

SUMMARY

Until now no pathognomic symptom of the cancer of the stomach is known, nor do we dispose of the adequate means of exploration that would allow us to determinate whether the incipient cancer is really a cancer of the stomach.

The diagnosis of the cancer of the stomach in an early epoch of development, when it would be susceptible to a useful therapeutic treatment, should be the result of a judgement based on the total of data obtained from clinical and radiographic examination. The most important item of the latter is the determination of soluble albumen, i. e. the test of Wolff and Junghans. . . .

The chyme being normal the proportion of albumen is considerable, while it is small with hyperacidity and deficiency of hydrochloric acid. With the deficiency of chyle, due to cancer and visceral asystole, the proportion of soluble albumen is considerable and it may be said that chylous deficiencies showing amounts of albumen inferior to 100 are generally functional, while the amounts from 200 to 400 as a rule are a sign of cancer. The amounts from 100 to 200 allow no true diagnostic.

The is no unanimous opinion as to the use for diagnostic purposes of the said test. The personal experience of the author, referring to 82 clinical cases (25 cancers and 57 cancerous affections), shows that the Wolff and Junghans' test is as good or better for diagnostic purpose than any other symptom used for the same purpose, and that the amounts from 200 to 400 can be considered positively indicating cancer, those inferior to 100 as negative, and of doubtful signification those from 100 to 200.

ZUSAMMENFASSUNG

Bis jetzt ist kein pathognostisches Symptom des Magenkrebes bekannt, ebensowenig besitzen wir Untersuchungsmittel, die es möglich machen, festzustellen ob das im Anfangsstadium begriffene Krebsleiden gerade Magenkrebs ist.

Die Diagnose von Magenkrebs in der frühesten Entwicklungsstufe, während der gerade Aussicht auf erfolgreiche Behandlung ist, beruht auf die Beurteilung der Ergebnisse klinischer und radioskopischer Untersuchungen und der Analyse von Darmentleerungen und Mageninhalt. Bei der Analyse des letzteren ist die Feststellung des Gehalts an gelöstem Eiweiss, d. h. die Ausführung der Wolff und Junghans' sehen Reaktion sehr wichtig.

Bei normalem Chymus ist das Verhältnis von gelöstem Eiweiss gross, und andererseits klein bei Hyperacidität und Achlorhydrie. Ebenfalls ist bei Achylia gastrica, die auf ein Krebsleiden beruht und bei visceraler Asystolie das Verhältnis von gelöstem Eiweiss bedeutend und man kann behaupten dass bei Achylie ein Eiweissindex unter 100 funktionell ist, während höhere Ziffern von 200 bis 400, gewöhnlich auf ein Krebsleiden hindeuten. Die Ziffern, von 100 - 200 gestatten keine sichere Diagnose.

Es besteht keine völlige Einigung bezüglich der diagnostischen Verwendung der erwähnten Reaktion. Aus den persönlichen Erfahrungen des Autors, die sich auf 82 klinische Fälle beziehen (25 Cancer und 57 cancerose Leiden) geht hervor, dass die Reaktion nach Wolff und Junghans diagnostisch ebenso wertvoll oder wertvoller ist als andere Symptome und dass Ind. ziffern von 200 bis 400 als positiv auf Cancer hindeutend, unter 100 als negativ und von 100 bis 200 als zweifelhaft zu bezeichnen sind.

RIÑÓN EN DISTOPIA LUMBAR BAJA CASO CLÍNICO

por el doctor

JOSÉ M.^a REVERTER

de Barcelona

Lo que distingue a la ectopia o distopia renal de la nefroptosis es el carácter congénito de la situación anormal que ocupa el riñón. La ptosis o movilidad renal es siempre una condición adquirida, bien que, a decir verdad, intervengan en su patogenia algunas condiciones anatómicas predisponentes, que le dan cierto parentesco

con la ectopia. Mas en la nefroptosis, esas condiciones anatómicas predisponentes dependen menos del mismo riñón, que de las fosas lumbares, en las que deben quedar alojados los riñones al término de su evolución embriológica, y de la musculatura de la pared abdominal.

