

81-7 A = X1.

638

Escuela de Medicina y Cirujia

Or. 2522
Del Consejo del (638)

Escuela de Medicina y Cirujia



1882

Escuela de Medicina y Cirujia
Escuela de Medicina y Cirujia

Or. 2522
638

Facultad de Medicina de Madrid

Del Cancer del Estomago.

Memoria para el Doctorado.

Presentada el 16 Enero de 1882.



por

D. Ernesto Macaya y Anguera

Wineciado en Medicina y Cirujia

275448390
018465882



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315392605

Ylmo Sor.

Señores: El deseo de dar remate
á mis estudios profesionales me
obliga á verificar el presente ejerci-
cio académico con la alleguena es-
peranza, fiado siempre en la benevo-
lencia de este ilustrado y respetable
Tribunal, de poseer un título que
supone el estudio de asignatu-
ras de la mas alta importancia

y cuyo conocimiento es el complemento de los estudios etimológicos.

La primera dificultad - con qué libro, á parte de mi insuficiencia, es la de eleccion de tema.

Hoy que la ciencia marcha con paso tan decidido á través de los numerosos problemas que tiene por resolver, la incertidumbre es mayor, tantas son las materias que atraen la atencion del observador unas revestidas con el irresistible encanto de la novedad, otras rodeadas de esa obscuridad que no ha sido aun dable al nombre de vanecer

no obstante haberse propuesto tan ardua tarea desde la infancia - de la ciencia que nos ocupa.

Sin embargo no podemos menos de fijarnos en el estudio del Cancer del Estomago enfermedad que como dice muy bien Peyrilhe (1774) es tan difícil de definir como de curar.

Para dar principio debidamente me propongo hacer una ligera reseña historica de los autores que se han ocupado del cancer en general y de los que han fijado su atencion en el estudio del cancer localizado en el estomago.

Me ocupo luego de su Etiología

sus síntomas, marcha, duración y terminación. Traté el diagnóstico con la importancia que se merece y con su tratamiento, anatomía, patología, casos clínicos y conclusiones doy fin a este trabajo a todas luces imperfecto y por el cual pido la indulgencia del Tribunal teniendo en cuenta. Cuan difíciles son esta clase de trabajos para todo principiante.

Historia.

La naturaleza del Cáncer perfectamente conocida por Hipócrates apesar de no citar en sus Epidemias mas que un solo caso, la muger de Phytetas de cuyas resultas murió; según él tenía notado las mugeres de humor moroso de carácter triste, de naturaleza melancólica así como las que estaban a las supresiones de la menstruación era el terreno en que se desarrollaba con preferencia el cáncer. Atribuyó la causa

material á una leucadura atrabiliosa que fermentaba en sus humores así como á la aberración de la sangre menstrual.

Reconocía por causa también la tos ó un desarreglo de vientre. Aseguro también que si el cancer no era congénital, no aparecía antes de la pubertad.

Todos los antiguos adoptaron la misma opinión.

De 1680 á 1786 Dionnis-Faget y Bousquet - Pelletan - Hennin - Gendron - Nedran - Garrford tratan de fundar sus teorías basadas en una fisiología, mas ó menos errónea. Hasta esta fecha no-

se encuentran mas que suposiciones de las cuales nada nos queda hoy día y de nada han servido al progreso y estudio del cancer en general.

Sin ocuparnos de algunas observaciones hechas por Spenchio Foresto y Waento Husitano en sus obras sobre el cancer localizado en el estomago, nos fijaremos en el gran número de casos reunidos por Morgagni en su obra "De causis et sedibus morborum" y que fue el primero que llamó la atención con sus descripciones aun que incompletas, de la a-

fección que nos ocupa. Por los años de 1780 á 1800 encontramos in-
finidad de disertaciones, memorias
monografías que al ocuparse del
cancer del estomago Petzold-
Blanchard y Charrel describen
la enfermedad con verdadero
adelanto para su estudio y tra-
tamiento.

Posteriormente Hebert en
su tratado "des maladies can-
cercuses." Paris 1851 y Broca en
su "Anatomie pathologique
du cancer" Paris 1852 dándole
la importancia que merece
afcción tan grave profundi-

garon el estudio de su anatomia
patologica ayudados en sus inves-
tigaciones por Gaienne, Andral
Cruveilhier y Velpeau.

Fue solo una idea preo-
cupaba á los autores que he-
mos citado á saber 1.º El cancer
depende de un vicio en los humores
Hay una infección gñal preexisten-
te, una diatesis ó 2.º No hay dia-
tesis- Es una afcción puramente lo-
cal y si hay diatesis viene come-
cutira á los progresos de una
supuración "cancr". De lo cual na-
cieron dos teorías que se han
disputado hasta nuestros dias
el dominio etiológico de la car-

cinosis. Bonnet de Hyon, contra el parecer de los cinco autores ultimamente citados, sostuvo la primera de esas dos teorías asegurando que era preciso admitir la preexistencia de la diatesis antes de toda manifestación local.

