AÑO 1906 — Nº 1669

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

OBSERVACIONES CLÍNICAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN RAUL GOYENA

Ex practicante del Hospital San Roque (1903)
Ex practicante interno del Hospital Español (1903-4) y del Hospital Nacional de Clínicas (1904-6)

"LA CIENCIA MÉDICA"
Librería y Casa Editora de ARSENIO GUIDI BUFFARINI
CALLE CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

1906

OBSERVACIONES CLÍNICAS

AÑO 1906 — Nº 1669

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

OBSERVACIONES CLÍNICAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN RAUL GOYENA

Ex practicante del Hospital San Roque (1903)

Ex practicante interno del Hospital Español (1903-4) y del Hospital Nacional de Clínicas (1904-6)

"LA CIENCIA MÉDICA"

librería y Casa Editora de ARSENIO GUIDI BUFFARINI

CALLE CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

1906

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vice Decano

Dr. D. José Penna

Concejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con licen.)
» » Pedro N. Arata
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Cantón
» » Enrique Bazterrica
» » Antonio C. Gandolfo
» » José M. Ramos Mejia
» » Juan A. Boeri (supl.)
» » Baldomero Sommer
» » Gregorio Araoz Alfaro
» » Abel Ayerza
» » José R. Semprun
» » Jaime R. Costa

Honorarios

Dr. D. Eduardo Wilde
» » Martin Spuch
» » Telémaco Susini
» » Emilio R. Coni
» » Juan R. Fernandez

Secretario

Dr. D. Ricardo S. Gomez
» » Jonas Larguía

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina . . .	» PEDRO N. ARATA
Histología Teórico-práctica	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	*Vacante*
Anatomía Descriptiva	» JUAN D. PIÑERO
Semiología y ejercicios clínicos . . .	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana . . .	» HORACIO G. PIÑERO (con lic ncia)
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI (con licencia)
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	*Vacante*
Materia Médica y Terapéutica . . .	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» ADALBERTO RAMAUGÉ (con lic.)
Clínica Ginecológica.	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica. . . .	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica . .	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO (con lic.)
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA (con licencia)
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	*Vacante*
Patología General	» ROBERTO WERNICKE
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Genito-urinaria	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr. D. JUAN GREENWAY
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Química Médica	*Vacante*
Botánica Médica	» *Vacante*
Química Biológica	*Vacante*
Histología teórico-práctica	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN L. FIGUEROA
Semiología y ejercicios clínicos	MANUEL A. SANTAS
Anatomía Topográfica	*Vacante*
Fisiología General y Humana	» MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA (en ejercicio)
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO / LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	*Vacante*
Materia Médica y Terapéutica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE (en ejercicio)
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE / JOSÉ F. MOLINARI
» Oto-rino-laringológica	» WENCESLAO TELLO / ELISEO V. SEGURA
» Darmatológica y Sifilográfica	» M. ABERASTURY
Patología externa	» CÁRLOS ROBERTSON
Patología interna.	*Vacante*
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
» Epidemiológica	*Vacante*
» Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL / AVELINO GUTIERREZ / FRANCISCO LLOBET / MARCELO VIÑAS / MARCELINO HERRERA VEGAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES / JOSÉ A. SEMPRUN
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA / PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING / RICARDO COLON / LUIS AGOTE
Clínica Obstétrica	» FANOR VELARDE / ENRIQUE A. PARDO / ENRIQUE ZÁRATE / MIGUEL Z. O' FARRELL / SAMUEL GACHE
Toxicología Experimental	*Vacante*
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» BENJAMIN T. SOLARI / JOSÉ T. BORDA
Patología General	» ALOIS BACHMANN

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	Dr. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Farmacognósia y posología razonada	» JUAN A. BOERI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO C. BARRAZA
Física farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química analítica y toxicológica	» FRANCISCO P. LAVALLE
» » ensayo y determinaclón de drogas	
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRÍZAR
Higiene legislación y ética farmacéutica	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos Sustitutos
Zoologia gen., anatomía y fisiología comparada	*Vacante*
Botánica y mineralogía	*Vacante*
Química inorgánica aplicada	*Vacante*
Farmacognósia y posología razonada	Sr. JUAN A. DOMINGUEZ
Química orgánica aplicada	*Vacante*
Física farmacéntica	*Vacante*
Química analítica y toxicológica (primer curso)	*Vacante*
Técnica farmacéutica	*Vacante*
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	*Vacante*
Higiene legislación y ética farmacéntica.	*Vacante*

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr. ENRIQUE A. PARDO (en ejercicio)
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos Sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.	*Vacante*
Parto distócico y Clínica Obstétrica	*Vacante*

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr. LEÓN PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Catedráticos Sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología	*Vacante*
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	*Vacante*

A MIS PADRES

AL DOCTOR LUIS GÜEMES

á quien tanto debo

PADRINO DE TESIS

CONCEJERO PROFESOR DOCTOR LUIS GÜEMES

Señores concejeros:

Señores profesores:

Vengo hoy, después de tantas vicisitudes, á presentar á vuestra consideración este modesto trabajo, llenando así el último requisito que marca el reglamento para obtener el diploma de doctor en Medicina.

No encontraréis en él ninguna producción original, puesto que en los pocos años que he pasado dedicado al estudio de esta rama del saber, apenas si he podido adquirir la suficiente práctica para poder llenar debidamente mi misión al entrar al ejercicio de la profesión, sin poder dedicarme al estudio de una determinada de sus divisiones. Así pues, sólo os presento una serie de casos producto de mi observación durante mi práctica hospitalaria, y que juzgo de interés, tratando de contribuir de esta manera con mi pequeño grano de arena al engrandecimiento de la bibliografía médica de mi país.

Para terminar, me hago un deber imprimir en esta primera página el nombre de aquellos que fueron

mis maestros y directores al hacer mi aprendizaje en los hospitales, y para quienes mi gratitud será imperecedera: El señor concejero profesor doctor Luis Güemes, que me hace además el honor de acompañarme en este acto; el señor concejero profesor doctor Pedro Lagleyze; el señor concejero profesor doctor José M. Ramos Mejia; sus respectivos jefes de clínica doctores Ignacio Imaz, Pedro G. Rivero y José Ingegnieros; y los doctores Francisco Cobos y Daniel Lizarralde, del Hospital Español.

CAPITULO I

ULCERACIÓN TUBERCULOSA DEL ESTÓMAGO

La tuberculosis, ese mal que no respeta ningún órgano, ataca también al estómago como lo han demostrado las observaciones de Marfan, Letorey, Croats, Barbacci, Serafini, Mathieu y Remond, Weinberg, Hayem, Arloing, y otros. Determina en él lesiones de dos órdenes; lo más amenudo se observa, perturbaciones que dependen mucho más de la intoxicación general y de las modificaciones que la lesión pulmonar imprime á la circulación; en otras circunstancias el estómago puede ser atacado de una verdadera tuberculosis local.

Es esta una lesión rara, que evoluciona en general silenciosamente, por lo que es á veces una sorpresa de autopsia, y que ataca generalmente á individuos que padecen ya de tuberculosis de otros órganos, principalmente el pulmón y los intestinos.

Anatomía patológica—La tuberculosis del estómago puede presentarse bajo diversos aspectos. Su

sitio de predilección es la gran curvadura, pudiendo sin embargo encontrarsela en otras regiones del órgano como el píloro y la pequeña curvatura.

De forma redondeada ú ovalar, las ulceraciones presentan diámetros muy diferentes pudiendo tener desde el tamaño de una cabeza de alfiler hasta el de una moneda de dos centavos y algo más. Sus bordes irregulares y espesados, formando muralla según Eppinger, presentan granulaciones tuberculosas, cuando no están infiltrados de materia caseosa, así como su fondo.

Pueden ser únicas ó múltiples y á veces llegan á ser perforantes, aunque no con tanta frecuencia, relativamente, como la úlcera simple de Cruvelhier, perforación que según se ha notado en los casos en que se ha observado, muy rara vez se hace de dentro á fuera por el hecho de la úlcera, sinó á consecuencia de lesiones peritoneales ó de ganglios caseificados, reblandecidos y adherentes al órgano.

El examen microscópico demuestra que, en la generalidad de los casos, la ulceración no pasa de la mucosa y submucosa, pudiendo sin embargo tocar las otras túnicas y aun perforar los vasos, lo que puede traer una hemorragia mortal como en una de las observaciones de Letorey. El epitelio de la mucosa desaparece por trechos, las glándulas están rodeadas de una proliferación embrionaria, situandose los tubérculos al nivel

del tercio inferior de la mucosa y en la submucosa.

El bacilo de Koch ha sido hallado por Weinberg en los tejidos neoplásicos.

Etiología—La úlcera se encuentra en general en individuos jóvenes ya tuberculosos.

A este respecto hay una reflexión que hacerse: ¿por qué no es más frecuente la úlcera tuberculosa del estómago, siendo tan grande el número de los tuberculosos pulmonares, y sabiendo la facilidad que hay para que los bacilos lleguen al contacto de la mucosa gástrica, dado lo común que es la deglución de los esputos?

Hay que recordar, para responder á esta pregunta, la resistencia que opone el estómago á toda implantación microbiana por sus condiciones fisiológicas. El jugo gástrico y la capa de células mucosas que lo recubren ejercen una acción protectora, unidos á la motricidad evacuadora del órgano y á la acción bactericida del mucus, según Arloing.

Las experiencias de Letulle para basar la teoría de la infección en la úlcera simple de Cruvelhier vienen también en apoyo. Este autor ha llegado á la conclusión que la infección por ingestión es excepcional.

¿Por qué pues se produce en ciertos casos esta lesión tuberculosa? Jacks ha señalado la frecuente coincidencia de la tuberculosis con la úlcera simple, lo que ha hecho pensar á Hayem que èsta puede ser

infectada secundariamente por los esputos, y presentar nódulos tuberculosos por inoculación. En el caso de mi observación por otra parte, la enferma comenzó á sentir las manifestaciones estomacales á consecuencia de un medicamento que tomó que le produjo efecto cáustico en el esófago y estómago.

Asi pues, puede concluirse que la tuberculosis se implanta en el estómago cuando encuentra un terreno preparado por lesiones destructivas, aunque sean pequeñas, ya sean morbosas ó traumáticas, siendo siempre ó casi siempre secundaria.

La infección por vía sanguínea puede hacerse en los casos de granulia empezando entonces la lesión por las capas profundas y no llegando á ulcerarse dado la rápida evolución de la afección.