Un riñón ptósico puede contraer adherencias y quedar fijo, dando lugar a una ectopia adquirida, la cual podrá ser considerada clínicamente como una distopia congénita, pero en el acto operatorio, o en la investigación necrópsica, será fácil diferenciarlas, porque en el caso de distopia se observarán, junto con la situación anormal, otras anomalías: de forma del riñón, de situación del hilio, de los vasos, del uréter, etc. Por otra parte, un riñón ectópico puede también tener cierta movilidad adquirida por un traumatismo, por esfuerzos o por relajación de las paredes abdominales con enteroptosis consecutiva, pero siempre es mucho más limitada que la del riñón movable o flotante, además de carecer de la reductibilidad propia de éste.

Aunque esté sano, el riñón ectópico puede dar lugar a síntomas dependientes de la compresión de órganos vecinos, o a la agravación de los de otras afecciones coexistentes, y generalmente indagnosticado en tales casos, constituirá un hallazgo operatorio.

La enfermedad que comunmente afecta al riñón ectópico es la hidronefrosis, lo cual se comprende muy bien teniendo en cuenta la menor longitud del uréter y su relativa fijeza, la presencia de anomalías en éste—válvulas, acodaduras, estrecheces—la implantación viciosa de los vasos, etc. Se han observado también riñones ectópicos tuberculosos y calculosos. La nefritis y la perinefritis son frecuentes, y en el caso que motiva la siguiente historia clínica, hay que atribuir a la conjunción de estas lesiones la causa de las manifestaciones dolorosas que aquejaba la enferma y obligaron a la intervención quirúrgica.

* * *

Manuela Tue... 26 años, casada, de Figueras, que me fué dirigida por el Dr. VILAROS, y recomendada por el Dr. PR SUÑER.

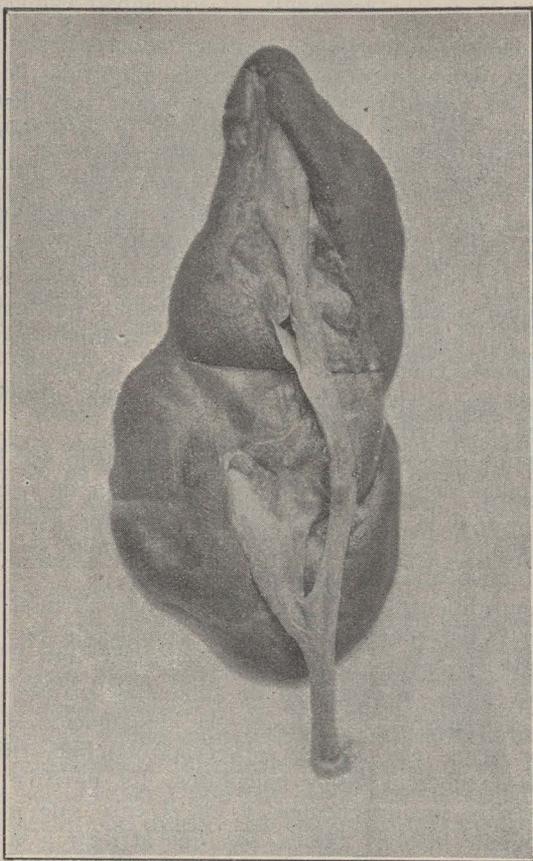
Sin antecedentes dignos de mención. La enfermedad actual data de un año y medio. La enferma atribuye a una caída el comienzo de las manifestaciones de su enfermedad. Iba montada en un carro y de pie sobre una tabla, llevando las riendas y con una niña en brazos; se desbocó el caballo, se rompió la rienda y cayó de espaldas al suelo con la niña encima del vientre.

Los dolores de la contusión le obligaron a permanecer en cama durante tres días, y le apareció un gran equimosis en la nalga izquierda, que le causaba dolor al sentarse.