En estos últimos tiempos muchos autores entre ellos Virchow Gubler y Robin se han ocupado de un modo preferente en resolver tan arduo problema. En el transcurso de nuestro trabajo citaremos la opinión de autores tan respetables.

- Etiología -

La mayor parte de los autores al ocuparse de las causas productoras del cancer del estómago y siguiendo el orden establecido en la Etiología de las demás enfermedades dividen aquellas en predisponentes y ocasionales. En las primeras incluyen la edad, el sexo, el tem-

peramento, la herencia y el estado de la menstruación en la mujer. Yremos examinando todas ellas.

Edad: Según Ch. Louis, Morel d'Espine y Hebert la edad propia para el desarrollo del cáncer del estómago es de 45 á 65 años. No se conoce ninguna estadística completa para poder deducir con toda certeza la veracidad de estos datos, sin embargo la autoridad de dichos autores nos dispensa fijar esa edad pues dicen que no han

encontrado ninguno cuya edad fuera menos de 25 y muy corto el número de los que pasaban de 70 años.

Influencia del sexo. Son tan contradictorios los datos que arrojan las observaciones hechas y tan opuestos los resultados que de ellas se han deducido que hoy día la opinión Médica obligada por la verdad de los hechos considera que el cáncer del estómago ataca los dos sexos en proporción exactamente igual.

Temperamento. Chardel asegura que el temperamento linfático predispone á la afección de que trata-

mos. Pocos son los autores que han dado alguna importancia al temperamento como causa etiológica del cáncer. La gran mayoría creyó que era independiente de la constitución del individuo y hoy día no queda duda alguna que ni la constitución ni el temperamento influyen favorable ni desfavorablemente en su presentación.

Menstruación. Ya hemos dicho que Hipócrates fue el primero que consideró que su falta era causa del desarrollo del cáncer. Hemos visto

to también que sus ideas sobre el particular fueron aceptadas más o menos modificadas hasta a principios del presente siglo, pues bien la observación ha demostrado plenamente que no se puede considerar como causa predisponente de la carcinosis y que es notorio que lo mismo se presenta en los casos que el desarreglo menstrual es evidente, que en los casos en que no se nota alteración alguna en la función expresada.

Menstruación. Parry fue el primero que refirió algunos hechos en favor de la menstruación y esta idea ha-

sido patrocinada por Niemeyer y aceptada por todos los patólogos modernos; Bien entendido que lo que se hereda es la predisposición y no la enfermedad, pues si así fuese, sus efectos serian mas pronto o mejor dicho en alguno tendríamos su existencia.

Algunos autores han considerado tambien como causa predisponente los malos hábitos higiénicos pero era por que creian que el cancer era consecutivo á una gastritis prolongada. Es indudable que el uso continuado de las

bebidas alcoholicas y una mala alimentacion producen un estado gastrico tanto mas difícil de modificar cuanto mas adelantada se encuentra la mucosa gastrica. Que por muchas y graves que sean estas alteraciones y aun aceptando que degeneren en cancer, siempre sera porque existe la predisposición y nunca por consecuencia de la gastritis de consiguiente los hábitos higiénicos podemos muy bien no considerarles como causa predisponente del cancer

Causas Ocasionales. Poco diremos sobre ellas. Han sido admitidas como tales las fiebres intermitentes, ayunos prolongados, onanismo, excesos en el coito, supresion de las hemorroides etc etc.

No queremos examinar los hechos bajo este punto de vista y para concluir diremos que hoy dia no se admite mas causa ocasional que la predisposicion. Todas las demas condiciones no son mas que causas que ponen en juego y localizan la diatesis

Entre estas podemos citar las emociones morales depresivas, disgustos, trabajos intelectuales excesivos, la vida sedentaria hipocondria etc.

Sintomas, marcha, duracion y terminacion.

Sintomas. En la descripcion de los sintomas no estableceremos distincion alguna entre el escuro, el encefaloides y el coloides porque en realidad no existe para establecer un diagnostico diferencial de estas tres distintas formas en que puede presentarse el cancer del estomago

atendido que sus caracteres son bastante uniformes no preocupandonos ni poco ni mucho ciertas modificaciones que en algunos casos se observan. Existe en el cancer del estomago una lesion siempre igual por lo que no se puede establecer una verdadera distincion en algunos casos.

A pesar de tener algunas veces el cancer una marcha sumamente rápida estableceremos dos periodos, un periodo dispeptico y otro periodo de

tumor y de caquecia.

El periodo dispeptico o inicial se caracteriza por dolores, desarreglos digestivos y vomitos.

Como quiera que todos estos sintomas son propios de toda afeccion gastrica, necesitaremos fijar toda nuestra atencion hasta en los menores detalles para no hacer una falsa apreciacion. Asi pues la edad del paciente, el cambio brusco que en su moral se verifica su irascible caracter por obra, ayudados de los demas sintomas, despertarnos la idea del-

Cancer y no de otra afección cualquiera.