Síntomas. — " Los sìntomas no difieren á veces de las perturbaciones gástricas que presentan los tísicos vulgares ", dice Bouveret. A pesar sin embargo de la opinión de este autor eminente, puede hoy decirse que si bien no se consigue en todos los casos orientarse ni remotamente hacia el diagnóstico de lesión tuberculosa del estómago, sucede otras veces que, aunque no sin dificultades, puede llegar á hacerse.

En los casos de tuberculosis pulmonar de marcha rápida, de peritonitis tuberculosa, de tuberculosis miliar aguda, los síntomas pueden ser velados por los fenómenos generales.

En otros casos, al contrario, los síntomas gástricos son bien marcados, como ha sucedido en el caso de mi observación. Sucede entonces que el enfermo se queja de perturbaciones dispépticas, con anorexia, lentitud en las digestiones, estado nauseoso, lengua saburral, ó bien presenta la triada sintomática de la úlcera simple: dolor, vómitos y hematemesis.

El *dolor* se manifiesta de diversas maneras; generalmente es un dolor vago, sordo, sin carácter especial, siendo otras veces localizado pero más fuerte, ó irradiándose al abdomen (Observación I), presentando rarísimas veces el carácter transfixiante de la úlcera de Cruvelhier. Se produce en todos momentos tanto antes como después de las comidas y se nota que se exagera por la presión del hueco epigástrico (Obs. I).

Los *vómitos* no tienen en general nada de especial. Son poco frecuentes en comparación con el dolor, y son generalmente alimenticios. Se los ha observado estriados de sangre (Steiner). Son rara vez mucosos; á veces biliosos. Frerichs cita un caso en que semejaban vómitos incoercibles.

En realidad este sintoma, los vómitos, poco hace pensar en una lesión gástrica por el hecho de la frecuencia de la tos emetisante en los tuberculosos.

El quimismo gástrico poco ha sido investigado por los observadores; se habla sin embargo de hipopepsia que se carga en cuenta de la gastritis predomi-

nante en la mayoría de los tuberculosos. En la enferma objeto de mi observación, el análisis del jugo gástrico ha demostrado una hipopepsia bastante marcada.

La *hematemesis*, constituye para la úlcera tuberculosa del estómago el síntoma más importante. Aunque no tan á menudo como en la úlcera simple, se encuentra con relativa frecuencia y si no se la ha constatado en muchos casos es casi seguramente porque se producen pequeñas gastrorragias que pasan desapercibidas, según lo hace notar Arloing.

Puede presentarse como única manifestación de la ulceración específica ó ser precedida de vómitos, anunciándose por una sensación de tensión y de calor epigástricos á los que sigue el rechazo de la sangre, que puede hacerse en una cantidad tal que traiga la muerte del enfermo (Letorey), ó en pequeñas cantidades y repitiéndose á intervalos más ó menos largos.

A consecuencia de éstas como de todas las hemorragias gástricas puede notarse *melena*.

La *diarrea*, que en algunos casos se ha notado no es más que la manifestación de la infección bacilar del intestino y puede servir, revelando ésta, para hacer pensar en la naturaleza tuberculosa de una úlcera gástrica que evolucione y se haga notar al mismo tiempo.

Hay muchos casos, en fin, en que la ulceración tuberculosa no se manifiesta por ningún síntoma, razón por que no es posible sospechar su existencia, no siendo más que un hallazgo de autopsia.

Complicaciones—La más frecuente de todas es la perforación, que puede traer como consecuencia una peritonitis generalizada, ó más generalmente localizada debido á la infección bacilar preexistente del peritoneo que ha producido adherencias protectoras.

Debido á estas adherencias se ha visto la ulceración gástrica tuberculosa abrirse en el colon dando lugar á la producción de una fístula gástro-colica (Oppolzer, Barbacci)

Evolución—Se ha indicado una duración de 15 ó 20 meses para la úlcera gástrica tuberculosa, (Devobe y Remond). Hay sin embargo casos de mucha mayor duración presentando el mal algunas remisiones, sobreviniendo la muerte por el hecho de la tuberculosis pulmonar ó de otros órganos, concomitante á la úlcera.

Labadie-Lagrave, cita un caso en que se había producido la curación por cicatrización. ¿No habrá sucedido lo mismo en la enferma de la obs. I? Es muy probable.

En general sin embargo, la aparición de una ulceración gástrica en el curso de la tuberculosis pulmonar es un factor más que agrava el pronóstico del mal.

Pronóstico—Como consecuencia de lo antes dicho se comprende que cuanto más ruidosamente se manifieste la lesión estomacal más sombrío será el pronóstico, pudiendo llegar á ser fatal en aquellos casos con hematemesis abundantes, ó pequeñas pero muy repetidas.

Diagnóstico—Si hay un diagnóstico difícil es sin duda el de la ulceración tuberculosa del estómago. Presentándose como se presenta en la mayoría de los casos con los síntomas de una dispepsia en individuos tuberculosos, y siendo este síndroma sumamente frecuente en esta clase de enfermos, no se ocurre pensar en una lesión tan rara como la ulceración tuberculosa. Sólo en el caso que estas pertubaciones gástricas se compliquen de hemorragias, y que al mismo tiempo aparezca la diarrea como indicio de infección bacilar del intestino, se puede ser llevado á pensar en la lesión del mismo género del estómago.

En ninguno de los casos citados se habla del examen bacteriológico de las sustancias vomitadas: es claro que si hecho éste da resultado positivo como en el caso de la obs. I el diagnóstico está muy simplificado. Puede sin embargo presentarse aquí la duda de si los bacilos no serán llevados al estómago por esputos deglutidos; pero si se tiene en cuenta en el caso de la observación, que en los esputos los bacilos eran muy escasos, mientras que en las sustancias vomitadas

estaban en enorme cantidad, no se puede menos que atribuirles un origen gástrico.

En el caso de que la ulceración tuberculosa se manifieste por hematemesis se presenta la ocasión de hacer la diferenciación con la úlcera simple, cuya frecuencia en los tuberculosos es ya conocida. Como muy bien dice Simmonds «el diagnóstico exacto es muy rara vez hecho durante la vida á causa de la pobreza de los signos gástricos; se piensa mas bien en una ulcera simple que en una úlcera tuberculosa» porque «la ulceración tuberculosa presenta á veces los mismos síntomas que la úlcera redonda».

Sin embargo, en los casos de úlcera simple de forma común los síntomas son tan claros que el diagnóstico se impone, porqne la ulceración tuberculosa nunca los presenta en esa forma, sinó sumamente disminuídos de intensidad. En las formas frustras de la úlcera de Cruvelhier el diagnóstico es muy difícil. La eficacia del tratamiento será una ayuda.

El quimismo estomacal ayuda también para la diferenciación pues que, mientras que en la úlcera simple hay una hiperpepsia muy marcada, la lesión tuberculosa se manifiesta por hipopepsia (Obs. I).

Con el *cancer* la diferenciación es fácil á pesar de la hipopepsia, puesto que la tuberculosis gástrica aparece en la juventud, que los antecedentes, la marcha de la afección son muy diferentes.

Petruschky ha recurrido á la inyección de tuberculina para confirmar el diagnóstico. Para este mismo autor el lavage del estómago permitiría extraer en el líquido fragmentos de mucosa cuyo examen histológico sería fácil prácticar.

Tratamiento — Siendo tan difícil el diagnóstico, el tratamiento que generalmente se hace es el de la dispepsia ó el de la úlcera simple.

Una vez asegurados de la naturaleza de la afección el tratamiento indicado es el sintomático.

El régimen lacteo siempre conviene pues que es el que menos trabajo proporciona al órgano.

Contra el dolor se prescribirá el opio y sus derivados, la belladona, las fomentaciones calientes. El subnitrato de bismuto, que es según Hayem «el medicamento del dolor gástrico» puede ser empleado con ventaja sin temer su acción sobre el tipo químico, pues como lo ha demostrado ese autor no lo modifica en lo más mínimo.

Contra la hematemesis el reposo absoluto, dieta, bolsa de hielo, ergotina, etc., será aconsejado como en los demás casos en que se produce esta complicación. Los enemas de agua caliente á 48 ó 50 grados repetidos dos á tres veces por día, según el método de Tripier dan tambien resultado.

El tratamiento de la perforación debe tener siempre en cuenta para la intervención quirúrgica, que se trata en general de tuberculosos pulmonares avanzados.

OBSERVACIÓN I

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

Servicio del doctor Guemes

SALA V. CONSULTORIO EXTERNO. AGOSTO DE 1905

Rosa M., 34 años, argentina, casada.

Antecedentes hereditarios. Sin importancia.

Antecedentes personales. Ha tenido sarampión á los ocho años. Menstruó á los once, función que se hace y se ha hecho regularmente. Ha sido siempre muy débil y nerviosa; tuvo frecuentes vahidos durante sus embarazos y en el penúltimo una metritis de que fué operada.

Ha tenido cinco hijos todos sanos.

Enfermedad actual.—Hace un año y ocho meses sintió dolor en las espaldas, sobre todo al respirar, accesos de tos que le duraban como media hora, con esputos purulentos estriados de sangre roja, sudores nocturnos y fiebre en la tarde; comía poco, por falta

de apetito, y adelgazó mucho. Se puso en tratamiento y mejoró algo, persistiéndole la tos aunque con menos intensidad y expectoración.

Hace año y medio á consecuencia de un remedio que tomó y que no sabe qué era, se le inflamó la boca y sintió ardores en el estómago que aumentaban al tragar alimentos, empezando desde entonces su enfermedad. El dolor persistió situándose al nivel del apéndice xifoides é irradiándose al abdomen. No tomó desde entonces mas alimentos sólidos por impedirselo el dolor y los vómitos que se producían poco después de la ingestión. Por consejo médico ha estado á dieta lactea durante varios meses habiendo tomado como medicamentos bismuto, magnesia y agua de cal. A pesar de esto no ha sentido mejoría.

Los accesos de tos han vuelto con expectoración no muy abundante.

Estado actual—Mujer de buena constitución con esqueleto óseo bien desarrollado. Llama la atención á la inspección la palidez de la enferma así como su adelgazamiento. El torax es bien desarrollado y tiene 20 respiraciones por minuto.

No se nota nada de anormal en la región epigástrica, donde la enferma dice sentir los dolores.