A los dos días empezó a notar dolor en la región lumbar izquierda. Tuvo que volver a quedarse en cama al día siguiente de levantarse por tener fiebre, siendo la orina que emitió durante este día y el siguiente (cuarto y quinto después de la caída) de un color negruzco, que compara a café, sin coágulos. No tuvo hematuria inmediata, y no tenemos la certeza de que el color negruzco de la orina obedeciera a presencia de sangre.

El dolor que comenzó en la región lumbar izquierda se propagó al vacío del mismo lado, alcanzando en esta parte mayor intensidad. Desde entonces, dice, que no se ha visto va libre de dolor ni un olo día: dolor continuo, con exacerbaciones, pero sin verdaderos paroxismos, ni fenómenos reflejos de anarato digestivo. El dolor, bastante intenso desde un principio, fué agudizándose hasta el extremo de que, últimamente, no podía soportar el peso de las mantas de la cama.

El reposo en cama calmaba algo el dolor, pero no lo hacía desaparecer por completo, siendo la posición más favorable el decúbito supino, pues los decúbitos laterales lo aumentaban, sobre todo el decúbito derecho, o sea el opuesto al lado donde radicaba el dolor.



El punto de máxima intensidad correspondía al flanco izquierdo y, cuando se exacerbaba el dolor, notaba la enferma como se iniciaba en la región lumbar para propagarse a la parte anterior del vientre, vacío y fosa ilíaca correspondientes.

En una ocasión—a los seis meses—tuvo una retención aguda de orina que obligó a practicar el cateterismo. Las menstruaciones se hicieron muy dolorosas.

Y como trastorno de micción no tenía más que polaquimia.

Exploración: Por la inspección se notaba una ligera prominencia en la pared abdominal a nivel del vacío izquierdo. La más ligera y suave palpación a este nivel despertaba dolor agudo y provocaba contractura de pared. La palpación bimanual en la región lumbar provoca también dolor, aunque no tanto como en la región anterior, y procurando hacer una palpación profunda no se aprecia la presencia del riñón en la fosa renal, lo cual no quiere indicar que el riñón no pudiera ocupar su sitio normal, en el que, como ya se sabe, es casi siempre imperceptible a la palpación, si no es movable. La presión en casi todos los puntos ureterales y en los renales provoca también dolor.

La cistoscopia no revela ninguna lesión vesical, ni de los orificios ureterales.

Por medio del cateterismo ureteral izquierdo se recoge una orina pálida, hipodensa (6 % de urea) y albuminosa, sin pus. El cateterismo del uréter derecho proporciona una orina amarilla, concentrada (16 % urea), transparente, sin pus ni albúmina.

La sonda ureteral izquierda penetra unos 20 cms. y la derecha 26 cms. No hay retención en ninguno de los dos riñones.

La urea de la sangre está a la concentración de 0.30 gramos por 1000, siendo la constante de Ambarde de 0.080.

Descartada la hidronefrosis (ausencia de retención y de verdaderas crisis) y la litiasis por la radiografía negativa,

y no habiendo piuria, no cabía hacer otro diagnóstico que el de ptosis renal, teniendo en cuenta que la palpación, aunque difícil por el dolor y la contractura, permitía notar—la enferma estaba muy delgada—una masa que, por su tamaño, por los síntomas subjetivos, y por la sonoridad que había por delante de ella a la percusión, debía ser atribuida al riñón. Además, la radiografía evidenciaba el descenso notable del riñón, cuyo polo inferior llegaba casi a la cresta ilíaca. Esta masa era irreductible a la fosa renal.

Por todo lo que antecede hice con anterioridad a la intervención el diagnóstico de nefroptosis con nefritis (orina de este lado albuminosa) y probable perinefritis, a la que yo atribuía la inmovilización del riñón ptótico y los fenómenos dolorosos tan acentuados que aquejaba la enferma.

La operación fué practicada en la Casa de Salud de Nuestra Señora del Pilar el día 29 de Octubre pasado, observándose lo siguiente: El riñón no ocupa la fosa renal, sino que se halla situado todo él por debajo de la última costilla, entre ésta y la cresta ilíaca. La liberación del riñón fué difícil a causa de la existencia de perinefritis densa que adhería el riñón por todas partes, y por la vascularización anormal, de la que enseguida nos dimos cuenta. La cápsula propia del riñón también estaba muy adherida al parénquima. Imposible la exteriorización.