A pesar de las afirmaciones de Mr. Hebert de que en la gran mayoría de los casos la digestión había sido normal hasta la invasión manifiesta del cancer, la opinión general de los autores es que por el contrario los fenómenos dispepsias tales como pesadez cardiaca, borrignos después de las comidas vómitos ácidos sulfurados, dolor más o menos vivo y alguno que otro vomito, se remontaban a

una época muy anterior a los primeros signos manifiestos del cancer. Hay algún caso, rarísimo, que esta clase de trastornos son muy poco apreciables y que la digestión se hace bastante bien aun con pérdida del apetito.

El Dr. Durand cita un caso en que la digestión se verificaba perfectamente desde la aparición evidente de un cancer al cual había precedido una larga dispepsia. Ya hemos dicho que son casos rarísimos. Examinaremos uno por uno los

sintomas mencionados.

Dolor. El dolor no falta casi nunca. Este sintoma y la perdida del apetito son los primeros y mas constantes fenomenos. Está localizado en el ~~pe-~~ epigastrio y es continuo, pungitivo y algunas veces lacerante. Aumenta por la presion por la ingestion de alimentos y si son alimentos sólidos mucho mas como sucede en la ulcera simple. Se distingue sin embargo por que aquel es mas vivo y continuo no revisten-

do el caracter de acceso cardial que como sucede en la ulcera simple. Algunas veces tiene correspondencia dorsal.

Vómito. El vómito es el fenomeno mas importante y que mas datos nos suministra para el diagnóstico de la afeccion que nos ocupa. Los primeros tienen lugar por la mañana en ayunas y son numerosos y acidos y no biliosos: es fenomeno característico. Sobrevienen luego frecuentes vo-

vómitos alimenticios. En algunos casos, al principio, son algo raros para ser más frecuentes luego. Mr. Hebert hace notar que los casos en que se presentan vómitos alimenticios repetidos, desde el principio de la enfermedad, siguen esta misma marcha rápida. Es más o menos fácil según el grado de adelanto que se encuentra la lesión y tanto más dolorosos cuanto más tiempo haya transcurrido de la ingestión

de los alimentos. Cuando es poco tiempo después, los alimentos son fáciles de reconocer. Cuando ha pasado algún tiempo van mezclados con mucosidades más o menos consistentes y de un líquido amarillento o verdoso. Nos puede motivar la introducción de cualquier cantidad de alimento ya sea sólido o líquido. A veces revisten cierta periodicidad. Bajo este punto de vista revisten un carácter sumamente variable. El vómito presenta además otros caracteres de los cuales nos ocuparemos al hablar

del periodo caquetico

Estado caquetico. Se presenta gradualmente y surge de un modo repentino, haciéndose notar primero en la cara cuyo color se presenta anémico y adquiere en mayor ó menor grado un tinte amarillo terroso. Bien pronto todo el tegumento externo participa de esa coloración: la piel se seca pierde su elasticidad las mucosas se duoloran y llama extraordinariamente la atención la rapidéz del enflaquecimiento y como dice muy bien Durand

parece que se funden los tegidos. Los vómitos se hacen mas frecuentes y presentan el sintoma patognomónico el ser acfetados. Es debido a una sustancia negra que se parece al poso del café ó al hollin, que da un color oscuro a los líquidos arrojados.

Los dolores aumentan de intensidad. Una fiebre mas ó menos pronunciada acompaña este estado, aumentando la consunción del enfermo. Ha intolerancia del estómago se hace absoluta y el enfermo es víctima de la inanición el colapso y la muerte.

En algunos casos se presentan con alguna complicacion inflamatoria. Otros la mayoria van acompañados de hidropesias producidas por trombosis.

(Observacion 3^a y 5^a).

Hemos dejado para lo último el hablar de un sintoma que se presenta muy poco, a pesar de afirmar Prinston que lo ha encontrado el 2 por 100. Nos referimos al vomito de sangre o hematemesis. Proviene por la gran hiperemia y rotura de los vasos capitales del estomago al prin-

cipio y por los progresos de la ulceracion y destruccion consecutiva de algun vaso mas importante - luego. Algunas veces es tan abundante que puede concluir con la vida del paciente. En casos raros. Generalmente es en pequena cantidad, y mezclandose con los alimentos les dá esa coloracion negruzca de que nos hemos ocupado, al hablar de los vomitos acfetados. Algunas veces la eliminacion de esa sustancia tiene lugar por el tubo intestinal

El estado de estas vias durante la enfermedad, es de estreñimiento en su principio mas tan pronto viene el reblandecimiento y ulceracion y consecuencia de la irritacion que los elementos cancerosos producen á su paso por los intestinos motivan la diarrea que la encontramos con mucha frecuencia.