Palpando en esa región se nota aumento del dolor de la presión y contractura de los músculos rectos del abdomen. No hay sucusión ni ruido de *clopotage*.

La percusión del estómago demuestra que sus dimensiones son normales.

Se procede con muchas precauciones á la extracción de jugo gástrico, que se analiza con el resultado que va en otro lugar.

El examen de los pulmones demuestra aumento de las vibraciones en el vértice derecho, submatitez á la percusión y respiración reforzada con algunos *craquements* húmedos.

Se hace el examen de los esputos y se encuentra bacilos de Koch en pequeñísimo número.

En el corazón no se nota nada anormal.

Pulso frecuente; 96 pulsaciones por minuto.

Se aconseja á la enferma continuar el régimen lacteo y se le da á tomar 8 gramos de subnitrato de bismuto al día.

Tres días después la enferma tiene un vómito sanguinolento muy líquido que trae al consultorio. Se presentaba con el aspecto de una orina bastante sanguinolenta, conteniendo algunos fragmentos de leche cuajada.

Se decide hacer el examen bacteriológico y se encuentra en él un gran número de bacilos de Koch amontonados en masas constituídas por gran cantidad de dichos gérmenes.

La enferma se siente después mejor; el dolor disminuye y dice sentir apetito. Se empieza á hacerle in-

yecciones de cacodilato de soda y se le permite tomar algunos otros alimentos como ser huevos, sopas y farináceos. Días después vuelve al consultorio con un estado de ánimo inmejorable y un estado general muy mejorado y manifiesta deseos de salir al campo, lo que se le permite visto que no hay amenaza de complicaciones.

Mes y medio después vuelve la enferma al servicio sintiéndose muy mejorada; ha aumentado 5 kilos de peso y puede alimentarse.

EXAMEN DEL JUGO GÁSTRICO

Comida de prueba de Ewald—Extracción á la hora.

Examen físico—Cantidad — 60 c. c.
Consistencia — Espesa
Olor — Sui generis
Coloración — Amarillenta
Filtración — Lenta

Análisis químico. — Cualitativo—Reacción—Acida.
Acido clorhídrico libre—Tiene poco
Acido láctico — Tiene
Acido butírico — No tiene

Evolucinn de las substancias albuminoideas

Albumina — No tiene
Sintonina — Muy poca
Propeptona — » »
Peptona — Tiene
Mucina — No tiene

Evolución de las substancias amilaceas

Almidón — Tiene rastros
Eritrodextrina — Tiene
Acrodextrina — Tiene
Glucosa — Tiene bastante

Análisis químico

Cifras normales		Líquido examinado
0.189 %	— A (acidez total) —	0.102 %
0.321 »	— T (cloro total) —	0.261 »
0.109 »	— F (cloro fijo) —	0.199 »
0.044 »	— H (cloro libre) —	0.026 »
0.168 »	— C (cloro combinado)	0.062 »

$$0.86 \quad \text{alfa} \quad \frac{(A - H)}{C} \qquad .1.2$$

$$\frac{3}{F} \qquad \frac{T}{} \qquad 1.3$$

CAPÍTULO II

CÁNCER DEL ESTÓMAGO

Dos casos he observado que considero de interés clínico por haber sido de diagnóstico dificil y, para uno de ellos, de inesperado fin.

Generalidades etiológicas. — Como entidad mórbida, como localización, el cáncer del estómago ocupa un lugar prominente en cuanto á frecuencia, junto al del útero y de la mama.

En regla general puede decirse que el cáncer del estómago es casi siempre primitivo; los casos en que es metastático son pocos, y los órganos de quienes proviene son, por orden de frecuencia, el esófago, la mama y el testículo.

La edad, ya es muy sabido, en que se desarrolla, es la edad madura; de 30 á 65 ó 70 años es en la época de la vida en que más hay que temerle. Puede sin embargo encontrarse fuera de ese lapso de tiempo, pero en rarísimos casos.

La herencia tiene alguna influencia en su desarrollo, así como el sexo, resultando de las estadísticas ser más frecuente en el masculino.

La raza tiene también su parte; es sabido, por ejemplo, que es muy raro en Turquía. Yo por mi parte he notado la frecuencia con que se desarrolla en los vascos.

Relación con otras afecciones gástricas. — Los estómagos atacados de gastritis crónica con transformación mucosa, parecen ser casi seguramente un terreno donde se desarrolla con facilidad el cáncer.

Otra afección que le sirve de base es sin duda alguna la úlcera simple ya sea en actividad, ya sea en transformación fibrosa. Es en su borde donde generalmente el cáncer toma pie, y al propagarse la envuelve irregularmente. La localización de la úlcera que con más frecuencia se transforma en cáncer es la pilórica. Según Rosenheim, el 5 ó 6 por 100 de los cánceres del estómago son producidos á expensas de la úlcera.

Anatomía patológica. — Es en el píloro donde con más frecuencia se desarrolla el cáncer, siguiéndole en orden de importancia la pequeña curvadura, la gran curvadura, el cardias, y la totalidad del órgano.

Puede presentarse macroscópicamente ó bien como un tumor, ó bien como una infiltración en napa, pudiendo ambos ulcerarse. La primera forma se pre-

senta bajo el aspecto de masas redondeadas ó algo alargadas, generalmente sésiles, rara vez pediculadas y con su gran diámetro siguiendo el eje mayor del estómago. Su superficie, antes de ulcerarse, es irregular, nudosa y á veces se presenta pediculado y con su superficie cubierta de vellosidades, tomando entonces el nombre de *cáncer velloso.*

Cuando se ulcera, la ulceración es cónica en un principio, y presenta bordes gruesos á veces brotantes y fungosos, y un fondo sanguinolento y cubierto de detritus (Obs. III).

En las infiltraciones se nota la pared espesada, sobre todo en un punto, origen del neoplasma; de espesor variable, puede llegar á alcanzar uno ó dos centímetros. La mucosa puede estar ulcerada ó nó. En el primer caso la ulceración es poco profunda y de fondo limpio; en el segundo se presenta desigual y rugosa.

El *esquirro* es la forma más común, siendoel *encefaloide* relativamente raro.

La transformación coloide es bastante frecuente.

Microscópicamente puede encontrarse las distintas formas de cancer, ya sea alveolar, trabecular, lobulado ó difuso, ó formas mixtas.

En la forma alveolar, con sus haces de tejido conjuntivo encerrando celulas planas ó estrelladas ó solo celulas jóvenes, se nota la riqueza de vasos, capi-

lares sobretodo, ectasiados é ingurgitados de sangre en la periferia del tumor, siendo raros en su interior.

En la forma lobulada resalta la disposición de los alveolos, semejando una glándula y encerrando una ó varias capas de celulas cilíndricas.

El epitelioma tubulado se forma á expensas de las glándulas de la mucosa que se transforman, se dilatan en parte, y se llenan de células neoplásicas, que por presión recíproca se transforman en células poliédricas, pequeñas. En algunos puntos desaparece la membrana propia de los tubos glandulares, difundiéndose las células en los tejidos vecinos, pudiendo llegar á transformarse el tumor en epitelioma difuso.

En el epitelioma difuso no hay ya estroma y las células están esparcidas en un tejido celular laxo. Pueden estas células presentarse bajo dos formas, polimorfa y coloide.

La mucosa estomacal en los puntos no atacados por el cáncer es sitio lo mas amenudo, de una gastritis de forma atrofica y con transformación mucosa. A medida que se aproxima al tumor se nota en ella signos mas marcados de irritación, hechos manifiestos por una proliferación exagerada de las células y un catarro purulento de los tubos glandulares.

La muscularis mucosa perforada por los elementos del tumor desaparece en la masa de éste.

Las túnicas celular, musculosa y subserosa pue-

den también llegar á ser invadidas por los elementos neoplásicos.

Los vasos al ser invadidos por el tumor se inflaman y se obliteran antes de ser ulcerados.

La propagación á distancia tiene lugar en ésta como en las otras localizaciones del cáncer. Cuando el neoplasma ha empezado al nivel ó en la vecindad del píloro se propaga del lado de la pequeña curvadura; ésta se presenta entonces espesada, indurada, de aspecto blanquizco y nacarado; se apercibe amenudo à este nivel saliencias duras, redondeadas, que parecen emerger del espesor del organo. La inserción gástrica del pequeño epiplon está invadida también. La extensión se hace no solamente por los linfáticos sinó también por la sub-mucosa. Los ganglios que rodean el estómago asi como los del mesentereo son los primeros atacados. El hígado es frecuentemente invadido (en 25 ó 40 de los casos según Brinton). El peritoneo, el gran epiplon sobretodo, es invadido también en algunos casos. Las metástasis en la pleura y pulmón, bazo, huesos, etc., son mucho mas raras. (En la Obs. III se notó la invasión del hígado, ganglios, peritoneo y pulmón).

Un punto sobre el cual la mayoría de los autores insiste es la integridad frecuente del duodeno; la válvula pilorica se opondría á la progresión por la sub-mucosa. Sinembargo, la invasión por los linfáti-

cos puede hacerse así como al resto del intestino.

Síntomas.—El principio es generalmente insidioso; un individuo, sano hasta aquí, comienza á sentir una serie de perturbaciones dispépticas que caracterizan la primera faz del desarrollo de la afección. Sensación de peso y plenitud, erutos ácidos, pirosis, á veces náuseas, rara vez vómitos, son la primera manifestación de estas perturbaciones.

El *dolor*, se encuentra casi constantemente, sea solo en un punto, localizado, en ese caso, casi siempre por debajo del apendice xifoides, sea irradiándose al hombro, á lo largo del esternon, ó á los hipocondrios. De intensidad muy variable es, sea continuo sea intermitente, y en algunos casos solo se despierta por la presión. Es menos vivo que el de la úlcera simple.

Los *vómitos* son muy frecuentes sobre todo en ciertas localizaciones del cáncer, la pilórica especialmente, vómitos que pueden presentarse bajo la forma pituitosa (aguas del cáncer, decían los antiguos), apareciendo por la mañana en ayunas, y que observado en viejos no alcohólicos debe poner en guardia al observador; la forma alimenticia, produciéndose sea en seguida de la ingestión (cáncer del cardia), sea algún tiempo después (cáncer del píloro) y no siendo completamente expulsados debido á la atonía y dilatación del órgano, lo que hace que se encuentra á veces

alimentos tomados varios días antes (Obs. II). Acompañadas de mucosidades espesas, las substancias tienen olor variable; las fermentaciones butírica (Obs. II) y acética son las mas frecuentes.

