olor que se asemeja al de la putrefacción.

El color de los vómitos es amarillo verdoso, la

presencia de la bilis es muy rara; sobre todo cuando el tumor se localiza en la región pilórica.

El exámen microscópico revela la presencia de sarcinas, hongos, levaduras y diferentes clases de microbios y los glóbulos rojos de la sangre más ó menos alterados.

El ácido clorhídrico libre, está muy disminuido ó en cantidad insuficiente; igualmente el ácido clorhídrico combinado existe en proporciones mínimas.

Otra clase de vómitos y que tiene una real importancia, son los vómitos de sangre ó hematemesis; son frecuentes pero no constantes, su frecuencia es según Brinton de 42 por 100.

Habitualmente las materias vomitadas son negruzcas (vómito negro), que resulta de la combinación de la sangre con los ácidos del estómago. Es mucho más raro encontrar la sangre pura: siendo este carácter más propio de la úlcera estomacal; sin embargo, no es un hecho excepcional en el cáncer y puede ser en ciertos casos tan considerable la hematemesis, que pueden poner en peligro la vida de los pacientes y hasta arrastrar la muerte.

En algunos casos pasan desapercibidos pequeños hematemesis, sobre todo en aquellos en que no se hace un exámen atento y prolijo de las materias vomitadas.

Igual cosa sucede con la sangre que pasa al intestino y lanzada con las materias fecales en forma de mœlena; pues en muchas ocasiones, la gastrorragia se manifiesta por el mœlena, sin haber tenido ninguna hematemesis.

La hematemesis es un síntoma que sobreviene en los períodos avanzados de la enfermedad, cuando el tumor ha entrado en la época del reblandecimiento y por cierto en el de la ulceración, accidentes que producen las hemorragias.

Además de estos tres grandes síntomas, dolor, vómitos y hematemesis, hay varios otros que se observan durante la evolución de la enfermedad y si se quiere con la importancia y constancia de los primeros.

Así, por ejemplo, la anorexia, síntoma que se presenta en la proporción de 85 por 100 (Brinton) es uno de los primeros en aparecer.

En algunas veces, la anorexia suele presentarse en los últimos períodos; pero lo raro es que sea enteramente defectuoso.

Se presenta con ciertos caracteres que lo hacen distinguir de las otras afecciones del estómago, como la de ser contínua y persistente; el enfermo no se queja solamente de inapetencia, sinó que tiene repugnancia por ciertos alimentos especializándose con la carne y todas las sus-

tancias grasosas. Es decir, que esta anorexia es electiva.

Landouzy, decía que, la idea de cáncer era inconciliable con la conservación del apetito. Dujardin Baumetz y otros, han contradicho y con mucha justicia la opinión tan absoluta de Landouzy diciendo que, no solamente la anorexia puede ser defectuosa en los últimos días de la enfermedad; sinó que en algunos casos se ha constatado la bulimia.

El gusto es á veces amargo ó insípido y el aliento fuerte.

La digestión es muy perturbada y depende del tamaño del tumor, de su localización, del estado de la mucosa estomacal, etc.

Las digestiones son algunas lentas y otras dolorosas y además de los vómitos y dolores, el enfermo se queja constantemente de nauseas, rejurgitaciones y eructos fétidos.

Las perturbaciones intestinales son ya la constipación ó la diarrea; la primera acompaña los primeros síntomas y más tarde aparece la diarrea en la mitad de los casos.

Las hemorragias intestinales son frecuentes.

En los últimos períodos la enfermedad se caracteriza, por la presencia de un tumor en el epigástrio, cuya frecuencia se manifiesta en un 80 por 100. Sin embargo, hay casos donde el cán-

cer infiltrado en las túnicas del estómago sin formar tumor, nos dá la sensación de una induración difusa, esto es lo que se llama (cáncer en nappe) y en fin, hay casos en los que no se puede constatar á pesar de un exámen prolijo ni induración ni tumor.

El tumor representa uno de los síntomas más importantes, que, con el vómito negro, constituyen la base del diagnóstico.

Según la loçalización del neoplasma, puede percibirse más ó menos aisladamente; ofreciendo serias dificultades cuando existe sea ya en el cardias, la pequeña curvadura ó en la cara posterior, y siendo más accesible cuando se encuentra alojado en la cara anterior, gran curvadura y en el píloro.

La palpación efectuada en la región del epigástrio es algo dolorosa; pero raramente ocasiona un fuerte dolor, al menos que el cáncer no se haya propagado al peritoneo.

A veces el tumor se distingue á simple vista, sobre todo en los sujetos enflaquecidos; pero en general es por la palpación metódica que se llega á notar la presencia del tumor.

Los tumores de la gran curvadura asientan á la izquierda de la línea media y las del píloro cerca del ombligo y á la derecha de la línea mediana.

Durante que se hace la palpación es indispensable tomar ciertas precauciones, porque de lo contrario, fácilmente incurriríamos en un error; así, por ejemplo: cuando las paredes del vientre están muy contraídas por los músculos rectos del abdómen, pueden impedirnos palpar un tumor subyacente ó hacernos creer en un tumor que no existe. Es, pues, esencial colocar estos músculos en completa relajación y para ello el enfermo debe respirar con la boca abierta y tener los muslos flexionados.

Generalmente el tumor ocupa casi siempre la región del epigástrio, más ó menos aproximados al ombligo y no es raro observar su localización hácia el hipocondrio izquierdo.

Cuando se hace la palpación abdominal, el tumor parece más ó menos movible; pero hay que tener esta aparente movilidad en los carcinomas estomacales; porque casi siempre contraen adherencias y así nos demuestra la estadística que ya conocemos: de 300 laparotomías hechas, solamente 14 veces, el cáncer del píloro ha sido encontrado movible y libre de adherencias.

Cuando el tumor asienta en la cara posterior, sus adherencias se establecen generalmente con el páncreas, los de la cara superior con la pared abdominal y los del píloro con el hígado, duodeno, páncreo, vescícula biliar, etc., etc.

De manera que cuando exploremos un cáncer del estómago, tendremos en cuenta que no es solamente el tumor el movible, sinó una masa que comprende el tumor con sus adherencias. Estas nociones son muy necesarias á conocer bajo el punto de vista operatorio.

La percusiòn no nos dá precisamente un sonido mate, modificándose los caracteres de este sonido, por la vecindad gástrica.

Cuando está estrechado el orificio pilórico, causa una dilatación del órgano y por consiguiente una sonoridad exagerada. Por otra parte, el sonido cambia según el estado de reflexión ó vacuidad del estómago.

Al notar la presencia de un tumor abdominal, es forzosamente necesario explorar las regiones ganglionares.

En los tumores cancerosos del abdómen, las adenopatías se manifiestan en los gánglios de la ingle, de la axila, de la fosa supra–clavicular, etc., etc. M. Troisier admite que la adenopatía puede producirse en el curso de todo cáncer del abdómen; pero que es sobre todo frecuente en el cáncer del estómago (14 veces sobre 27).