Fumot. Debiendo ocuparme de él con mas estension en el diagnostico, solo dire aqui que su presencia no siem-

pre nos es dado comprobar: su existencia podria ser constante pero son muchos los casos que por medio del tacto no nos es posible averiguar sus cualidades fisicas. Asi vemos en muestras de sermaciones 3^a y 4^a que es imposible en esta ultima sobretudo curiosearnos de si existe ó no. En otras cuando el cancer es escirroso, como sucede en la Observacion 1^a tan solo se nota una resistencia mayor que lo ordinario en la region epigastrica. De lo que se puede deducir que talvez es el sintoma que menos

se puede hacer constar. Cuando es fácilmente perceptible, se nos presenta mas ó menos prominente, circunscrito, movable, abollado ó no. Otras veces es una infiltracion gual que dá una rigidez marcada á las paredes del estómago (Esivro y Coloides.).

Marcha. No es posible marcar periodos regulares en la marcha del cancer del estómago, pues no guardan relacion la presentacion de los sintomas característicos de

la enfermedad, con las alteraciones anatomicas de la misma. Casos hay que comprobamos la presencia de un tumor mas ó menos voluminoso antes de desarrollarse accidentes capaces de hacernos sospechar la existencia de afeccion tan grave. Otros por el contrario se nos presentan con los sintomas mas graves y dan á la enfermedad una marcha sumamente rápida y fatal. Otras veces se desarrollan los sintomas con suma len

Situación y la enfermedad llega á su término sin complicación de ninguna clase.

Otras se presentan al principio fenómenos sumamente graves sin ir seguidos durante mucho tiempo y aun muchos meses de accidentes alarmantes.

Otras marchan con lentitud y sin que nada lo pueda hacer entrever, terminan por accidentes sumamente agudos.

Duración. Es muy variable.

Fundado en observaciones Mr.

Yebert, le da una duración de 3 á 38 meses Mr. Vallis de Sá A2. Es sumamente difícil fijar un término medio, pues como hemos dicho, los primeros síntomas pasan casi siempre desapercibidos y que no se puede precisar con exactitud la existencia del cancer.

Terminación. Fatal siempre y la muerte puede ser producida por los progresos de la caquexia, ó la inyección, por perforación del estómago y una peritonitis consecutiva.

- Diagnóstico. -

El diagnóstico del cáncer del estómago es fácil cuando la enfermedad está algo adelantada. Pero no sucede así; la gran mayoría de los casos se nos presentan en el período dispepsico confundible ^{con sus sínt.} con los de la gastralgia ó la enfermedad del mismo nombre. Otras veces por falta de alguno ó algunos síntomas importantes se nos hace difícil el diagnóstico diferencial con esas enfermedades y con la úlcera simple y la gastritis

cromia. En nuestra observación 3.^a nos encontramos en este caso. El paciente se nos presenta en la clínica con un aparato de síntomas que el observador más atento no podría menos de hacer el diagnóstico que se hizo. Una dispepsia. La enfermedad tiene dos meses de existencia y sin embargo los solos y únicos síntomas son pérdida del apetito y sensación dolorosa al epigastrio á la ingestión de alimentos y un enflaquecimiento más ó menos notable. Solo dos meses después de estar en la clínica, es decir de haber empezado la enfermedad, pudo modificarse el diagnóstico y solo por la coloración amarilla pajá

que se notaba en el paciente. Ningun sintoma mas, propio del cancer. Sin embargo á nuestro entender cuando se nos presente un caso con estos ó alguno de estos sintomas á saber: un tumor superficial mas ó menos circunscrito, vomitos alimenticios reguizcos, dolores profundos constantes con exacerbaciones independientes de la presencia de alimentos, una coloracion amarillo pajiza de la cara, edema de las extremidades inferiores, son datos mas que suficientes para hacer el diagnostico con certeza.

A demas hay que tener presente que los sintomas mas alarmantes ceden con un tratamiento apropiado en las enfermedades que hemos citado, sobretudo en las dos ultimas citadas.

En el cancer el enfloquecimiento rápido, la debilidad que le acompaña son tan notorios. Los fenomenos gastralgicos son tan diferentes en su manifestacion que no sería posible el confundirlos. En efecto: Los fenomenos dolorosos van en aquellas unidos á la digestion, en el cancer son independientes como hemos dicho,

Los vómitos en la gastritis y úlcera simple son siempre biliosos lo que no encontramos en el cáncer. El vómito de sangre en este última, salvo raras excepciones, ni siquiera merece llamarse así, pues ya hemos visto en que forma se verifica la hemorragia, y en pequeña cantidad. Acompaña siempre a los alimentos; está completamente alterado el color de la sangre y solo la vemos al final de la enfermedad.

Al contrario sucede en la

úlcera simple. La hematemesis es súbita y violenta, la sangre es siempre rutilante y no va incorporada a ninguna otra sustancia. Se nos presenta en su principio.