La *hematemesis* es rara en el cancer; generalmente se producen pequeñas hemorragias, la sangre queda en el estómago, es digerida y expulsada en los vómitos con un aspecto de borra de café que es característico.

La *digestión* está dificultada y, aparte del dolor, los enfermos soportan eructos, náuseas y regurgitaciones á veces fétidas.

El examen físico del enfermo da pocas enseñanzas en estos casos, salvo en los de estrechez pilórica en que puede hallarse dilatación ú ondulaciones peristalticas agitación peristáltica de Kussmaul) (Obs. II).

El análisis del *jugo gástrico* tiene una importancia grande, pues que indica el estado del funcionamiento del estómago. Hayem observando en 55 casos ha hecho la siguiente estadística:

«1 caso de hiperpepsia que, al mes se transformó en hipopepsia con desaparición del HCl libre.

19 casos de hipopepsia de primer grado.

29 casos de hipopepsia de segundo grado.

6 grados de apepsia.

48 veces el HCl libre faltaba completamente; 3 veces existía á dósis extremadamente mínima (menos

de 0.010 por 100); 4 veces à dosis que variaban entre 0.015 á 0.067 por 100.

La acidez estaba pues en la extrema mayoría de los casos en relación con el valor de C (cloro combinado) y el de los productos ácidos anormales.

En la hipopepsia del primer grado el valor C era lo mas amenudo superior á 0.100 (14 veces sobre 18); se acercaba mucho al valor A (acidez total).

En la hipopepsia de segundo grado C ha variado 14 veces entre 0.003 y 0.050, y 15 veces entre 0.050 y 0.131.

En la apepsia C ha quedado entre 0.008 y 0.091.

Sobre 38 casos en los cuales se ha investigado las reacciones de los ácidos superiores se ha encontrado 24 veces la reacción del ácido láctico, una vez la del ácido acético, una vez la doble reacción del ácido láctico y acético, 12 veces ninguna reacción. En fin, en 2 casos las reacciones han sido variables según los exámenes varias veces repetidos.

Recordemos que en la apepsia, cuando la acidez es nula, la reacción referida al ácido láctico es producida por lactatos y que éstos provienen de la saliva tragada.

El coeficiente alfa ha variado de 0.43 á 16. Se lo haencontrado 23 veces inferior á 1; 17 veces entre 1 y 2; 8 veces superior á 2 y alcanzando 3, 4 y 17».

En la observación que he hecho de los dos casos cuya historia acompaño se ha llegado al resultado siguiente:

Obs. II.—Hipopepsia de primer grado en que el valor C era igual á 0.142, el valor A era igual á 0.175 y el valor H era igual á 0. Haciendo las reacciones de los ácidos superiores se ha hallado el ácido láctico y el ácido butírico. Coeficiente alfa=1.2.

Obs. III. — Hipopepsia de segundo grado en que el valor C era igual á 0.042, el valor A era igual á 0.073 y el valor H era igual á 0. Se ha encontrado ácido láctico. Coeficiente alfa = 1.7.

48 casos ha observado Hayem de hipopepsia y 6 de apepsia sobre55; si á esto agregamos los dos casos de observación, tenemos que sobre 57 casos, 56 han presentado un debilitamiento del proceso estomacal, que en 6 de ellos ha llegado hasta la desaparición de la clorhidria. Sobre el total de las casos el H Cl ha faltado en 50, ha estado muy disminuído en 6 y ha estado aumentado en uno para desaparecer al mes.

Los *líquidos* extraídos por la mañana en ayunas tienen una acidez (A) superior á la normal y, á veces, H y C están aumentados constituyendo lo que Hayem llama *hiperpepsia por retención.*

Como es consiguiente, estando la acidez aumentada y disminuidos H y C, el valor alfa está también exagerado.

De parte del *intestino* pocas alteraciones se notan; á veces hay constipación, otras veces diarrea que se presenta por crisis y que se atribuye al pasaje al intestino de substancias irritantes como son los líquidos en fermentación y los alimentos mal elaborados en el estómago. En la Obs. III se ha notado bien estas perturbaciones intestinales.

Se encuentra con frecuencia melena.

En una *segunda faz* el tumor ya se hace manifiesto, al mismo tiempo que la caquexia y la propagación metastática hacen su aparición

El tumor ocupa generalmente el epigastro, rara vez los hipocondrios, y se hace manifiesto tanto más fácilmente cuanto que esté situado en una región del estómago que sea más accesible.

Su palpación es dificultada por el espesor de la pared y, cuando es doloroso, lo que sucede con frecuencia, por la contracción de los músculos rectos del abdomen. Es á veces ligeramente móvil y no sigue los movimientos respiratorios, salvo en los casos en que ha contraido adherencias con el hígado.

La percusión da rara vez una sonoridad mate por que la cavidad gástrica y las asas intestinales que le son vecinas ocultan con su resonancia el sonido que dá el tumor.

Puede presentarse impulsado por latidos que le son trasmitidos por la aorta abdominal.

En los casos de metástasis hepáticas el higado esta aumentado de volumen y se palpa en su superficie las irregularidades producidas por los nódulos cancerosos. (Obs. III).

Es más dificil palpar las masas ganglionares del abdomen y las propagaciones al mesentereo y epiplón; en algunos casos sin embargo, cuando adquieren volumen suficiente puede hacerse. (En la obs. III se palpó la primera una gran masa metastática del gran epiplón, antes de notarse aumento de volumen del hígado).

Los ganglios periféricos también aumentan de volumen y pueden notarse en las ingles, axilas, y sobretodo en la fosa supraclavicular izquierda, signo sobre el que ha insistido Troisier, pero que más que cancer del estómago solo permite asegurar cancer del abdomen porque se encuentra en cualquier localización que el tumor tome en dicha cavidad. Soupault y Labbé hacen notar sin embargo, que es necesario saber que estos infartos ganglionares, en particular los de los huecos supraclaviculares, pueden ser de naturaleza inflamatoria banal.

La *caquexia* aparece en este periodo, manifestándose por una coloración pálida, pajiza, de la piel, que es característica, un decaimiento y adelgazamiento que hacen progresos rápidos quedando el enfermo en pocos días convertido en un esqueleto; á veces aparece un

edema muy pálido en los miembros inferiores y que puede elevarse gradualmente (Obs. III). La anemia es notable y las mucosas presentan una marcada palidez.

La inteligencia se conserva lúcida hasta los últimos momentos. El corazón late débilmente y el pulso es pequeño.

A pesar de que Bouveret diga que «no poseemos todavía más que datos incompletos sobre la hematología del cáncer gástrico», hay estudios bastante completos hechos por Hayem, Malassez, Vaquez y Laubry. Cuando se diluye sangre para hacer la numeración de los glóbulos, se forman unas placas de una materia algo granulosa que puede apresar algunos glóbulos; es lo que se ha denominado «placas caquecticas» (Hayem), y que se encuentran no sólo en el cáncer, sino también en otros estados crónicos como tuberculosis, paludismo, etc.

El cáncer en general, trae una anemia grande y rápida, que lo es más aun cuando se localiza en el estómago, porque unido á la caquexia vá la dificultad en el, tan importante, funcionamiento del órgano, y las hemorragias. El número de los glóbulos rojos disminuye rápidamente pudiendo descender à un millón y menos. Las alteraciones globulares son frecuentes, y puede encontrarse glóbulos enanos, gigantes, nucleados y unos pequeños cuerpos alargados conteniendo hemoglobina, y animados de un movimiento de oscilación, á los que Hayem ha dado el nombre de «pseudo parásitos».

La hemoglobina dismiuuye y alcanza un límite muy inferior al normal.

Los glóbulos blancos sufren también alteraciones, habiendo sido objeto de estudios detenidos á consecuencia de los cuales se le ha atribuido gran importancia á su aumento de número. Se ha encontrado que en el cáncer el número de los glóbulos blancos estaba á veces muy aumentado, no habiéndose podido atribuir hasta ahora esa leucocitosis ni á la naturaleza del cáncer ni á su sitio. Malassez piensa que es á la supuración que se produce en las ulceraciones del cáncer, que es debida esta leucocitosis, pero parece que también los cánceres cerrados la producen al generalizarse. Es para el cáncer del estómago sobre todo, y para decidir la intervención quirúrgica que este estudio es interesante, y á este respecto Vaquez y Laubry llegan á las siguientes conclusiones:

«1°—Cuando, en presencia de una afección gástrica de naturaleza indeterminada, el examen de la sangre queda negativo al punto de vista de la leucocitosis, no es necesario rechazar como improbable el diagnóstico de cancer gástrico. Si, por otra parte, los signos observados hacen este diagnóstico verosimil, se podrá admitir, pero no de una manera absoluta, que el cancer es localizado y no ulcerado, etc.

2°—Cuando, en presencia de una afección gástrica de naturaleza indeterminada, el examen de la

sangre es positivo, y que la leucocitocis alcanza 12 ó 15.000 elementos, se podrá considerar como más probable la existencia de un cáncer gàstrico y admitir que este, ya de antigua data, se acompaña sea de ulceración, sea de propagación más ó menos lejana.

3°—Cuando, con un cáncer gástrico, la leucocitosis alcanza ó pasa 20.000 elementos, se deberá admitir que el cáncer se acompaña de una propagación peritoneal extendida, con muy probablemente, infección generalizada del organismo.»

En el examen de la sangre de la enferma de la Obs. II se ha hallado una notable disminución de la hemoglobina, de los glóbulos rojos y del valor globular. El número de los glóbulos blancos no ha presentado alteración; estaría esto de acuerdo con lo que sostienen Vaquez y Laubry, porque al hacer la laparotomía exploradora y practicar después la gastroenterostomía no se notó ni propagación ni ulceración.

En los exámenes de sangre de la enferma de la Obs. III se nota también disminución de la hemoglobina, del valor globular y, á más, aumento del número de leucocitos, lo que confirma la conclusión segunda de los antedichos autores pues la autopsia demostró un cáncer ulcerado con numerosas metástasis.