Es un síntoma que se manifiesta en los últimos períodos, aunque ha habido casos en que se han presentado cinco, seis, ocho y hasta dos años antes de la muerte.

La adenopatía ha llamado mucho la atención sobre la importancia diagnóstica y que Virchow, Friedreich y otros, se han ocupado bastante de este asunto. Los gánglios son de volúmen variable; desde tamaño de una lenteja hasta el de una nuez y aún más, presentándose generalmente hácia el costado izquierdo. Son completamente indoloros, hasta el extremo que pasan muy á menudo desapercibidos del enfermo; tienen la consistencia de una piedra y una dureza notable, son movibles y no establecen adherencias con la piel.

Todos los síntomas hasta aquí enumerados, poco acentuados al principio, quedan ahora característicos del estado que se denomina caquexia cancerosa.

Los tegumentos adquieren una coloración amarillo-paja, sus fuerzas se pierden progresivamente, el apetito considerablemente disminuido y abolido, el enflaquecimiento queda extremo; la piel seca, rugosa, ha perdido su elasticidad, fiebre aparece por ocasiones, díarrea continua y el enfermo no tarda en sucumbir.

Durante todo este período de caquexia, el paciente ha conservado todas sus facultades intelectuales y el enfermo asiste hasta el último á su ruina.

Las mucosas ofrecen una palidez anémica y

los tegumentos adquieren la coloración característica.

La infiltración no tarda en aparecer, tanto en los miembros inferiores, como en los miembros superiores ó en la cara. Estos edemas no deben confundirse con los que son debidos à una trombosis venosa y que Trousseau ha sido el primero en establecer la relación del cáncer y la flevitis obliterante.

La flegmasia alba dolens es un signo cuando existe, de un gran valor: «así, si nos encontramos indecisos sobre la naturaleza de una enfermedad del estómago, que se dude entre una gastritis crónica, una úlcera y un cáncer y véamos aparecer una flegmasia alba dolens en la pierna ó en el brazo, cesará nuestra indicación y nos pronunciaremos definitivamente sobre la existencia de un carcinoma».

Este diagnóstico se verificó más tarde en el mismo Trousseau y á la aparición de una flegmacia en la pierna afirmó la existencia de un cáncer estomacal, del cual sucumbió á los ocho meses más tarde.

La anemia cancerosa es extrema y de todos los cánceres, es el del estómago, el que produce la anemia más pronunciada, debido á que esta afección conduce á la caquexia por una forma de

inanición prolongada y más aún que dá lugar á hemorragias graves y contínuas.

El número de glóbulos rojos disminuye á medida que la enfermedad avanza y llega hasta descender á un millón por centímetro cúbico. Lo mismo sucede con respecto á las deformaciones globulares, deformaciones tan pronunciadas, como en la anemia perniciosa progresiva.

La modificación en la constitución de las orinas, está en relación con la caquexia. La úrea, los fosfatos y los cloruros están generalmete disminuidos.

La presencia de indicán tiene alguna importancia: una cantidad de este cuerpo en la orina es para Senator un signo muy constante del cáncer gástrico. La uribilinuria existe cuando el hígado está interesado secundariamente.

Complicaciones— Las perforaciones, peritonitis, hemorragias graves y las metástasis, tales son las principales complicaciones del cáncer gástrico.

Esta afección á pesar de ser una enfermedad apiréctica, existen no obstante casos febriles, cuyos accesos se asemejan á los accesos palúdicos.

Briton creía que solamente se observaban en los casos de cáncer de forma rápida y es muy posible que sea debido á la invasión del organis-

mo, por gérmenes que han entrado en la sangre al nivel de la úlcera neoplásica. Se han citado otros casos de una verdadera septicemia.

Las complicaciones toráxicas no son raras (tuberculosis, pleuresia, neumonia) y de las complicaciones vasculares, la flegmosia alba dolens que como sabemos, Trousseau ha sido el primero en establecer su importancia.

Las metástasis principales, son, las que se verifican en el hígado, peritoneo, pleura y pulmón, que son de las complicaciones, las más frecuentes.

Duración, marcha y pronóstico — La duración del cáncer estomacal es muy difícil de precisar. Del mayor número de estadística resulta que la duración mediana del cáncer gástrico es de 12 á 18 meses; por otra parte es también difícil de precisar el principio. Brinton hace notar que los primeros síntomas se manifiestan á menudo en el momento de la ulceración del neoplasma.

En la evolución de los tumores malignos, se observan que hay unos de marcha lenta y otros de marcha rápida; siendo esta última la que se verifica en las gentes jóvenes, forma de cáncer agudo, que se terminan por la muerte al cabo de tres á cuatro meses, y los de marcha lenta que duran hasta tres y cuatro años.

Ciertas condiciones tienen alguna influencia sobre la evolución de la enfermedad; así, por ejemplo, cuando el tumor asienta en alguna de sus caras y la anterior sobre todo, no interesando los orificios, su duración es mucho mayor y la muerte se produce á los tres años próximamente de haber sentido los primeros síntomas. No así cuando el cáncer interesa los orificios; entonces la enfermedad es más rápida, por los efectos de la inanición sumados con los fenómenos de la caquexia. Otro tanto sucede si en el curso de la enfermedad sobrevienen hemorragias tan copiosas cuya reparación no sea posible. La peritonitis, la perforación como el desenvolvimiento de una metástasis hepática, pleuro-pulmonar, peritoneal, etc., son complicaciones que aceleran la terminación fatal.

La marcha del neoplasma maligno es siempre progresiva; pero que en ciertos y determinados casos y debido á un tratamiento adecuado y bien dirigido puede obtenerse una mejoría en que desaparezcan los vómitos, dolores y hemorragias por cierto tiempo.

Pero la condición que hace que la remisión sea más manifiesta, es la permeabilidad del orificio pilórico, cuando hay extenosis completa, por la ulceración del neoplasma cesando los fenómenos de obstrucción; pero desgraciadamente al

cabo de un tiempo más ó menos largo, sobrevienen los síntomas con mayor intensidad; los dolores son más vivos, los vómitos más frecuentes y la caquexia hace rápidos progresos.

El pronóstico es fatal. Todos los tratamientos internos son impotentes para la curabilidad del cáncer gástrico; solo la intervención precóz puede establecer la mejoría por cierto tiempo.

DIAGNÓSTICO

En buen número de casos, el diagnóstico es absolutamente imposible. La sintomatología que nos ofrece el cáncer del estómago es tan variable, que no es muy raro que tropecemos con serias dificultades para formular el diagnóstico.

Como ser en los casos en que la lesión cancerosa no se revela por ninguno de los síntomas capitales, no hay vómito, ni dolor, ni hemorragia, tumor, etc., y sin embargo, el paciente tiene todas las apariencias de la caquexia cancerosa; ó bien hay tumor sin ningún síntoma de cáncer.

En algunas otras circunstancias el enfermo presentando casi por completo la sintomatología de la enfermedad, tales como: vómitos, dolor, anorexia, hemorragia, tumor en la región del estómago y una caquexia más ó menos marcada se diagnostica cáncer del estómago; pero al cabo

de algún tiempo, dichos síntomas han desaparecido y el sujeto cura, dando por cierto un desmentido al diagnóstico.