El tumor, cuando es apreciable, es el sintoma que con más certeza nos aclara la cuestión. Colocado el paciente en decúbito supino, las piernas en flexión y encargándole haga inspiraciones profundas a fin de que no nos sirvan de obstáculo los músculos abdominales, exploraremos toda esta región para ser-

ciórnos si existe ó no tumor o-
peracion sencilla si se tiene
en cuenta que el estremado en
floquecimiento del enfermo nos
sera una conclusion favorable.
Ya hemos dichos los caracte-
res que revisten los tumores
cancerosos. Me ocupare solamen-
te del sitio que gñalmente ocupan.
El epigastrio es el sitio preferen-
te. Sin embargo cuando el tu-
mor no ^{está} adherido puede suce-
der que por su peso vaya
descendido hasta la region
epigastria y tambien por haber-
se modificado la situacion del

estomago y cambiado completa-
mente sus relaciones. No dejara
entonces de presentar el diagnós-
tico cierta dificultad mucho mas
si se tiene en cuenta los
tumores propios que padecen
organos tan importantes como
el higado, epiploon, colon, pan-
creas, ganglios y gruesos va-
sos arteriales y de las causas
de error á que puede dar lu-
gar un examen superficial
en una enfermedad de diagnós-
tico tan difícil como es la de
que tratamos.

- Tratamiento -

El cancer es una afeccion incurable y siendo la terapeutica completamente impotente, su unico papel es paliar los dolores por los narcoticos intus et extra. Utilizaremos tambien los calmantes en este mismo sentido. Utilizaremos las reglas generales dieteticas de la dispepsia contra los desarreglos de la digestion. El agua de

Seltz contra los vomitos y los opiados contra los dolores. Es decir una medicacion sintomatica y paliativa. No diremos una palabra sobre la infiridad de tratamientos que se han puesto en practica en esta enfermedad y que poco a poco han ido cayendo todos en desuso, pues, se ha reconocido que a mas de no reportar utilidad alguna la mayoria de ellos eran perjudiciales a la poca salud del enfermo.

En el caso que la deglución se haga imposible por estar el cancer en el cardias, podemos utilizar la sonda esofagica. - Cuando el estomago no permite introduccion de liquido de ninguna clase nos queda la via rectal para retardar todo lo posible la inanicion y su consecuencia inevitable.

- Anatomia Patologica -

Bajo tres formas se nos puede presentar el cancer del estomago y que por orden de frecuencia son el curvo, encefaloideo y el coloides. Por lo regular lo encontramos en el piloro, el cardias y en la pequena corvadura. Segun Veber en 87 casos lo encontro solo 2 veces en la gran corvadura y Vaicix en 32-1. Puede ser primitivo o secundario en este ultimo caso el estomago es inva-

Ordo por los progresos de otro
cancer vecino (nigado intestinal,
ganglios). Cuando es primitivo
nace no en el tejido conjun-
tivo sub-mucoso y alguna vez en
la mucosa como asegura Jaccoud
y otros sino siempre en el tejido
epitelial. Todos los autores moder-
nos estan conformes sobre este
punto y es indudable que el teji-
do asiento de la carcinosis es el
epitelial. Se nos presenta siem-
pre al estado de lesion acra-
bada (y pocos habran sido
los casos que se han podi-
do observar en su principio)

como tumores unio ó dividido en
varios lobulos, ulcerado, formando
una eminencia al exterior mas
ó menos franca, segun su fuerza
expansiva se dirige en sentido es-
terno ó en el sentido de la profundidad
de los tejidos. En este ultimo caso
es cuando se puede comprobar
su existencia por medio del tac-
to. Su volumen puede variar
entre una nuez y el de un hue-
vo de gallina. Su forma es
aplanada en el escirro, abol-
lado y mas ó menos redondea-
do en el encefaloideo y sin for-
ma marcadamente regular en
el coloides. Puede presentarse en for-
ma de engrosamiento de tejido epitelial

(cáncer), de nudosidades vegetantes con infiltración o sin ella (Enefaloides) y de una verdadera infiltración en masas voluminosas (Coloides). Gracias a su rápido desarrollo, son marcadísimas las alteraciones de los tejidos y órganos adyacentes, a si vemos que la invasión lo mismo tiene lugar en sentido externo que en sentido de su profundidad, de un modo que nos explicamos fácilmente. La mucosa se destruye

ya prontamente y la úlcera se nos presenta de figura irregular de bordes duros callosos y salientes. Las fibras musculares que están por debajo y al alrededor del cáncer se hipertrofian para desaparecer luego. El tejido celular submucoso envía entre las fibras musculares, prolongaciones como á tabiques, prolongaciones que son fibrosas brillantes de aspecto muy característico.

La lesión gana en profundidad alcanza el peritoneo y lo altera por el mismo sentido. De aquí nacen las adherencias

Después se desarrolla una peritonitis parcial. Pueden tener lugar y por el mismo procedimiento con todos los órganos vecinos como son el hígado pancreas, los repliegues epiploicos el colon trasverso y el diafragma. En las Observaciones que presentamos, hay en la 4.^a, adherencias con el colon, con el hígado la 3.^a con el pancreas la 2.^a, y con el peritoneo la 1.^a.