La *orina* presenta alteraciones en su constitución, caracterizadas por una disminución de sus elementos, lo que lógicamente debe de suceder, dado las perturba-

ciones de la alimentación y, sobre todo, de la asimilación. La urea está muy disminuída, lo que ha hecho decir á Rommelaere que «en un caso de gastritis crónica en que no hay otra enfermedad caracterizada, el descenso de la úrea por debajo de 12 gramos debe hacer pensar en el cáncer y que, al contrario, se debe rechazar semejante hipótesis toda vez que esté por encima de esa cifra.» Esta opinión ha sido combatida por Robin, el que ha demostrado que la cantidad de úrea no depende del cáncer sino de la manera como se hace la nutrición, que en un canceroso que se alimenta la cantidad de úrea puede aumentar.

Los fosfatos y los cloruros se encuentran también muy disminuidos por las mismas razones que la úrea.

Según Senator la existencia del indicano en cantidad en las orinas, sería un signo de certeza, en los casos de duda, en favor del diagnóstico de cáncer.

En los análisis de orina de las Obs. II y III se ve una notable disminución de los elementos, úrea, fosfatos y cloruros, así como la presencia del indicano.

Complicaciones—Como complicaciones del cáncer del estómago pueden anotarse, á más de la propagación por metástasis, la formación de *fístulas* consecutivas à la ulceración, fístulas que pueden poner el estómago en comunicación ya sea con el intestino, el exterior ó la cavidad peritoneal, dando lugar en este último caso, á la formación de focos de peritonitis más ó menos localizados.

En caso de perforación de la ulceración cancerosa puede producirse una peritonitis aguda generalizada, que trae como es consiguiente, una terminación fatal.

La *fiebre* puede presentarse en ciertos casos de cáncer á título de complicación; se la atribuye á la invasión del organismo por gérmenes que penetran al nivel de la ulceración cancerosa.

La *flegmasia alba dolens* se puede también observar; bien sabido es el caso del gran Trousseau, quien diagnosticó sobre sí mismo el cáncer por la aparición de esta complicación.

Marcha y terminación—Es una afección crónica y progresiva, que puede sin embargo experimentar alguna mejoría por un tratamiento adecuado, á pesar de lo cual la terminación fatal es inexorable.

Pronóstico.—El pronóstico es el de todo cáncer, cualquier localización que tenga; fatal á más ó menos breve plazo.

Diagnóstico.—En su primer periodo de perturbaciones dispépticas, el diagnóstico es bastante difícil, aun cuando los vómitos se acompañen de sangre, pues puede confundirse con la gastritis ulcerosa y la úlcera redonda.

Con la *gastritis* el diagnóstico puede hacerse dificultoso. El enfermo presenta perturbaciones dispépticas, disgusto por ciertos alimentos, dolores, eructos, regurgitaciones, lengua limpia, buen estado general, el

estómago á veces dilatados, otras nó. El examen del jugo gástrico puede dar una hiperpepsia con hiperclorhidria, ó bien un tipo normal, ó sino una hipopepsia con ausencia de HCl libre. Cuando hay hiperpepsia con hiperclorhidria se puede deshechar el diagnóstico de cáncer, puesto que en él no se encuentra HCl libre, como resulta de la estadística más arriba citada en la que sobre 57 casos, uno solo la presentó para desaparecer enseguida. Cuando sucede el segundo caso (hipopepsia sin HCl) se hace difícil la solución del diagnóstico; la hipopepsia por retención (Hayem) en los casos en que hay líquido residual por dilatación, la elevación del coeficiente *a*, la edad del enfermo, pueden inclinar el diagnóstico hacia el cáncer. La presencia del ácido láctico á que Boas daba gran importancia, está probado que no la tiene puesto que puede hallárselo en las gastritis; en todo caso, la evolución de la enfermedad y el resultado del tratamiento son los que con seguridad podrán confirmar el diagnóstico.

Más adelante, cuando junto á los vómitos aparecen las hematemasis, el adelgazamiento y la caquexia, el tumor, las metastasis y alguna otra complicación como la flegmasia, el diagnóstico se impone.

En la *dilatacion del estómago* puede encontrarse hematemesis, vómitos y caquexia, como lo prueban las observaciones de Dujardin-Beaumetz, y hacerla confundir con el cancer.

La *úlcera del estomago* puede presentar caracteres que la asemejen al cáncer; pero haciendo una observación minuciosa de los síntomas se hace con facilidad el diagnóstico. En efecto, en la úlcera no se encuentra esos vómitos pituitosos matinales, ni tampoco los vómitos algún tiempo despues de la comida, pues que la intolerancia gástrica que en ella existe hace que los alimentos sean expulsados enseguida, con la característica que el vómito es seguido de una sedación notable del dolor. La hemorragia ofrece también diferencias marcadas, pues que en la úlcera es en general abundante y de sangre roja, mientras que en el cancer es pequeña y la sangre se expulsa ya digerida con ese aspecto típico de borra de café. Es cierto que á veces hay también hemorragias como las de la úlcera, pero es la excepción.

El dolor no alcanza nunca en el cáncer la intensidad que en la úlcera, y no se presenta con ese caracter transfixiante típico, con sus dos puntos xifoideo y dorsal.

El examen del quimismo da datos de gran importancia; en el cáncer como hemos visto, se encuentra hipopepsia con hipo ó anaclorhidria, mientras que en la úlcera, al contrario, es la hiperpepsia con hiperclorhidria, la que es casi de regla.

La leucocitosis puede también ayudar si es que creemos à Vaquez y Laubry, á pesar del caso publi-

cado por Hanot con diagnóstico de cáncer, por haberse encontrado 20.000 glóbulos blancos, y que el examen histológico practicado despues demostró ser una úlcera callosa.

La caquexia del cáncer difiere mucho de la anemia de la úlcera, debida á las hemorragias que ésta produce.

Y, por último, hay dos factores más que vienen en ayuda del clínico: la edad y el sexo. Es sabido, por observación, que la úlcera es de la juventud y edad madura, de 20 á 40 años, mientras que el cancer es de la vejez, de 40 años arriba. En cuanto al sexo, el cáncer, á la inversa de la úlcera, es más frecuente en el hombre que en la mujer.

En el periodo de tumor, puede este aparecer al mismo tiempo que las manifestaciones caquecticas, ó nó, en cuyo caso se hace difícil resolver el diagnóstico entre una úlcera callosa con perigastritis ó algún tumor benigno, que son muy raros, y el cáncer.

Siendo el tumor fácilmente palpable, queda por resolver si pertenece al estómago ó á algún órgano vecino, lo que se consigue si se tiene en cuenta su inmovilidad con los movimientos respiratorios y si se hace la insuflación El primer signo puede faltar en los casos de adherencia del tumor al hígado, pero se dilucida la cuestión si, como lo aconseja Rosenheim, se fija el tumor estando el sujeto en el máximum de

inspiración, en cuyo caso permanece inmóvil en la expiración si es del estómago, no sucediendo así si pertenece al hígado.

La insuflación del estómago ayuda poderosamente á localizar en él el tumor, por la distinta desviación que sufre según el órgano en que se encuentra, como lo ha establecido Minkowki. En efecto, según este autor, el tumor se desvía hacia arriba y á la derecha si es del hígado, á la izquierda ó derecha y algo hacia abajo los del bazo, baja los del intestino grueso y del epiplón, oculta los del pancreas, y rechaza hacia adelante y hace más palpables, y aun visibles, los del estómago.

Los tumores de la vesícula biliar, debido á colelitiasis en su mayoría, pueden hacer extremadamente difícil el diagnóstico, sirviendo para resolverlo los antecedentes litiasicos, la situación á la derecha y la dureza del tumor.

Los del duodeno se difencian cuando están mas allá de la ampolla de Vater, porque los vómitos van acompañados de bilis.

Los tumores del intestino y entre ellos los bolos fecales se distinguen por los antecedentes del enfermo, el estado general, y su resolución por un tratamiento adecuado.

¿En qué parte del estómago está situado el tumor?—

Los caracteres sintomáticos permiten dilucidar la cuestión.

Si es en el cardia los síntomas son muy semejantes á los del cáncer del esófago; hay disfagia, vómitos que se producen enseguida de la ingestión de alimentos, el dolor puede faltar, y no hay dilatación. El cateterismo esofágico, en fin, resuelve el caso.

Si es en el píloro, se presentan todos los accidentes consecutivos al obstáculo pilórico; los dolores son comunes, los vómitos no faltan nunca, vómitos que en un principio son frecuentes, pero que después, á medida que el estómago se dilata, van espaciándose más, hasta que, llegado el momento de la atonía estomacal solo se hacen por repleción. Conteniendo siempre resíduos alimenticios, á veces de varios días atrás (Obs. II), despiden un olor butìrico (Obs. II), acético ó putefracto debido á las fermentaciones anormales, fermentaciones que, al producir ácidos orgánicos hacen elevar el valor de alfa (Obs. II). La agitación peristáltica de Kusmaul tiene un valor considerable (Obs. II) y, hallándola, se puede asegurar el obstáculo. La dilatación no falta nunca, llegando á adquirir enormes dimensiones, lo que unido á la atonía que con frecuencia la acompaña, hace que el vaciamiento del estómago no sea completo lo que permite producir el ruido de *clapotage* por la mañana en ayunas. Los líquidos residuales son la consecuencia de las alteraciones precedentemente expuestas, líquidos cuyo exámen demuestra lo que Hayem llama *hiperpepsia por retensión* y

que puede considerarse como un signo cierto del obstáculo. La caquexia se pronuncia más en esta localización, lo que se comprende, pues que á la acción del neoplasma se une la dificultad para la alimentación del sujeto.

Cuando se localiza en otros puntos del órgano es muy difícil diagnósticarlo, á no ser que llegue á descubrirse el tumor.

Tratamiento.—De dos tratamientos se hace uso en esta enfermedad, el médico y el quirúrgico, no pudiendo sin embargo ninguno de ellos asegurar la vida del sujeto.

Tratamiento médico.—La primera indicación á llenar es combatir el mal estado general, proporcionando una buena alimentación y facilitando los fenómenos de asimilación.

Para conseguirlo hay que tener muy en cuenta la localización del tumor, ya sea que no moleste el juego de los orificios, ó que situándose en el cardia ó el píloro agregue á su acción como tumor las perturbaciones mecánicas que trae en esos casos.

Cuando no se sitúa en los orificios el apetito está en general conservado y es posible suministrar alimentos que siendo de fácil digestión sean al mismo tiempo nutritivos. La carne cocida molida ó picada, la carne cruda raspada, las legumbres, la leche, los huevos, llenan estas condiciones. G. Sée rechaza la leche

en el cáncer porque este líquido sufre fácilmente en el estómago la fermentación lacto butírica.