En otros casos, en fin, en que los síntomas del cáncer estomacal, poco avanzado en su evolución, han pasado desapercibidos por un cáncer secundario del hígado, que desenvolviéndose ha dominado la situación.

Por otra parte, el mayor número de los síntomas clásicos de tumor canceroso estomacal encuéntrase en otras enfermedades, tales como la úlcera estomacal, gastritis crónica, dilatación de estómago, etc., y en casos aún en que el estómago está absolutamente sano y que los síntomas y la caquexia, sean el resultado de un tumor de vecindad sea ya de páncreas, del epiplón ó gánglios mesentéricos.

Algunos de los síntomas mencionados no tienen un valor patonogmónico y no son suficientes para establecer el diagnóstico. El único que tendría una significación desiciva, sería el de encontrar en las materias vomitadas ó en los líquidos extraidos por la sonda, un fragmento del neoplasma; pero este es un hecho excepcional.

Y así se comprende que la estadística presentada por un discípulo de Guyon, de 113 casos de cáncer estomacal, solo 34 habian sido objeto de un diagnóstico exacto.

Los errores del diagnóstico no son raros á pesar de que se trata de una afección muy común y de las mejor estudiadas.

«Bouberet dice que la frecuencia misma del cáncer gástrico lleva á menudo á los mejores clínicos á afirmar la existencia del cáncer en los casos en que se trataba de otra afección, y se ha visto tomar más de una vez por cáncer, las formas graves de la dispepsia nerviosa».

Y se comprende que hay un interés capital en diagnosticar cuanto antes la existencia del tumor, para no intervenir en un período demasiado avanzado.

De manera que es muy á menudo, necesario y prudente de no concluir en el primer exámen y de repetir las exploraciones en ciertos intervalos. La evolución de la enfermedad es también un elemento de diagnóstico. La pérdida del peso del cuerpo, el empeoramiento progresivo de las perturbaciones digestivas y de la caquexia y el aumento de volúmen del tumor, son signos y síntomas que atestiguan la naturaleza cancerosa del tumor.

Diagnóstico del cáncer y la gastritis—En el cáncer de formas dispépticas, las perturbaciones digestivas son muy pronunciadas y muy á menudo el enfermo llama la atención del médico sobre e funcionamiento muy irregular é inperfecto de su

estómago. El apetito ha disminuido, tiene repugnancia por ciertos alimentos y sobre todo por la carne, la lengua está sucia, las deyecciones de regular que eran se hacen más raras y más duras, el enfermo ha enflaquecido; pero no tiene anorexia, ni dolor, ni vómitos, ni hematemesis, ni tumor, etc., esta forma de tumor es la que se confunde más á menudo con el catarro gástrico crónico.

Entonces en semejantes casos, ¿de qué medios nos valdremos para saber si se trata de una gastritis ó de un cáncer en su principio? El que nos prestará grandes servicios será el quimismo estomacal, que practicado pueden presentarse dos eventualidades, ó un tipo hiperpéptico con hiperclorhidrio ó al contrario un tipo hipopéptico con ausencia de ácido clorhídrico ó casi nula.

En una estadística que se hizo al respecto de 55 casos de cáncer estomacal, se notó que en 54 había hipopepsia, así que poniéndose en el caso de la primera eventualidad, se tiene el derecho de eliminar el diagnóstico de cáncer. Por otra parte, muy raramente se observan en las gastritis, sobre todo en aquellos que llegan á la hipopepsia intensa ó á la apepsia un principio tan reciente y fácil de precisar como en el del cáncer.

La gastritis pertenece á todos los períodos de la vida y son el resultado de un exceso de co-

mida, ó á la ingestión de sustancias irritantes, mientras que en el cáncer aparecen sín causa apreciable entre los 40 y 75 años.

El apetito del canceroso es habitualmente perdido y casi nunca lo recupera, mientras que en las gastritis nótanse notables mejorías y el paciente reconoce los días que come con verdadero bienestar.

Los vómitos del cáncer son más frecuentes que los de la gastritis y su composición es de sustancias alimenticias, mientras que los de la gastritis su composición son de mucosidades.

Los dolores no ofrecen caracteres bien distintos; pero en general cuando el cáncer es doloroso, el dolor es más pronunciado y sobre todo, más persistente que en la gastritis.

Las sensaciones de peso y plenitud que se experimentan despues de las comidas, como también los eructos y pirosis; en el canceroso estos males se repiten con una tenáz y perseverante uniformidad, cualquiera que sea la composición de las comidas; mientras que en la otra afección estas sensaciones desesperantes, pueden momentáneamente desaparecer ó por lo menos disminuir mucho y especialmente cuando se observa un método más ó menos severo en su alimentación.

En una época más avanzada, cuando los vómitos se hacen más contínuos, cuando el enfla-

quecimiento ha hecho progreso y la caquexia es más avanzada, el diagnóstico de cáncer y de algunas gastritis pueden aún ser dudosos y mucho más en aquellas gastritis con hipopepsia tan pronunciada que llegan algunas veces á un estado de debilidad é inanición extrema.

Pero si la afección excede de quince meses, que es aproximativamente la duración mediana del cáncer, podemos desechar la idea de neoplasma maligno y más todavía si durante este tiempo no se hubiesen presentado algunos de los síntomas capitales de la afección cancerosa.

En fin, el estudio de la naturaleza de los vómitos, de las hematemesis, el quimismo estomacal, etc., serán las principales bases para formular el diagnóstico, hasta que la aparición de una flegmasia alba dolens ó la coloración amarillo paja de los tegumentos y la formación de un tumor, etc., nos saquen de la duda.

Diagnóstico del cáncer y de la úlcera—En estas dos afecciones existen síntomas que les son comunes, las hemorragias, vómitos y los dolores, establecen una gran analogía, que muchísimas ocasiones el dignóstico puede presentar dudas. Pero en la gran mayoría de los casos se llega á distinguir, sobre todo ahora con los procedimientos químicos.

Un primer punto á considerar es la edad del

sujeto: pues la úlcera es frecuente entre 20 y 40 años, mientras que el cáncer lo común es observarlo pasado los 40 años.

Sin embargo, pueden pasar hechos contrarios, de presentarse el cáncer antes de los treinta años y observar la úlcera de cuarenta á sesenta años; pero esto constituye la excepción.

La úlcera se desenvuelve más notablemente en la mujer y el cáncer en el hombre.

El apetito no se pierde cuando el enfermo tiene una úlcera y á veces por el contrario, el paciente experimenta una sensación de hambre exagerada. Estos fenómenos están muy lejos de observarse en el canceroso, que solo tiene una anorexia persistente.