Cuando estas adherencias no existen, el estómago cambia de relaciones y es comple-

tamente dislocado por el tumor y puede bajar como hemos dicho hasta el mismo tipo gástrico y establecer el tumor adherencias con los intestinos gruesos con el útero y sus anexos. El estómago puede aumentar o disminuir de volumen y la luz del orificio cardíaco disminuye de un modo notable. En una de las observaciones que presentamos (1.^a) la estrechez es tan grande que apenas permite el paso de un man-

go de pluma.

El resto de la mucosa está hiperemiado y la tumefacción de los ganglios vecinos es muy notable.

- Observaciones. -

- I. Personal. -

Hospital clínico de la Facultad de Medicina de Barcelona, Clínica del Dr. Robert. Cama n.º 5.

Antonio Casas de 30 años entra en esta clínica el 19 de Junio de 1880. Dice que hace 4 meses que tiene vómitos más ó menos abundantes y que los tiene inmediatamente después de las comidas. Fue gozaba de plena salud y que no recuerda haber padecido enfermedad alguna. Sin antecedentes de familia.

A su entrada lo encontramos sumamente enflaquecido, coloración amarillenta característica; se queja de grandes dolores en la región epigástrica, que se exacerban a la presión. Después de algun reparo por

parte del paciente y examinado su estado notamos a la palpacion por debajo del apendice cefoide una resistencia sumamente notable. No hay edema. Se diagnostica de cancer esciro del piloro.

1º de Agosto. Los vomitos continuan. Poco apetito. Mucha sed. Ligero movimiento zefal por la noche. aumenta el enfleaquecimiento - Sin edema.

16 Agosto. El mismo estado por parte del tubo digestivo. El enfermo ^{muere} gran dificultad en la respiracion. El examen de la region toracica nos permite hacer constar una pleuresia doble.

Muere el 22 Agosto.

Autopsia 36 h^{as} despues. Gran derrame pleuritico de un liquido amarillento. Pleuras sumamente sumamente engrosadas y llenas de granulaciones cancerosas. Diafragma imprensado. Peritoneo adherido a la

pared abdominal anterior

Examinado el estomago con gran interes encontramos un tumor esciroso que ocupa toda la pequena corvadura y el piloro. Una estrechez del orificio pilorico tan considerable que apenas permite el paso de un mango de pluma. Destruida toda la mucosa del estomago: gran masa cancerosa reblandecida ocupando a mas del estomago el epiploon, el meso-colon transverso que tambien está adherido a la pared abdominal anterior. Está tambien adherido con el bazo izquierdo del higado que presenta un tinte oscuro. Nada mas de notable se encontro.

Observacion II^a Personal.

Hospital clinico de la F. de Medicina de Barcelona.
Clinica del Dr. Robert. comma no 8. Sala de Mujeres.

Cancer del piloro. estroma cartilago.

Margarita Bonet de 49 años de edad

entra en este hospital clínico el día 2 de
Marzo de 1881. Se encuentra en un es-
tado de enflaquecimiento notable y dice
que vomita continuamente hace dos me-
ses. Los vómitos son alimenticios y nun-
ca ha observado en ellos nada que nos
pueda hacer creer una hematemesis.

Dice que no ha tenido diarrea y que
por el contrario acusa una gran in-
tención.

A la palpación abdominal, se
nota en el hipocóndrio derecho un
tumor duro, oblicuo de arriba á ba-
jo y de derecha á izquierda. La pa-
red abdominal permite apreciar todos
sus caracteres, se nota que se con-
tinúa, por el borde inferior del higa-
do, con un tumor igualmente du-
ro del cual parece formar parte. Con-
tinuando la exploración, se nota al
nivel de la columna vertebral un

cordón duro, que no es otra cosa que la
aorta. Su durez es tan especial que pa-
rece que al comprimirlo se nos va
á romper. No se nota aterosclerosis
ninguna otra arteria.

Durante los 5 días que la enferma ha
estado en la clínica, los vómitos han
sido continuos. Nada retenia. Fuer-
tes contracciones del estómago.

La enferma sucumbió el 10 de Marzo
en estado de colapso.

Autopsia. 3 horas después.

El estómago sumamente distendido:
En la región pilórica existe un tu-
mor alargado, duro, de color blanque-
cino, oblicuo de abajo áriba y de izquier-
da á derecha continuándose por
su parte superior con la vesícula biliar
que contiene un voluminoso cálculo ovi-
do y que no siendo móvil había
puedo creer que el tumor se continua-

ba con el hígado.

El páncreas está adherido a la cara posterior del tumor, sin presentar ninguna otra alteración.

El bazo y los riñones, nada. El hígado algo infartado.

La aorta abdominal dura, rígida y de consistencia fétida.

El corazón disminuido de volumen. Estrechos ~~atriales~~ ventriculares. En las valvulas placas ateromatosas.

— Observación III^a — Personal.

Clinica del Dr. Robert. I. de Medicina de Dama.

Cámara del corazón y del hígado.