Como medicamentos con el fin de combatir las perturbaciones dispépticas, poco se consigue con el ácido clorhidrico, la pancreatina, pepsina, etc. Hay sin embargo una preparación que siendo al mismo tiempo medicamento y alimento, dá muy buen resultado: el kefir; es generalmente agradable á los enfermos, se digiere con facilidad y facilita al mismo tiempo la digestión.

Puede administrarse una botella para tomar en las comidas y, en caso de repuguancia por los alimentos se puede elevar el número á tres ó cuatro botellas en el día.

Cuando el tumor se sitúa en el píloro se da, mientras que la permeabilidad de este orificio lo permite, los mismos alimentos. Como aún no estando del todo obstruído el paso á los alimentos, siempre hay una dilatación mas ó menos marcada del órgano, y por lo tanto, la formación de líquidos residuales, es conveniente hacer una serie de dos ó tres lavages de estómago hasta extraer todos los residuos, y después practicarlos á intervalos mas ó menos próximos. Cuando la obstrucción es completa ó casi completa debe de hacerse con frecuencia los lavajes porque los restos alimenticios que se depositan en el estómago ya muy dilatado, entran en fermentación formándose una serie de productos tóxicos, cuya absorción daña mas aún el estado general,

ya perturbado, del enfermo. Es necesario ser muy prudente y reservado para introducir la sonda en un estómago canceroso que es sitio de hemorragias.

En el càncer del cardia con obstrucción, así como en el del píloro en las mismas condiciones, casos en que la alimentación por la boca es imposible, es de toda necesidad recurrir á los enemas alimenticios.

Para levantar la nutrición del enfermo puede recurrirse á los dos medicamentos mas indicados en casos semejantes: el arsénico y el hierro. La mejor manera de administrar el primero es bajo la forma de cacodilato de soda por vía hipodérmica, pudiendo reunirse los dos cuerpos dando cacodilato de hierro por la misma vía, pero que tiene el inconveniente de producir mucho dolor. El hierro puede administrarse por vía gástrica si el organo lo permite, usando cualquiera de sus multiples formas farmacéuticas.

Para combatir el dolor cuando es intenso, el procedimiento más expeditivo es recurrir á las inyecciones de morfina. El ortoformo al interior ha parecido producir efectos sedativos contra el dolor; un sello de 0.50 grs. de polvo de ortoformo lo aliviaría al cabo de 5 ó 10 minutos Brissaud ha empleado el clorato de soda en el càncer del estómago y ha obtenido alivios tales que no duda en considerarlos como verdaderas curaciones. Experiencias posteriores no han confirmado esta opinión.

Ultimamente se vulgarizó el tratamiento del cáncer en general por las inyecciones de tripsina, prepado pancreatico. Puede decirse de este tratamiento lo mismo que de los anteriores, que han pretendido una eficacia curativa que dificilmente llegarán á alcanzar.

En un trabajo publicado este año, Schoul, de Túnez, da cuenta de haber empleado con éxito, pues que ha obtenido mejoría, pasajera por otra parte, las inyecciones de *trypanroth*, cuerpo colorante de la serie benzopurpúrica, en solución en suero fisiológico.

Tratamiento quirúrgico — Fué Pean el primero que en el año 1879 osó extirpar un cáncer del píloro. con mal resultado puesto que el enfermo murió; Billroth al año siguiente lo imitó con buen resultado. En 1881 Wólfler y Nicoladoni pretendieron hacer lo mismo, pero al encontrar adherencias que imposibilitaban la extirpación, resolvieron practicar el abocamiento del yeyuno al estómago, naciendo por este hecho la gantroenterostomía que ocupó desde entonces, como operación paliativa, un puesto importante junto con la pilorectomía ó gastrectomía que pretende ser radical.

Esta última operación, de una técnica relativamente fácil para los cirujanos, estaría indicada todas las veces que se ve la posibilidad de extirpar completamente el neoplasma, es decir, en los casos en que se trate de un tumor perfectamente móvil y sin invasión ganglionar, lo que es casi imposible encontrar

en la práctica, puesto que habría en primer lugar que hacer un diagnóstico precoz, que sabemos las dificultades que presenta, aparte de que, aunque así fuera, las estadísticas demuestran que los ganglios están tomados en un 84 p. 100 de los casos cnando se diagnostica el cáncer.

Kronlein y Kocher se declaran partidarios de la gastrectomía, aun á título de operación paliativa, presentando éste último un caso que después de nueve años de operado disfruta de una cabal salud y puede comer toda clase de alimentos. Son sin duda casos excepcionales.

Dice Kocher al respeto: " Si continúan siendo excepcionales las curaciones radicales obtenidas mediante la extirpación de los carcinomas del estómago, hay que atribuirlo sin duda alguna á que son muchos los médicos que no saben resolverse á indicar en tiempo oportuno á sus clientes la posibilidad de curarse mediante un tratamiento quirúrgico, ó que no les aconsejan que se sometan á él. Por lo general, cuando el cirujano ve esta clase de enfermos el carcinoma ya está tan avanzado en su desarrollo, que es inoperable, y se muestran sorprendidos cuando se les dice que hubieran podido ser operados antes de llegar la enfermedad al estado en que se encuentra. A pesar de lo mucho que se ha escrito sobre la importancia de la existencia ó de la falta de ácido clorhídrico, es lo cierto que con ello se ha ganado muy poco para la ge-

neralización del tratamiento precoz y radical del cancer del estómago, y, sin embargo, en este órgano como en las demás partes del cuerpo, la salvación del enfermo estriba tan solo en que se le extirpe su cancer lo más pronto posible. Cierto es, que en cambio de esto, es al cirujano á quien incumbe perfeccionar de tal manera la técnica operatoria que se disminuyan mucho y, si puede ser, se hagan desaparecer los peligros inmediatos del acto quirúrgico".

Como se ve el eminente cirujano hace cargar á los clínicos con la culpa de los malos éxitos de esta operación, sin tener en cuenta que el cáncer en su primer periodo, de perturbaciones dispépticas, es sumamente dificil de diferenciar de ciertas gastritis á tipo hipopéptico ó apéptico, no estando por consecuencia, el médico autorizado á indicar un tratamiento operatorio que no puede asegurar sea necesario.

Peyrot por su parte hace notar que la gastrectomía, á título paliativo no debe dar mas como sobrevida que la gastroentenostomía que conserva la ventaja indiscutible de ser una operación menos mortífera. Así pues, es á la gastroesterostomía que se debe recurrir, dando la preferencia á la gastroenterostomía posterior transmesocólica (Von Hacker) en los casos en que no haya adherencias que impidan movilizar el estómago, en cuyo caso se recurrirá á la gastroenterostomía anterior de Wólfler.

OBSERVACIÓN II

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

Servicio del profesor Gúemes

SALA V, NÚM. 8. FECHA DE ENTRADA 24-IV 1905

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Tuvo fiebre tifoidea á los 18 años. Menstruó á los 17 y las reglas han sido siempre regulares. Se casó á los 20 y ha tenido once hijos y dos abortos. Hace tres años á consecuencia de nn parto tuvo una gran inflamación á las piernas acompañada de hinchazón y dolor, y de la que sanó bien.

Enfermedad actual. — Hace diez meses tuvo un fuerte ataque nervioso acompañado de gritos y llanto. Siguió después bien hasta hace seis meses en que se sintió enferma, y el médico que la asistió le dijo que estaba atacada de influenza; estando así fué atacada de

fuertes vómitos que le duraron tres días, no pudiendo dar datos sobre la calidad de las materias vomitadas porque dice que no las vió. Después de esto, y durante cinco meses se ha sentido bien pero en el transcurso del último mes que ha pasado ha tenido cinco ó seis vómitos que le sobrevinieron, según ella, á causa de un medicamento que tomaba. No puede comer carne ni solidos desde hace ocho meses, debido á que cuando los come siente un gran peso en el estómago. Desde hace diez meses, es decir, desde que, según ella, está enferma, se ha notado muy constipada no pudiendo mover el vientre sin auxilio de laxantes.

La menstruación se le produce regularmente pero en muy pequeña cantidad, algunas gotas solamente.

Estado actual.—Mujer de buena constitución en la que lo primero que resalta á la inspección es el tinte intensamente pálido, sin ser pajizo, de su piel así como de las mucosas y conjuntivas, y su adelgazamiento. Lengua saburral; buen estado de las encias, dientes, etc.

Pasando al exámen del órgano de que se queja, el estómago, se nota á la inspección una pared abdominal flácida y con *vergetures*, aplastada, en la que se vé en la región del hipocondrio izquierdo y epigástrica una ondulación intermitente dirijida de arriba á abajo y de izquierda á derecha, ondulación debida indudablemente á contracciones peristálticas del estómago.

La enferma acusa dolores intermitentes también en toda esa región y que se localizan en cuanto á intensidad, principalmente en el epigastrio, por debajo del apendice xifoides.

A la palpación del abdómen no se nota nada anormal. Se palpa la S. iliaca distendida por materias fecales y el ciego que lo está por gases, así como el borde del hígado al nivel del reborde costal. Limitando la palpación á la región epigástrica se nota una gran resistencia opuesta por los músculos rectos del abdomen contraídos, y se despierta al mismo tiempo dolor, dolor que es profundo pues no se produce tomando en pliegue la pared, y que tiene un punto situado por debajo del apendice xifoides en que se manifiesta al maximum á la presión, haciendose insoportable á juzgar por las quejas y los movimientos de defensa de la enferma.

Es fácil producir el ruido de *clopotage*, ruido que se produce hasta por debajo de la línea de Bouchard, es decir, la línea que va desde el ombligo hasta el punto mas próximo del reborde costal izquierdo.

No se consigue producir el ruido de sucusión.

Haciendo la percusión se nota muy claramente la diferencia entre el timpanismo estomacal y el timpanismo intestinal sobre una línea situada al nivel del ombligo.

Esta dilatación demostrada por la percución se

comprueba tambien haciendo la insuflación con el aparato de Richardson.

El exámen por medio del cateterismo produce las siguientes enseñanzas: Hecho por la mañana en ayunas se consigue extraer una cantidad bastante considerable de productos de retensión (110 c. c.) que se presentan bajo el aspecto de un líquido de color súcio teniendo en suspensión gran cantidad de residuos alimenticios, entre ellos fragmentos de uvas facilmente reconocibles que la enferma confiesa haber comido dos dias antes. De un olor de manteca rancia muy marcado (butírico), este líquido es de reacción francamente ácida no encerrando ácido clorhidrico libre, el que ha sido investigado por medio del reactivo de Gunzburg (solución alcohólica de floroglucina y vanillina).