Los vómitos que se verifican por las mañanas y en ayunas son propios del cáncer, exhalan un olor fétido. Los que sobrevienen á consecuencia de una úlcera son alimenticios y se verifican inmediatamente despues de cada comida, quedando el paciente en un verdadero bien estar, por la cesación momentánea de las crisis dolorosas y, en fin, los vómitos característicos de una éxtasis gástrico más ó menos prolongada, son propios del cáncer, no solamente porque sea debibo á la estrechez del píloro que es lo más frecuente, sinó que la intolerancia gástrica producida por una úlcera no permite una larga

permanencia de los alimentos en el estómago.

Pero en los que nos dejen con alguna duda, recurriremos entonces al quimismo estomacal.

Sabemos perfectamente que la secreción de un estómago canceroso es muy escasa en ácido clorhídrico. En la úlcera sucede todo lo cantrario, hay una hiperclorhidria ó hipersecreción. Esta es la regla y pueden, sin embargo presentarse casos, aunque muy escasos, que no permitan á este signo atribuir un valor absoluto. Así, por ejemplo, en aquellos casos en que la mucosa esté alterada á consecuencia de gastritis secundaria y que el sujeto se encuentre en un estado caquéctico, no sería raro encontrar en los líquidos extraídos despues de las comidas de prueba ó en las sustancias vomitadas, que la cantidad de ácido clorhídrico esté anulada ó por lo menos disminuida.

Si el cáncer sucede á una úlcera pueden coincidir, con el exceso de la secreción del jugo gástrico.

Los desgarradores dolores estomacales, podemos decir que no son naturales del cáncer, pertenecen con más propiedad á la úlcera, sin dejar de reconocer, que no son raros los casos en que el neoplasma maligno produzca dolores; pero que jamás llegan á la intensidad de los de la úlcera, que son paroxísticos y provocados por la inges-

tión de los alimentos, para cesar una vez que el estómago esté evacuado.

Las hematemesis producidas por el cáncer, no son tan abundantes, tan frecuentes y tan copiosas como las que verifican la úlcera y casi nunca veremos en el cáncer, vómitos de sangre tan abundantes, como los que sobrevienen en todos los períodos de la úlcera y que en muchísimas ocasiones ponen en serio peligro á los enfermos. Pero, aunque excepcionalmente, pueden producirse gastrorragias graves y aún fulminantes en los cancerosos, como así mismo hemorragias leves y ligeras en la úlcera. En los casos en que los vómitos de sangre producidos por el cáncer sean copiosos (muy raro por cierto), presentando gran analogía con los de la úlcera, se pueden no obstante y con facilidad establecer la diferencia; los enfermos debilitados por las pérdidas de sangre á consecuencia de una úlcera, se notan que en algunos días ó algunas semanas, el enfermo recupera su sangre y sus fuerzas perdidas; mientras que en el canceroso no se puede desgraciadamente por ningún medio llegar á este resultado y por el contrario, la anemia y la caquexia avanza.

Hay veces en que el diagnóstico se hace imposible ó por lo menos difícil: me refiero á esos casos en que el cáncer se implanta sobre una úl-

cera ó cuando las dos afecciones evolucionan al mismo tiempo, tal es así el caso presentado por Dieulafoy en 1897; se trataba de un enfermo que presentaba todos los síntomas de un cáncer: coloración amarillo-paja de los tegumentos, hipoclorhidria, caquexia progresiva, gánglios en la región de la ingle, etc., y sin embargo, en la autopsia se vió que el estómago tenia una gran úlcera y que en una pequeña porción de sus bordes, sufría la degeneración cancerosa. Es precisamente en esta clase de enfermos que estriba la dificultad del diagnóstico y en los que se requiere un estudio prolijo del curso de la enfermedad.

Si la existencia de una úlcera es generalmente fácil de diagnosticar, no sucede lo mismo, con la transformación de la úlcera en cáncer, que ofrece ordinariamente serias dificultades, y se comprende cuanta importancia nos reportaría para el pronóstico y sobre todo para el tratamiento en saber si se está al frente de una afección cancerosa ó simplemente de una úlcera; pero desgraciadamente en estos casos difíciles, no disponemos ni de síntomas ni de signos que nos permitan de una manera evidente afirmar la existencia de un cáncer; porque síntomas tales como la hipoclorhidria y anaclorhidria pierden aquí su valor; igual cosa sucede con la induración en la región

epigástrica, que podría ser debida á una úlcera no cancerosa, cuyos bordes indurados nos dán la sensación del tumor, cuando en realidad solo se trata de una simple úlcera; por otra parte el cáncer existiría, sin manifestarnos ninguna clase de tumor.

Diagnósticos del tumor canceroso—La presencia de un tumor en el epigástrio, es un síntoma de suma importancia y que amenudo causa error de diagnóstico; un cierto número de tumores abdominales pueden ser confundidos con el cáncer del estómago.

En un sujeto que tenga perturbaciones dispepticas, vómitos, hematemesis, enflaquecimiento y síntomas caquecticos, etc., y que se note un tumor ó induración en el epigástrio, este síntoma es considerado como de más importancia para el diagnóstico de cáncer del estómago.

Y bien, es el tumor que causa lo más amenudo el error. Tal es así que lo prueban un gran número de observaciones hechas por Chaput, Brissaud, Terrier, Doyen, Lauderer, y muchos otros, en que creian que la afección era debida á un cáncer, y una vez que cada uno hacía su intervención quirúrgica, notaron que en ninguno de los casos se trataba de neoplásma maligno.

Hay que tratar de evitar, con un poco de atención, los errores groseros que se cometen al

hacer la palpación y tomar por un cáncer del estómago, la resistencia del músculo recto del abdómen, la cabeza del pancreas, etc., como también es conveniente vaciar el estómago en los casos más ó menos dificultosos.

El primer punto á resolver, es establecer si el tumor pertenece al estómago. El problema es fácil de solucionar, si se tiene en cuenta la situación del neoplásma, su inmovilidad durante los movimientos respiratorios, y si se ha recurrido á la insuflación del estómago y grueso intestino.

La induración cancerosa ofrece verdaderamente un gran valor; pero hay casos en los cuales esta induración, está sugeta á desplazamientos más ó menos grandes. Es así que el cáncer de la gran curvadura desciende en el abdómen y se encuentra arrastrado hácia la izquierda, y el más frecuente que es el pilórico se desplaza en proporciones considerables y tan pronto simula un tumor de riñón, como del còlon ó de la S ilica.

Los movimientos respiratorios movilizan ciertos tumores del abdómen, pero ordinariamente los tumores estomacales son poco influenciados por la respiración. Entre los órganos abdominales que más obedecen á la inspiración y espiración son el hígado y el bazo; mientras que el estómago é intestino no sufren sinó un desplazamiento insignificante, al menos que no se encuen-

tren fijados por adherencias al hígado ó al bazo, y participen de esta manera á la movilidad de dichos órganos.

Un método que nos permite precisar el asiento de los tumores, cuya situación es dudosa, es la insuflación del estómago.