José P. jornalero 53 años entra en la clinica el 22 de Marzo de 1878. Su enfermedad tiene 2 meses de existencia. Empezó con perdida del apetito, sensación dolorosa en el epigastrio que aumenta a la inges-

tion de alimentos. Ningun otro sintoma respecto al tubo digestivo. Un solo vomito tenue y hace dos meses por la mañana, acompañado de creptus acidos. Costipacion y enflaquecimiento.

Estado actual. Sin fiebre. Enflaquecimiento notable. Profunda anemia lengua normal. Gran dolor y aumentado a la presión epigastrica. Estomago ligeramente distendido. No se describe ningun tumor por la palpacion ni ninguna otro punto doloroso del que hemos hecho mención. Digestiones difíciles y dolorosas. No hay vomitos, costipacion. Diagnóstico Dispepsia.

El 1^o Abril. El enfermo no tolera ningun alimento sólido y los rechaza por experimentar grandes dolores a su ingestion por lo que suponemos existe estrechez en la entrada del estomago. Sigue en el mismo estado hasta el mes de Mayo. Solo aumenta el enflaquecimiento y principia el marasmo. La coloracion amarilla suia que se va presentando nos da la idea del cancer del corazón.

1^o Agosto. No se nota tumor. El hígado se sale de sus limites naturales y pasa del te-

rebordes de las costillas falsas. Gran dolor en la region epigastrica. Continuan los vomitos ayudandolos el paciente con grandes esfuerzos. Aumentan los signos caquexia. Edema considerable del pie izquierdo.

Se modifica el diagnostico. Cancer del cardia no reblandecido.

Del 1.º al 15 de Setiembre aumentan los dolores se acentua el marasmo y el enfermo sucumbe en la inanicion.

Autopsia Pulmones y corazon sanos. El esofago mas o menos indurado. Al nivel del cardia hay un tumor como un huevo de gallina que rodea este orificio y se continua con el esofago. Gran estrechez de este orificio. Infarto del higado el cual esta adherido a las paredes del estomago por falsas membranas anormalmente gruesas. El estomago presenta la mucosa reblandecida y medio destruida en unos puntos y sumamente indurada y formando parte del tumor cerca de la region cardiaca. El higado ~~esta~~ sembrado de nuelos cancerosos de volumen variable.

Hospital Hainne Observacion IV.º Progres Medical
15 Enero 1881.

Cancer infiltrado del estomago. Carcinoma secundaria del peritoneo por abd. Hernien.

Juan Graff de 28 años cocinero. Entra el 27 Abril de 1880 en el Hospital Hainne. Nada puede decirse sobre sus antecedentes de familia. No ha padecido enfermedad alguna. Hace 2 o 3 meses empezó su enfermedad por desarrreglos digestivos que atribuyo a su intemperancia; Sentia inapetencia digestiones penibles, acompañadas a menudo de vomitos alimenticios. Sentia dolores vagos en el abdomen. Colicos sordos. Empezó a notarse el enflaquecimiento. Alguna debilidad.

Hace 10 o 12 dias que ha dejado completamente el trabajo. Los sintomas se han agravado despues y el abdomen empezó a distenderse.

Estado actual - Estado caquexico

notable. Enflaquecimiento No aqueja dolor alguno - Dificultad - El abdomen muy distendido - A la percusion maciza completa en el epigástrico e ipogástrico de un lado a otro, a excepcion de la fosa ilíaca derecha donde encontramos cierto grado de sonoridad timpánica. Sigue la constipacion.

Ya administracion de 20 gr. de tinctura de Jalapa no da resultado. Varias purgantes. Inyecciones de morfina. 10 de Mayo. En presencia de los fenomenos respiratorios continuos y amenazadores se hace una puncion tanto para aliviar al enfermo como para aseguriar el diagnostico. Dio un liquido sanguinolento parecido en su color a la sangre venosa pero muy liquido y sin coagularse sobre la piel. Se retiraron 1500 gr quedando todavia

una gran cantidad. La palpacion hecha con gran cuidado no da resultado alguno.

Mejoria. El vientre en el mismo estado. Orinas mas abundantes. Poción Food. Inyeccion hipodérmica de morfina.

Dia 2 de Mayo. Debilidad aumentada. El pulso blando debiles. Sin elevacion térmica. Se es imposible verificar movimiento alguno. Se devuelto todo el liquido ingerido - Facies abatida - Aceleracion del pulso.

Dia 3. Sub-delirio-colapsus y muerte. Autopsia 44 horas despues.

La apertura del abdomen da salida a 6 ó 7 litros de un liquido coagulado de la misma naturaleza del que ya conocemos. Intestinos distendidos por gases y rehazados contra el diafragma. El gran epiploon ha desaparecido: no

se ven mas que una porcion de membranas fibrosas flotando en el liquido o debilmente adheridas á la serosa parietal. Ademas llama la atencion á primera vista una cantidad de granulaciones parecidas al poso del café diseminadas entre los intestinos. El peritoneo parietal en buen estado. Los ganglios tumefactos. El intestino grueso sumamente distendido.