Haciendo un lavaje de estómago prévio por la noche y practicado el cateterismo á la mañana siguiente se extrae una pequeña cantidad de líquido (20 c. c.) de aspecto turbio, que no tiene el olor butírico del anterior y que no encierra tampoco ácido clorhidrico.

Se hace la prueba de Ewald y Sievers con el salol, para examinar la motilidad gástrica, dándole á la enferma un gramo de esta substancia en un sello una hora después de la comida, y se demuestra el ácido salicilurico en la orina por medio del percloruro de hierro á las cuatro horas y media en lugar de serlo á la

hora como han demostrado dichos observadores que sucede normalmente.

Para juzgar el estado de la absorción estomacal se hace tomar á la enferma, segun lo aconsejan Penzoldt y Faber, una cápsula gelatinosa conteniendo 0.25 grs. de ioduro de potasio y se demuestra su presencia en la saliva por medio del papel almidonado á los quince minutos (normal de 9 á 15 minutos).

Examen del quimismo estomacal—Se da á la enferma la comida de prueba de Ewald en tres días separados y se hace la extracción á la hora, á la media hora, y á la hora y media.

Orina—El examen de la orina solo demuestra un elemento anormal, el indicano, pero además se nota una disminución de la densidad así como de los elementos normales, urea acido fostórico, y cloruros.

Sangre—Los exámenes adjuntos dan cuenta de las alteraciones sufridas.

El Examen de los demás aparatos de la economía, respiratorio, circulatorio, etc. no demuestra nada de anormal.

Tratamiento—Se trata de mejorar su estómago y al mismo tiempo el estado general. Para lo primero se procede á regimentar la alimentación dando solo

liquidos, caldo, leche, sopas, huevos y pan rallado, y como medicamento y alimento al mismo tiempo, el Kefir; á más se le hace diariamente lavajes estomacales. Para levantar el estado general se recurre á las inyecciones hipodermicas de cacodilato de soda.

Pasados diez días y viendo que no se nota mejoría se decide tentar una intervención operatoria, á pesar del mal estado de la enferma que hace dudar que pueda soportarla. Intervenida por el señor profesor Gandolfo que practica una laparotomia exploradora se reconoce en la pared anterior del estómago, región pilórica, un tumor grande como una mandarina de consistencia muy dura. Viendo que era esta la razón del obstáculo pilórico, que ya había demostrado el examen clínico, se decide practicar una gastroenterostomía.

En muy grave estado vuelve la enferma á la sala donde se le hace el tratamiento indicado en esos casos y muy poco repuesta de la operación practicada es solicitada por su familia que insiste en llevarla á su casa, á pesar de indicarsele la gravedad de su estado.

Pocos días después, estando en su domicilio, se rompen los puntos de la pared, que supura y tarda algún tiempo en cicatrizar. A pesar de esto la enferma sigue bien, engrosa, adquiere fuerzas y se alimenta. Estando en esas condiciones, muy mejorada, y ya

en pié fallece repentinamente mes y medio después de haber sido operada.

(Estos últimos datos los debo á la atención del doctor Jaime Salvador que asistía la enferma en su domicilio).

EXAMEN DEL JUGO GÁSTRICO

Comida de prueba de Ewald. Extracción á la media hora

Examen físico—Cantidad.—150 c. c.
Consistencia.—Espesa.
Olor.—Sui generis.
Coloración.—Amarillenta.
Filtración.—Rápida.
Liquido filtrado.—Color amarillo de suero.
Reacción—Acida.
Analisis químico.—Cualitativo.
Acido clorhidrico libre.—No tiene.
Acido lactico.—Tiene.
Acido butirico.—No tiene.

Evolucion de las substancias albuminoideas

Albumina.—Tiene poco.
Sintonina.—Rastros

Propeptona.—Vestigios.

Peptona.—Tiene.

Evolución de las substancias amilaceas

Almidon.—No tiene.

Eritrodextrina.—Tiene mucha

Glucosa.—Gran cantidad.

Mucina.—No tiene.

Examen cuantitativo

Cifras normales		Líquido examinado
0.075	A (acidez total)	0.160
0.255	T (cloro total)	0.227
0.182	F (cloro fijo	0.213
0.000	H (cloro libre)	0.000
0.073	C (cloro combinado)	0.014
1.02	alfa $\frac{(A-H)}{C}$	11.42
1.4	$\frac{T}{F}$	1.06

Extración á la hora

Examen físico.—Cantidad.—125 c. c.

Consistencia.—Espesa.

Olor.—De manteca rancia.

Coloración.—Negruzca.

Filtración.—Lenta

Residuos de filtracion. — Masa obscura en la que no es fácil reconocer su composición á simple vista. El examen microscópico señala globulos de grasa, muchos granulos de almidón, escasas celulas del epitelio gástrico y muy escasos leucocitos.

Líquido filtrado. — Color Amarillo de suero, turbio. Reacción — Acida.

Análisis químico. — Cualitativo—Acido clorhídrico libre — No tiene

Acido láctico — Poco

Acido butírico — Tiene

Evolución de las substancias albuminoideas

Albúmina — No tiene

Sintonina — No tiene

Propeptona — No tiene

Peptona — Tiene

Evolución de las substancias amiláceas

Almidón — Tiene
Eritrodextrina — Tiene
Acrodextrina — No tiene
Glucosa — No tiene
Mucina — No tiene

Examen cuantitativo

Cifras normales		Líquido examinado
0.189	A (acidez total)	0.175
0.321	T (cloro total)	0.340
0.109	F (cloro fijo)	0.198
0.044	H (cloro libre)	0.000
0.168	C (cloro combinado)	0.142
0.86	$(\frac{A—H}{C})$	1.2
3	$(\frac{T}{F})$	2.9

Examen de los fermentos

Pepsina. — La albúmina se digerió con un poco de retraso.

Lab. —Coagulación de la leche en grumos, no en masa.

Extraccion á la hora y media

Examen fisico. —Cantidad 120 c. c.
Consistencia—Espesa
Coloración—Amarillenta
Olor—De manteca rancia
Filtración—Rápida

Líquido filtrado. — Color — Amarillo de suero
Reacción — Acida.

Análisis químico.— Cualitativo
Acido clorhídrico libre — No tiene
Acido lactico — Tiene poco
Acido butírico — Tiene rastros

Evolución de las substancias albuminoideas

Albumina — No tiene
Sintonina — Tiene un poco
Propeptona — Tiene
Peptona — Tiene

Evolucion de las substancias amilaceas

Almidón — No tiene
Eritrodextrina — Tiene poco
Acrodextrina — Tiene bastante
Glucosa — Tiene mucho
Mucina — No tiene

Examen cuantitativo

Cifras normales		Líquido examinado
0.126	A (Acidez total)	0.116
0.284	T (Cloro total)	0.284
0.164	F (cloro fijo)	0.213
0.014	H (cloro libre)	0.000
0.106	C (cloro combinado)	0.071
1.05	alfa $\frac{(A - H)}{C}$	1.6
1.7	$\frac{T}{F}$	1.3

EXÁMEN DE LA SANGRE

Cifras normales		Sangre examinada
5.000.000	Glóbulos rojos	2.400.000
5.000 á 10.000	Glóbulos blancos	6.400

100	Hemoglobina	40
1x600	Relación globular	1x375
1	Valor globular	0.28

Porcentaje de glóbulos blancos

70 %	Polinucleares	73 %
25 »	Linfocitos	26 »
3 »	Mononucleares	1 »
2 »	Eosinófilos	0 »

EXÁMEN DE LA ORINA

Exámen físico

Orina normal		Orina analizada
Amarillo	Color	Citrino
Limpido	Aspecto	Límpido
Escaso	Sedimento	Escaso
Acida	Reacción	Acida
1018 á 1024	Densidad	1010

Exámen químico

35 á 40 °/oo	Residuo total	23.30 °/oo
15 á 23 »	Urea	7.68 »
2 á 3 »	Acido fosfórico	1.75 »
6 á 8 »	Cloruro de sodio	2
No tiene	Albumina	No tiene
»	Glucosa	»
»	Bilis	»
».	Urobilina	»
»	Indican	Sí tiene

Sedimento

Células y leucocitos

OBSERVACIÓN III

HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS

Servicio del profesor Guemes

Carolina M. de G., 51 años, viuda, italiana.

SALA V, NÚM. 7, FECHA DE ENTRADA, 6 VI 1905

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales. —No recuerda haber tenido enfermedades de la infancia. Menstruó á los 12 años y lo ha hecho siempre regularmente. A los 17 años tuvo una fiebre gástrica según le diagnosticaron. Se casó á los 19 años y no tuvo nunca hijos ni abortos. Su esposo falleció á los diez años de casados á consecuencia de una afección cardiaca de que padecia antes del matrimonio. Las reglas se le retiraron á los treinta y tres años. Su vientre se ha movido siempre con regularidad.

Enfermedad actual.—Data de hace dos meses y

su primera manifestación fué un dolor en la espalda, dolor que según la enferma, fué descendiendo hasta localizarse en el abdomen teniendo un punto en que se manifestaba al maximum situado inmediatamente por debajo del apendice xifoides. A los dos ó tres dìas de sentir el dolor se le produjeron ardores, pirosis y vómitos formados estos en su mayor parte por flemas, dice ella, y estriados de sangre; estos vómitos se le repitieron dos ó tres veces en el día y le han durado como un mes hasta que ingresó al servicio. Ha notado que durante este tiempo se puso muy constipada razon porque se purgó con mucha frecuencia.

Estado actual—Mujer de buena constitución con abundante panículo adiposo. Palidez muy marcada de la piel.

Examinada la región en que siente su malestar no se nota á la inspección nada de anormal. A la palpación resalta la sensibilidad exagerada de la región, quejándose la enferma de agudos dolores á la presión. Palpando algo más profundamente y en la parte del abdomen correspondiente á la región umbilical, se nota un tumor del tamaño de un puño, redondeado, algo irregular, y cuya parte superior se pierde profundizándose al llegar al borde inferior del hígado. Este se encuentra aumentado de volumen y su borde pasa como tres dedos el reborde costal.

Percutiendo el abdomen se nota en todas partes

la sonoridad timpánica normal del intestino, aun á nivel del tumor antes mencionado. La percusión del torax demuestra la linea superior del hígado muy elevada tanto por delante como por detrás.