Las observaciones en este sentido son hechas en su mayor parte por Minkoroski quien establece las siguientes conclusiones: «la insuflación del estómago, un tomor del higado arriba y á la derecha, y el borde superior de la glándula hepática queda más accesible á la palpación. La insuflación del intestino desplaza directamente arriba el límite inferior del hígado y si existe un tumor de la vesícula biliar, es llevada adelante. Estos cambios de posición son defectuosos si el tumor del hígado es muy voluminoso. Los tumores de bazo son rechazados á la izquierda por la insuflación del estómago, amenudo también un poco descendido, mientras que por la distensión lleva arriba y á la derecha los tumores del hígado, y hace más accesible el borde anterior del órgano, desplaza directamente á la izquierda ó á la derecha aquellos del bazo, baja aquellos del grueso intestino y epiplón, recubre y tapa enteramente aquellos del pancreas, rechaza adelante y hace apreciable sobre una gran extensión aquellos de la cara anterior y de la

gran curvadura del estómago, desaparecen los de la pequeña curvadura y lleva abajo y á la derecha á la del píloro. La insuflación del grueso intestino rechazaría todos los tumores del estómago hácia arriba, mientras no tendría acción sobre el grueso y pequeño intestino y desplazaría abajo del gran epiplón. Elevaría el hígado y harian salir adelante los tumores de la vesícula, llevarían arriba y á la izquierda los del bazo, elevaría primero y luego recubriría en parte ó completamente los del riñón».

Los tumores del bazo—Pueden á veces confundirse con el cáncer de la pared anterior del estómago pero mendiante un exámen atento, se llega á distinguir los tumores del bazo, que son más netos y más arredondeados que el tumor canceroso del estómago, y el estudio del quimismo estomacal y otros síntomas contribuyen á esclarecer el diagnóstico.

El càncer del hígado—Ordinariamente se distinge con más ó menos facilidad del tumor canceroso del estómago. La situación en el hipocondrio derecho, la superficie lisa ó abollada, su consistencia, la icteria, ascitis, etc., son tantos síntomas que no dan lugar á duda. La dificultad, la más general, es reconocer el caracter primitivo ó secundario del cáncer del hígado.

Así como el cáncer del hígado ofrece para el

diagnótico pocas dificultades, no sucede lo mismo con la vesícula biliar, sobre todo cuando se trata de vesiculas inflamadas. La mayor parte de los tumores de la vesícula son de origen litiósico, más ó menos voluminosos, localizados hácia afuera del músculo gran recto del abdómen y por debajo del borde del hígado y de consistencia más ó menos dura. El cáncer de la vesícula es muy raro y se propaga generalmente á las vías biliares acompañándose de icteria.

Los síntomas que presenta el cáncer de la cabeza del pancreas, son bastante característicos para permitir un diagnóstico exácto. Hay que tener pesente que puede ser tomado por un tumor del píloro; cuando sea dificilmente accesible, la presencia de grasa en las deposiciones, y la de azucar en las orinas, y un exámen atento de los otros síntomas, facilitarán en mucho el diagnóstico.

Los tumores del duodeno—Se confunden ordinariamente con los del píloro, teniendo por resultado los mísmos fenómenos de estenosis, provocando los vómitos á veces abundantes y continuos.

Los tumores del intestino delgado y del intes–tino grueso, se presentan á veces ofreciendo dificultades en el diagnóstico. El tumor canceroso del grueso intestino se observa generalmente en

la S iliaca, siendo la del cólono transvers mucho más raro y podrían confundirse con un tumor de la gran curvadura; por otra parte, en los sugetos viejos ó constipados, las acumulaciones de las materias fecales, simulan un tumor del estómago, siendo necesario administrar dos enérgicos purgantes, suficiente para sacarnos de la duda. La insuflación del estómago y después del intestino, nos ayudará mucho á determinar con exactitud el asiento del tumor.

La perigastritis —Consecutivo del cáncer tiene suma analogía con la de la úlcera y la esperiencia ha demostrado que es más común observarla en la úlcera que en el cáncer. Esta es la opinion de M. Fournier, quien ha hecho un estudio muy prolijo.

«En el cáncer del estómago la peri-gastritis anterior supurada, revistiendo ordinariamente la forma de flegmón peri–umbilical, seguida de fistula gastro–cutánea ó gastro–cólica, es una complicación que se observa casi esclusivamente, cuando el cáncer está desenvuelto sobre una úlcera. Todo parece confirmar la opinión de Bouberet, que las perforaciones cancerosas del estòmago son más comunes, cuando el cáncer se ha implantado sobre una úlcera. Es sobre todo cuando el cáncer se desenvuelve sobre una úlce-

ra, que tiende á esteriorizarse y á invadir los órganos vecinos».

II Una vez que nos hayamos cerciorado que el tumor pertenece al estómago, es necesario distinguir el cáncer de los otros tumores ó induraciones que puede tener el estómago.

Hay que tener presente la rareza en el estómago de los tumores benignos, (lipoma, fibroma, adenoma) y por este motivo son siempre desconocidos.

Las perturbaciones digestivas que motivan. no tienen nada de particular, asemejándose más bien á la gastritis que al cáncer.

La naturaleza benigna de estos tumores se manifiesta, por la larga duración de la enfermedad y la integridad del estado general del paciente.

Diagnóstico de las formas anormales--Cuando el cáncer se acompaña de ascitis, puede dar lugar á un error de diagnóstico y el derrame peritoneal es atribuído ya á una cirrosis hepática, ya á una peritonitis tuberculosa ó cancerosa, mucho más si el derrame es abundante que no permita hacer la palpación.

Antes de verificar la punción disponemos de medios que nos hacen reconocer la naturaleza cancerosa del peritoneo, tales son por ejemplo las induraciones de los gánglios inginales. Y si

una vez efectuada la punción, el líquido es hemorrágico, es otro dato que vá en favor de la peritonitis cancerosa.

Las dudas desaparecen cuando la palpación pueda hacerse más completa y esto se consigue por medio de la punción; entonces los núcleos secundarios, como la masa cancerosa del epiplón se siente con toda nitidez. El tumor primitivo del estómago es reconocido y el diagnóstico queda establecido; ó pueda ser que esté profundamente colocado y la incertidumbre siempre subsista. Entonces se impone hacer la palpación en los demás órganos de la cavidad abdominal, si después de hecho este exámen, resultan que dichos órganos están indemnes, es muy razonable presumir la existencia de un cáncer estomacal; porque este es uno de los más comunes, sinó el más común de los cánceres de la cavidad abdominal.

La tuberculosis produce también masas induradas en la cavidad abdominal y el diagnóstico de peritonitis tuberculosa es poco probable si á la auscultación no se oye nada de anormal y el sugeto no pesenta síntomas de escrófula. Se llegará el diagnóstico por esclusión y se admitirá la existencia de cáncer primitivo del estómago, mucho más cuando el sugeto presente síntomas de la afección cancerosa: perturbacio-

nes en la digestión y nutrición, pérdida de apetito, enflaquecimiento, etc, etc, antes del desenvolvimiento de la ascitis. En estos casos dudosos la aparición de una flegmosia, decidirá el diagnóstico en favor del cáncer.