El estomago está intimamente unido por su gran corbadura con el colon transverso. Las paredes engrosadas y muy densas. Se le dá un corte y su superficie presenta un color grisaceo y de aspecto fibro-lardaceo. El color de la mucosa es normal. No se notan mas que repliegues voluminosos. Los ligamentos suspensorios y coronarios están inflamados y de un espesor marcado: casi como el peritoneo diafragma.

Nada mas de notable en los otros organos.

J. Anatomica Observacion V.^a Progres Medical.
5 Junio 1879.

Lesion del dia 10 Octubre 1879.
Cancer de toda la estension del estomago y del gran epiploon. Trombosis de la ilíaca estoma. izquierda (vena).

Florence B. de edad 44 años jornalera entrada el 11 de Junio de 1878 á Pitie S. de Sta Eugenia, de fuerte constitucion y de muy buena salud anterior. Habia menstruado regularmente. Sin haber padecido enfermedad alguna. Habia 4 años perdido á su marido y despues se apercibió que sus digestiones se hacian pesadas, lentas y dolorosas y acompañadas de algunos vómitos. Sin embargo estos accidentes parece que se calmaron y mejoraron bastante. Habia 15 meses volvió á notar esos mismos fenomenos y vómitos por la mañana. Pudiendo dedicarse á sus ocupaciones diarias no se inquietó mas pronto se aumentaron las molestias

por los vomitos despues de las comidas vomitaba las sustancias ultimamente ingeridas. No tuvo vomitos acafetados ni biliosos. Costipacion habitual. Sin edema Enflaquecimiento y gran debilidad.

Estado actual. A su entrada a la Pitie 12 Enero notamos dolores vivos en el epigastrio que le corresponden a la espalda. Coloracion amarilla sucia. Se nota un tumor duro ligeramente desigual sin limitacion clara situado a un centimetro por encima del ombligo, al ~~rededor~~ rededor se nota una mancha muy extendida que se irradia por arriba hasta el apendice cecales y las falsas costillas. Los latidos de la aorta se transmiten al tumor. El corazon y los pulmones bien.

16 Febrero. Dolor muy vivo al nivel de las falsas costillas izquierdas. Costipacion. A excepcion de la leche devuelve cuanto alimento toma

3 Marzo. Grandes dolores de vientre. *Gran*

incharon en la region epigastrica debido al parecer a gases.

8 Marzo. Derrame ascitico bastante considerable.

16 Marzo. Edema del miembro inferior izquierdo, doloroso parte interna muslo.

19 Marzo. En la parte superior del abdomen se percibe una crepitation notable.

20 Marzo. Aumenta el edema y se generaliza por todo el miembro - Menos dolor. Grandes dolores en la parte superior y lateral del abdomen donde se percibia el frote peritoneal

Embrocaciones de colodion sobre todo el abdomen.

21 Marzo. Alivio por el colodion. El edema aumenta y sobre todo el del pie y parte inferior de la pierna. Empieza el edema de la pierna

derecha.

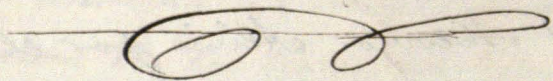
22 Marzo - Grandes dolores pierna izquierda.

28 aumenta el edema pierna izquierda.

1 Abril Enflaquecimiento y debilidad mas notables Dilatacion de las venas superficiales del abdomen del lado de la flebotomia abba-do lens.

5 Abril. Abatimiento gñal. aumenta el edema. Insomnio. Ligero movimiento febril.

Muere el dia 8 de Abril en una profunda adinamia.



- Conclusiones. -

- I. El cancer es una afeccion que tiene su maximum de frecuencia de 40 a 60 años
- II El cancer del estomago lo encontramos en proporcion exactamente igual en el hombre que en la mujer.
- III Ni la constitucion ni el temperamento influyen favorable ni desfavorablemente en su presentacion.
- IV. La heresia ejerce una accion incontestable
- V. La predisposicion es la unica causa ocasional del cancer del estomago.

VI. Las pasiones morales depresivas parecen tener una importancia real en su etiología.

VII. Es sumamente difícil marcar con firmeza la época en que empieza a desarrollarse el cáncer.

VIII. Los síntomas patognomónicos son vomitos alimenticios negruzcos dolores profundos constantes con exacerbaciones independientes de la presencia de alimentos. Estados caquetico - Edema de las extremidades y gran debilidad.

IX. No se puede fijar su duración con toda exactitud.

X. Su terminación es la muerte.

XI. La terapéutica no dispone de medios sino para paliar los dolores empleando los narcóticos y calmantes íntus y extra y utilizar las reglas generales dietéticas contra los desarreglos digestivos.

XII. Que el asunto de desarrollo del

Cáncer del estómago es el tejido epitelial y no el tejido conjuntivo sub-mucoso como aseguran Jacoud y otros.

He dicho.

Ernesto Macaya y
Arguere.

Madrid 16 Enero de 1889.