Como la enferma se queja de fuertes ardores, pirosis y erutos acidos se le instituye tratamiento antiacido dandole 8 gramos de subnitrato de bismuto al día y agua de cal, poniéndola además á régimen lacteo. Desde el día siguiente manifiesta sentirse muy mejor y algunos días después siente un apetito exajerado costando trabajo hacerla conformar con solo leche. En esas condiciones se le permite días después tomar otros alimentos y sintiendose mejorada pide el alta para salir esa tarde á las 4 p. m. A la 1 p. m. es acometida de fuertes cólicos y diarrea expulsando unas membranas que se analizan con el resultado de que da cuenta el informe. Se le hace el tratamiento indicado y la enferma continúa por esa razón en el servicio. A consecuencia de este ataque la enferma se siente muy decaida; ocho días después empiezan á hincharsele las piernas, el tumor del vientre ha aumentado de volumen, el higado también, la piel ha vuelto á tomar la palidez que antes tenía con un tinte pajizo marcado. A pesar de eso se alimenta y dice sentirse bien.

Los edemas han seguido aumentando llegando á la parte inferior del abdomen y el decaimiento se hace

muy pronunciado hasta que por fin la enferma fallece.

EXÁMEN DE LAS MEMBRANAS EXPULSADAS

Están constituídas por mucus infiltrado por una gran cantidad de corpusculos de pus.

EXÁMEN DEL JUGO GÁSTRICO

Comida de prueba de Ewald Extraccion á la media hora

Exámen físico.—Cantidad—28 c. c.
Consistencia—Espesa
Olor—Sui generis
Coloración—Amarillenta
Filtración—Regular

Análisis químico—Cualitativo—Reacción—Acida
Acido clorhídrico libre—No tiene
Acido lactico—Tiene poco
Acido butírico—No tiene

Evolucion de las substancias albuminoideas

Albumina—Tiene rastros
Síntonina— id id
Propeptona—Tiene bastante
Peptona—Tiene rastros

Evolucion de las substancias amiláceas

Almidón—No tiene
Eritrodextrina—Tiene mucho
Acrodextrina—Tiene bastante
Glucosa—Tiene mucho

Mucina—No tiene

Exámen cuantitativo

Cifras normales		Líquido examinado
0.075	A (acidez total)	0.073 %
0.255	T (Cloro total)	0.255 »
0.182	F (cloro fijo)	0.198 »
0.000	H (cloro libre)	0.000 »

0.073	C	(cloro combinado)	0.056	»
1.2	alfa	$\frac{(A - H)}{C}$	1.30	»
1.4		$\frac{T}{F}$	1.2	

Extracción á la hora

Exámen físico.—Cantidad—25 c. c.
Consistencia—Espesa
Olor—Sui generis
Coloración—Amarillenta
Filtración—Regular
Depósito—Abundante

Analisis químico—Cualitativo—Reacción—Acida
Acido clorhidrico—No tiene
Acido láctico—Tiene muy poco
Acido butirico—No tiene

Evolución de las substancias albuminóideas

Albumina—No tiene
Sintonina—Tiene vestigios
Propeptona—Tiene rastros
Peptona—Tiene poco

Mucina.—No tiene.

Evolución de las substancias amilaceas

Almidon—Tiene poco
Eritrodextrina—Tiene mucho
Acrodextrina—Tiene
Glucosa—Tiene

Analisis cuantitativo

Cifras normales			Líquido examinado	
0.187	%	A (acidez total)	0.073	%
0.322	»	T (cloro total)	0.269	»
0.109	»	F (cloro flojo)	0.227	»
0.044	»	H (cloro libre)	0.000	»
0.168	»	C (cloro combinado)	0.042	»
0.86	»	alfa $\frac{(A - H)}{C}$	1.7	»
3	»	$\frac{T}{F}$	1.1	»

Extracción á la hora y media

Examen físico.—Cantidad-86 c. c.
Consistencia. Espesa
Olor-Sui generis
Coloración—Amarillenta
Filtración—Regular

Analisis químico—Cualitativo—Reacción—Acida

Acido clorhidrico libre—No tiene

Acido lactico—No tiene

Acido butírico-No tiene

Evolución de las substancias albuminoideas

Albumina—No tiene

Sintonina-Rastros

Propeptona-Vestigios

Peptona-Tiene

Evolución de las substancias amilaceas

Almidon.—No tiene

Eritrodextrina—Tiene

Acrodextrina—Tiene

Glucosa—Tiene

Mucina. No tiene

Examen Cuantitativo

Cifras normales		Líquido examinado
0.126 %	A (Acidez total)	0.131 %
0.284 „	T (cloro total)	0.291 „

0.164 „	F (cloro fijo)	0.227 „
0.014 „	H (cloro libre)	0.000 „
0.106 „	C (cloro combinado)	0.063 „
1.05 „	alfa $\frac{(A-H)}{C}$	2.07 „
1.07	$\frac{(T)}{F}$	1.02 „

Examen de la sangre

Cifras normales		Sangre examinada
5.000.000	— Glóbulos rojos	3.010.000
5000 á 10000	— ;, blancos	16.800
100	— Hemoglobina	40 %
1x600	Relación globular	1x179

Porcentaje de glóbulos blancos

70 %	Polinucleares	83 %
25 %	Linfocitos	15 %
3 %	Mononucleares	2 %
2 %	Eosinófilos	0 %

Examen físico

Orina normal		Orina analizada
Amarillo	Color	Ambar
Limpido	Aspecto	Límpido
Escaso	Sedimento	Escaso
Acida	Reacción	Acida
1018 á 1024	Densidad	1010

Examen químico

35 á 40 °/oo	Residuo total	23.30
15 á 23	Urea	16.65
2 á 3	Acido fosfórico	0.75
6 á 8	Cloruros	2.00
No tiene	Albumina	No tiene
No tiene	Glucosa	No tiene
No tiene	Bilis	Vestigios
No tiene	Urobilina	Vestígios
No tiene	Indican	Tiene

Sedimento

Células y leucocitos

Diagnóstico anatomico—Cáncer ulcerado del estómago con metástasis en el pulmón, hígado y epiplon. Congestión pulmonar. Sobrecarga grasosa del corazón. Nefritis parenquimatosa.

Autopsia.—Cadáver de mujer de 1 m. 68 de estatura. Esqueleto óseo bien desarrollado, abundante panículo adiposo; buen estado de nutrición.

Las pleuras están libres de adherencias, lisas y brillantes. Los pulmones aumentados de volumen, rojos, superficie lisa presentando en algunas partes unos nódulos duros, blancos y salientes, redondeados, del tamaño de una avellana. Al corte sale de su parenquima mucha sangre, presentando éste un color rojo obscuro, en el que se destacan muy bien los nódulos descritos por su color blanco. Cada pulmón pesa 700 gramos.

El corazón, de tamaño normal, tiene su superfície cubierta de grasa, sobre todo en el ventrículo derecho. Sus cavidades contienen coágulos cruóricos. Las válvulas están blandas y transparentes. El miocardio consistente y rojizo, tiene sobre el ventrículo derecho una capa de grasa como de 3 m. m. de espesor. Pesa 460 gramos.

El hígado, muy aumentado de volumen, pesa 4620 gramos. Obsérvase en su superficie nódulos duros, blancos, salientes, redondeados, que varían en tamaño desde el de una avellana hasta el de una nuez. Al

corte aparece el parénquima invadido por una masa rosada, muy blanda, que se deshace al cortarla. En el resto del parénquima se ve sobre el fondo rojo amarillento el corte de los nódulos ya descritos en la periferia, y otros internos blancos y redondeados.

En el gran epiplon existe una enorme masa de color blanco del tamaño de una cabeza de feto, que se desgarra con toda facilidad; pesa 270 gramos.

El estómago tiene su mucosa espesada en las proximidades del cardias, hallándose infiltrada por una masa blanquecina y friable. En la gran curvadura existe una ulceración redondeada del tamaño de una moneda de dos centavos ó poco más, de color negruzco, de bordes salientes.

El bazo tiene su cápsula ligeramente espesada; su parenquima de color rojo vinoso y resistente, da mucha sangre al comprimirlo. Pesa 185 gramos.

Los riñones pesan: el derecho, 170 gramos; y el izquierdo 160. Están aumentados de volumen, rojos, duros, su cápsula se desprende con facilidad, dejando á descubierto una superficie lisa de color rojo amarillento. Al corte aparece la sustancia cortical aumentada, friable, de color rojo, con estrías amarillentas perpendiculares á su superficie.

Juan Raul Goyena

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico clínico de la úlcera tuberculosa del estómago.

II

¿Pueden los dolores de úlcera del estómago simular cólicos apendiculares?

III

Diagnóstico diferencial entre gastritis crónica y cáncer del estómago.

Buenos Aires, Diciembre 6 de 1906.

Nómbrase al concejero Dr. José Penna, al Profesor titular Dr. Marcial V. Quiroga y al Profesor suplente Dr. Patricio Fleming para que constituidos en Comisión Revisora dictamínen respecto de la admisibilidad de la presente tesis de acuerdo con el artículo 4°. de la ordenanza sobre examenes.

E. Cantón.

R. S. Gómez
Secretario.

Buenos Aires, Diciembre 18 de 1906.

Habiendo la Comisión procedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según constancia del acta N°. 1669 del libro respectivo, entrégese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón.

R. S. Gómez
Secretario.

BIBLIOGRAFIA

VAQUEZ y LAUBRY, *L'hemodiagnostic en chirurgie. Presse Medicale, 1903.*

CUNEO T, Tesis 1900.

PEYROT, *Patología externa.*

KOCHER, *Tratado de operaciones.*

BROUALDEL y GILBERT, *Tratado de Medicina.*

DIEULAFOY, *Patología interna.*

MANQUAT, *Therapeutique.*

DEVOBE y REMOND *Maladies de l'estomac.*

CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD, *Traité de Medecine.*

BOUVERET, *Maladies de l'estomac.*

ARLOING, *L'action bactericide de la mucine.*

ARLOING, *Les ulcerations tuberculeuses de l'estomac.*

SCHOUL, *Le trypanroth.*

DEVOBE y ACHARD, *Traité de medecine.*

HAYEM, *El subnitrato de bismuto en las gastropatias.*

SIMMONDS, *Ueber Tuberkulose des Magens.*