Forma simulando obstrucciòn intestinal—Landouzy relaciona la historia de una jóven de 17 años, que atacada de constipación ordinaria y vómitos, presentaba en el trayecto del cólon transverso masas induradas. La mayor parte de esas masas fueron evacuadas por un purgante; pero persistió en un tumor duro en la derecha y por encima del ombligo.

A la autopsia se encontró con un cáncer del píloro.

En otro enfermo, se trataba de una mujer de 85 años, que después de cuatro meses de dolores y vómitos, tuvo una constipación opinaria y vómitos fecaloides. Se hizo diagnóstico de obtrucción por cáncer del intestino y la autopsia reveló la existencia de un cáncer del píloro.

Forma con anasarca—No es raro confundir á simple vista cuando existe un edema más ó menos abundante y localizado en los miembros inferiores y el abdómen y aún tomando el aspecto del anasarca con una afecciòn cardiaca ó una nefritis crónica; pero bien pronto se disipan las

dudas al examinar el corazón y las orinas no revelando nada de anormal.

Formas individualcs — Sabemos perfectamente que el cáncer es una afección que se desarrolla en los sujetos de una edad avanzada; sin embargo, aunque rarísima en los jóvenes también se desarrolla, siendo por esta causa que á veces puede cometerse errores de diagnóstico, mucho más cuando la sintomatología del cáncer juvenil ofrece diferencia de las formas ordinarias. La marcha es mucho más rápida que en el cáncer de los adultos, cuya duración mediana es de tres á cuatro meses. La coloración amarillo-paja de los tegumentos y característico de los viejos, falta en la forma juvenil y solo tienen una simple palidez de la cara. Las perturbaciones digestivas no adquieren la intensidad que se vé en las formas comunes y el apetito se conserva hasta una época muy avanzada de la enfermedad. Las hemorragias son en menor escala y los dolores menos agudos. La caquexia es poco avanzada y las fuerzas pueden mantenerse hasta el fin. Los edemas y la ascitis son precoces y abundantes.

TRATAMIENTO

El tratamiento del cáncer gástrico puede ser médico y quirúrgico. El primero es únicamente paliativo. Ninguno de los medicamentos que se han empleado y que se emplean, son capaces para detener la marcha progresiva del tumor, mucho menos para hacerlo retroceder.

La base del tratamiento médico se refiere á que la nutrición general del sujeto esté en las mejores condiciones que se pueda, procurando para ello alimentar á los cancerosos.

El rol del médico no es, sin embargo, nulo, que, llenando ciertas indicaciones, puede prolongar la existencia á sus enfermos, calmándoles sus sufrimientos.

El régimen que debemos observar varía según nos encontremos en frente de una de las tres categorías siguientes: 1ª cuando el cáncer asienta

en el píloro, produciendo una estrechez más ó menos pronunciada, que impida el pasaje á los alimentos; 2ª cuando el cáncer ocupa la mayor parte del estómago, estrechando por cierto la cavidad gástrica, y 3ª cuando el neoplasma asienta en un punto cualquiera, no interesando los orificios.

En el primer caso y cuando la marcha de la estenosis no es muy rápida, lo que conviene es alimentar á los enfermos con una alimentación muy nutritiva y de muy poco volúmen, evitando así que los alimentos permanezcan en el estómago un tiempo más ó menos largo. Estableciendo convenientemente las comidas se evitarán las ectosis y fermentaciones como también los dolores y los vómitos.

Pero si la estenosis es más pronunciada é impide que el estómago se vacíe regularmente, dando lugar á la sobrecarga, en estos casos hay necesidad de recurrir á los lavajes del estómago que practicados con cuidado y precaución, prestarán un verdadero servicio, especialmente combatiendo la putridéz. Los lavajes se hacen con agua hervida y adicionada con una pequeña cantidad de bicarbonato de soda.

En los casos de retención marcada y que los líquidos del estómago sufran la fermentación pútrida, entonces los lavajes se hacen de una solu-

ción de cloral en la proporeión de 5 á 10 por 100.

Hay que hacer presente que si es cierto que los lavajes es el mejor medio para combatir la retención gástrica, las fermentaciones anormales y los fenómenos de absorción, es también cierto que el lavaje en los cancerosos presenta dos inconvenientes: si el neoplasma es muy friable, vascular ó está ya ulcerado, expone muy fácilmente á las hemorragias y contribuye en gran parte si es muy á menudo practicado, á aumentar las pérdidas de fuerzas y el enflaquecimiento del paciente. Es, pues, necesario de ejecutarlo con suma prudencia y en los casos que la retención sea marcada; quedando insuficiente de eficacia, cuando la obstrucción pilórica sea completa.

En el segundo caso, el enfermo es incapaz de ingerir los alimentos sinó en cantidad muy poco considerable. En esta categoría de casos hay que recurrir á la alimentación fraccionada, compuesta en su mayor parte de huevo, carne molida á pequeñas dósis y á intervalos de dos á tres horas.

Si la enfermedad avanza, de tal modo que la alimentación por la boca sea de todo punto imposible, ó que el dolor impida al enfermo alimentarse, se recurrirá á los lavajes alimenticios que será el último recurso.

En los casos de la última categoría, no hay ver-

dadera repugnancia por los alimentos; el apetito es conservado más ó menos bien; que instituyendo un tratamiento apropiado, es posible evitar por un largo período los dolores y los vómitos, fenómenos que causan la mayor molestia á los pacientes.

Dos son los medicamentos que convienen particularmente al tratamiento de la dispepsia cancerosa: el condurango y el ácido clorhídrico. Es cierto que el primero no es un específico del cáncer del estómago y las pretendidas curaciones por este medicamento han sido errores de diagnósticos. La verdad es que con el uso de este medicamento, mejoran ciertos estados dispépticos del cáncer gástrico. Y el ácido clorhídrico en solución de 3 á 4 por 1000, el enfermo tomará de una media copa á una copa de la solución y media hora próximamente después de cada comida.

El empleo de estos dos medicamentos parece preferible al de los fermentos digestivos; pepsina, pancreatina, papaina, que muy pocas veces producen la mejoría real y de alguna duración.

Con el mismo objeto de concretar las perturbaciones dispépticas, Hayem ha obtenido mejorías notables con el empleo del kefir. Este alimento-medicamento conviene perfectamente al estado gástrico de los cancerosos, que responde casi siempre al tipo hipopéptico.

Es de una digestión muy fácil y permanece poco tiempo en el estómago, y en muchas ocasiones los enfermos lo toman con verdadero placer. Así que los enfermos pueden alimentarse regularmente, se ordena á beber una botella en las comidas; pero cuando se alimenta con alguna dificultad, se tomarán dos ó tres pequeños vasos á intervalos.

Sabemos que las gastrorragias en el cáncer son raras y cuando llegan á producirse, es suficiente someter á los enfermos al régimen lácteo ó kefirico absoluto y se detendrán rápidamente. Pero en aquellos casos que por su repetición traigan consigo una anemia más ó menos intensa, se hará uso de los medicamentos reconstituyentes. Los de empleo preferido son el arsénico y el hierro; el primero administrado en inyecciones hipodérmicas bajo la forma de licor de Fowler y el hierro particularmente indicado en los casos en que la anemia, proveniente de las pérdidas de sangre, se haya producido en un momento que el estado caquéctico no sea muy avanzado.

En fin, los vómitos y los dolores del estómago, serán calmados con débiles dósis de morfina y cocaína, dando de una poción que contenga estos dos medicamentos, una cucharadita antes y después de cada comida; se ha observado que con este sistema, ha dado maravillosos resultados y

en aquellos casos rebeldes en que los dolores no han cedido por este medio se recurrirá á las inyecciones de morfina.

Tratamiento quirúrgico—En el tratamiento quirúrgico, dos son las operaciones aplicables al tratamiento del cáncer del estómago: la gastrectomía y la gastro-enrostomía.

La primera, ó sea la operación de Pean, se practica cuando el estómago está libre de adherencias y la afección está en su principio. Por eso es que dicha operación se presenta á veces con serias dificultades, mucho más aún que es imposible determinar el principio de la afección; por otra parte, el pensamiento actual, es de operar en las condiciones más favorables, como sucede, por ejemplo, en un cáncer del labio, manos ú otro órgano accesible, en que el cirujano interviene en un período muy cercano á su principio y que la afección bajo los ojos del médico, puede apreciar su volúmen, las adherencias, las generalizaciones ganglionares y establecer la posibilidad de hacer una operación precóz y afortunada.

De manera que la gastrectomía está indicada en aquellos casos en que en el estómago se encuentra un pequeño tumor, movible y sin ninguna clase de adherencias y sin generalización ganglionar. En resúmen, lo que más seriamente contra-indica la operación de Pean son, la gene-

ralización á los órganos vecinos y peritoneo y las adherencias extensas y sólidas. Si se encuentra alguna de estas complicaciones, debe abandonarse la gastrectomía y practicarse la gastro-enterostomía.

Esta operación es aplicable en los casos que contra-indique la gastrectomía y cuando á consecuencia de la estenosis cancerosa del píloro, hubiese una perturbación en el curso de las materias alimenticias. De este modo el enfermo obtiene una mejoría notable, porque la alimentase restablece y es muy probable que se retarde la evolución del cáncer, al sustraerse de las materias irritantes de la masa alimenticia.

Aparte de los casos verdaderamente excepcionales, la gastro-enterostomía, es una operación paliativa maravillosa y cuya mortalidad tiende sin cesar en decrecer cada día. Practicada en las condiciones ante dichas, dá una mortalidad de 43 por 100.

Los sugetos comen, digieren, aumentan de peso y el estado general es más satisfactorio, y cuando sobreviene la muerte, no experimentan los atroces dolores de la obstrucción pilórica, ni las terribles angustias de la inanición.

La única contra-indicación absoluta, es la imposibilidad de encontrar sobre los casos del estómago, una región indemne.

PEDRO A. CANO.

OBSERVACION I

SALA DEL Dr. CHAVES Y OPERADO POR EL Dr. POSADAS

M. B. natural de Patagonia, de 43 años de edad, mayoral, ingresó en la sala el 8 de Octubre de 1900, y ocupó la cama núm. 16.

Hace un año empezó á sentir ciertos trastornos gástricos; al despertar á la mañana sentía un malestar del estómago, y un estado nauseoso que desaparecía después del desayuno; en el resto del día no sentía nada de particular, almorzaba y comia con apetito, y las digestiones se hacían facilmente.

Desde el mes de Mayo tiene vómitos, al principio eran puramente alimenticios, sobrevenían á la mañana antes de comer nada, y contenían la comida del día anterior, (trozos de carne y de papa no digerida). No eran acompañados de dolores ni teñidos en sangre, ni tampoco eran diarios.

Después, se hicieron más frecuentes todos los

días y á veces varias ocasiones en el mismo día.

Harían unos veinte á que notó que con las materias alimenticias, vomitaba algo como borra de café.

Actualmente los vómitos sobrevienen á cualquier hora del día, son abundantes (más de un litro) y siempre de color oscuro; son provocados por los ardores que siente y por una sensación de plenitud que lo molesta; después de vomitar se siente mejor. No tiene dolores.

El apetito es irregular. Ha enflaquecido mucho.

Hace un mes y medio que está á régimen lácteo. Es constipado.

Antecedentes patológicos—A los 35 años tuvo un chancro, diagnosticado sifilítico por un médico; pero no tuvo manifestaciones secundarias á pesar de no haber hecho tratamiento mercurial.

Antecedentes hereditarios—El padre murió á los 45 años, ignora de qué. La madre es sana.

Estado actual—Sugeto bien constituido, estado de nutrición precario, con enflaquecimiento notable y atrofias de masas musculares. Piel flacida y de color pálido. Palidez de mucosas.

Abdómen—La inspección denota un abultamiento marcado del vientre, al nivel del ombligo que se prolonga hácia el hipocondrio izquierdo.

Dicho abovedamiento, cuyo relieve se pro-

nuncia netamente en su borde inferior que pasa á cuatro traveses de dedo por debajo del ombligo, corresponde al estómago enormemente dilatado, del cuál conserva más ó menos la forma, elástica á la palpación y dando á la percusión sonoridad timpánica. Esta sonoridad que ocupa la mayor parte de la mitad izquierda del vientre se extiende á todo el espacio de Traube y al 3er inferior, y el lateral del torax del lado izquierdo.

A la derecha de dicho abovedamiento, y á uno ó dos centímetros por bajo el reborde costal derecho de la altura de la línea muscular, se palpa un pequeño tumor de las dimensiones de una naranja, de superficie irregular, lovulada, de consistencia dura, poco movible y que desciende de poco en las inspiraciones fuertes.

Matidez hepática normal.

Aparato circulatorio y respiratorios normales.

Operación—Octubre 12 de 1900—Anestesia cocainica, con punción lumbar. La anestesia se hace perfectamente. Como fenómenos consecutivos inmediatos se observan dos ó tres vómitos abundantes de líquido negruzco y ácido.

Laparotomía mediana y superior. Se palpa al nivel del píloro un tumor duro y lovulado; el estómago se halla muy distendido.

Se procede á hacer la gastro-enterostomía anterior.

Se toma la primera porción del intestino delgado, á unos 12 centímetros de su unión en el duodeno, se le fija à la curvadura mayor del estómago, cerca de su borde mesentérico por una sutura continua con seda en un plano sero–serosa.

Se hacen las aberturas en el estómago é intestino de 4 á 5 centímetros más ó menos. Se sutura los labios posteriores del estómago é intestino por sutura de seda continua comprendiendo todos los planos.

Se hace lo mismo con los labios anteriores. Se hace un nuevo plano anterior sero·seroso de estómago é intestino en la misma extensión que el primero. Se cierra la pared con dos planos: uno profundo de puntos retirables y uno superficial cutáneo.

Suero artificial. Enemas de caféy cognac.

Ocubre 20 --Se retiran los puntos de sutura.

El enfermo encuéntrase perfectamente bien.

OBSERVACION II

SALA DEL Dr. CHAVES, Y OPERADO POR EL Dr. POSADAS

Cama núm. 8.—G. L. 34 años, casado, nacionalidad francés, criador de animales, ingresó en la sala el 5 de Agosto de 1900.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

id *individuales patológicos*—Sin importancia.

Hábitos—Fuma; alcohol con moderación.

Refiere el enfermo que sintiéndose con un ligero malestar del estómago desde hace unos meses atrás, hace año y tres meses, una mañana, estando trabajando á caballo, tuvo súbitamente varios vómitos (14 ó 15) constituidos por un líquido amarillento, espumoso, sin ninguna partícula sólida, que su conjunto sería un litro y medio de líquido. Esa mañana había tomado como desayuno solo algunos mates.

Hace dieta ese día y al siguiente al levantarse nota, que, los alimentos injeridos le producen

sensación de peso al estómago, arcadas, se abulta la región epigástrica y á las doce horas (ó más) de su ingestión, son vomitados, sin haber sufrido la menor alteración.

El vómito es dificil y doloroso. Desde entonces toda vez que ingería alimentos, se reproducían los vómitos con los mismos caracteres y siempre después de doce horas de tenerlos en el estómago. Nunca vomitó sangre. Después del vómito sentía un bienestar.

Se privaba de alimentos por los vómitos; pero dice que siempre tenía buen apetito, andaba siempre constipado del vientre y su peso iba disminuyendo mucho.

Así siguió tres meses, después viene á Buenos Aires, se hace ver por un médico que le recetó baños eléctricos, y después remedios al interior; pero fué siempre empeorando, y sus vómitos eran quizás más tenaces, aúnque tomara solo leche.

Transcurrieron seis meses en el mismo estado; su apetito se conservaba perfecto. Vé otro médico que le hace lavajes del estómago y lo pone á dieta láctea. Desde entonces los vómitos han desaparecido hasta la fecha; mejora un poco y nota que inmediatamente después de tomar la leche, su epigástrio se abulta por una ó dos horas y el enfermo palpándose ha sentido un tu-

morcito doloroso y que cambia de lugar aúnque muy poco, después desaparece para volver á su nueva comida. En los intérvalos de éstos se encuentra perfectamente y así ha seguido hasta la fecha.

Su apetito es siempre bueno, su constipación persiste, ha seguido enflaqueciendo. En sus deposiciones no ha visto nada que le llame la atención. Orina bien, en regular cantidad y claros.

Estado actual—Individuo bien desarrollado, pobre panículo adiposo, músculos conservados, algo flacidos, coloración amarillenta subicterico de la piel, mucosos pálidos. Desarrollo capilar venoso en la nariz y mejíllas.

Al nivel del epigástrio se ve un ligero abultamiento que desciende con los movimientos respiratorios, un poco hácia la izquierda de la línea media.

Por la palpación se toca un tumor de puper-cie algo desigual duro, resistente, doloroso á la presión, movible que sigue el descenso del diafragma aunque no muy estendido.

La percusión dá un tumor de área redondeada, cuya matitez se continúa con el hígado y que se estiende hácia ábajo al ombligo y hácia la izquierda invadiendo el hipocondrio izquierdo para terminar entre la línea mamilar y para-es-

ternal. A la derecha pasa ligeramente la línea mediana.

Hay un gánglio infartado en el cuello (parte inferior de la región carotídea izquierda).

Estómago dilatado—Demás órganos normales

Apetitos—Conservados.

Tratamiento—Dieta láctea.

Agosto 8—Laparotomía exploradora—Carcinoma del estómago con adherencias al hígado y cólon transverso—El tamaño y propagación del tumor impiden hacer otra cosa—Se cierra el vientre con sutura retirable.

Agosto 25—Mejoría relativa—Se vá de alta por su pedido.

OBSERVACION III

OPERACIÓN DE GASTRO-ENTEROSTOMÍA, POR UN CÁNCER DEL ESTÓMAGO.—Dr. POSADAS 1898

Tratábase de un sugeto de 42 años de edad, que hacía 8 meses á que se sentía enfermo. Experimentaba dolor en el estómago después de la ingestión de los alimentos sólidos, acentuándose más, al cabo de media hora.

Estos dolores solo se calmaban con el vómito, una vez que el estómago quedaba más ó menos vacío.

Llegó un momento que su esclusiva alimentación era la leche, alimentándose de esta manera por espacio de cuatro meses.

Durante dos meses, tuvo vómitos negruzcos cuotidianos abundantes y dos ó tres deposiciones negruzcas.

El enflaquecimiento hacía progresos, conservaba aún el apetito.

La coloración de sus tegumentos era amarillo-paja y las mucosas anémicas.

Exámen—*Palpación*—-Tumor duro, abullonado, poco sensible, movible con los movimientos de la respiración, timpánica.

Asentaba en la línea media supra umbilical y alojado en el sentido transverso en una anchura de seis centímetros y se terminaba del lado del píloro por una tumefacción del tamaño de una mandarina.

El estómago bajaba hasta tres traveses de dedo bajo el ombligo, y se veían sus contracciones despues de la ingestión de los alimentos. Las contracciones eran dolorosas.

Operación—Cáncer del píloro y curvadura menor.

Se hizo la gastro-enterostomía anterior clásica con dos planos sero-serosos y uno mucoso. Consecuencia simple.

Con la operación cesaron los vómitos, la alimentación se hizo fácil y abundante.

En este estado se mantuvo tres meses y al cabo de este tiempo sobrevino la caquexia, no tardando en sucumbir, precedido de un aumento enorme de volúmen del hígado acompañado de icteria.

Autopsia—Cáncer del estómago, píloro y pequeña curvadura con invasión al hígado.

El orificio de la fístula gastro-intestinal: libre, no invadido por la neoplaxia, el calibre admite el mango de una lapicera.

Buenos Aires, Noviembre 5 de 1900.

Nómbrase á los Señores: Académico Doctor José Penna, Profesor Titular Dr. Francisco A. Sicardi, y Profesor Suplente Dr. Ricardo Colón, para que, constituidos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
LUIS M. ACUÑA.

Noviembre 14 de 1900

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Sr. Pedro A. Cano:

«En el local de la Facultad, á 14 de Noviembre
« de 1900, reunida la Comisión que subscribe,
« encargada de dictaminar respecto de la ad-
« misibilidad de la tesis presentada por el ex-
« alumno Pedro A. Cano, que versa sobre el
« «Carcinoma Gástrico», resolvió admitirla.—
« Con lo que teminó el acto».

Firmados:—*José Penna.—Francisco A. Sicardi.—Ricardo Colón.—Zenón Aguilar*. Pro-Secretario.

LUIS M. ACUÑA

Fecha ut supra.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA

LUIS M. ACUÑA

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El mejor tratamiento de la estenosis cancerosa del píloro, es la gastro-enterostomía.

II

El vómito incoercible y la anorexia en las afecciones gastro-intestinales, son de pronóstico grave.

III

Indicación operatoria en el embarazo extra-uterino.