Las venas renales muy numerosas y flexuosas formando como una red por delante del riñón. Existencia de arterias supernumerarias, una polar superior y otra que de la aorta se dirigía hacia afuera y pasando por la cara anterior de riñón contorneaba su borde externo para venir a insertarse en la cara posterior.

Pero lo que llamó enseguida nuestra atención fué la situación del hilio en la cara anterior del riñón y la bifurcación del ureter a nivel del polo inferior en una rama corta para este, y otra, más larga, aplicada sobre la cara anterior del riñón para el polo superior. Y ambas ramas ureterales terminando sin constituir pelvis.

El riñón aplanado de delante atrás alargado, es redondeado en su extremidad inferior y afilado en la superior, con lobulación manifiesta, y de coloración normal en unas zonas y blanquecina en otras.

Ante tales anomalías no cabía duda de que se trataba de una ectopia, y no de una nefroptosis adquirida e inmovilizada. Lo que si es dudosa es la atribución al traumatismo ocasionado por la caída, de alguna parte en la etiología de la enfermedad.

La nefronexia hubiera sido imposible—por la irreductibilidad y vascularización anómala—y la simple decapsulación no hubiera servido para gran cosa en este caso, además de que su ejecución traía aparejadas muchas dificultades, por lo que me decidí a practicar la nefrectomía, a la que me veía autorizado por el estudio físico y funcional de los riñones.

El curso post-operatorio no ha ofrecido nada de particular.

RESUMÉ

Dans le cas mentionné par l'auteur le rein était placé sous la dernière cote, entre celle-ci et la crete iliaque. La liberation en fut difficile à cause de l'existence de périnéphrite et de vascularisation anormale.

C'était l'hilus qui attirait l'attention par sa position sur la face antérieure du rein et la bifurcation de l'urètre en branche courte au niveau du pôle inférieur par le même pôle, et en branche plus grande appliquée sur toute la face antérieure du rein par le pôle supérieur. Les deux branches se terminaient sans former une pelvis.

Devant de telles anomalies on ne peut douter qu'il s'agissait d'une ectopie et pas d'une néphroptose acquise et fixe.

SUMMARY

In the case mentioned by the author, the kidney was found under the last rib and precisely between this one and the iliac crest. The coincident perinephritis and abnormal vascular state made the liberation very difficult.

Most remarkable appeared the situation of the hilum on the front of the kidney and the ramification of the ureter in a small branch at the level of the inferior pole, and corresponding to same, and in an other long branch attached to the renal front of the kidney and corresponding to the superior pole. Both branches ended without forming a pelvis.

These anomalous conditions left no doubt as to the innate

displacement of the kidney, excluding an acquired and fixed nephroptosis.

ZUSAMMENFASSUNG

In dem vom Autor erwähnten Falle befand sich die Niere unterhalb der letzten Rippe und zwar zwischen dieser und dem Darmbinkamm. Die Befreiung war schwierig infolge der bestehenden Perinephritis und abnormer Gefäßbildung.

Bemerkenswert war die Lage des Hilyus an der Vorderseite der Niere und die Verzweigung des Harnleiters in der Höhe des unteren Poles in einen kurzen Ast und in einen längeren auf der Vorderseite der Niere, der dem oberen Pol entsprach. Beide Aeste endeten ohne Nierenbeckenbildung.

Angesichts dieses abnormen Befundes war es zweifellos, dass es sich um eine angeborene Verlagerung und nicht um erworbene Nierensenkung handelte.

INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA DEL VÓMITO EN LOS NIÑOS

por el doctor

ALBERTO PÉREZ ALBERT

de Zaragoza

Un síntoma de los que con mayor frecuencia se presentan en las enfermedades de los niños es el vómito y su origen puede ser debido a causas de las más variadas; pero solo o acompañado de otros síntomas, único o múltiple, alimenticio o no, es muchas veces un accidente sin trascendencia ni significación diagnóstica ni pronóstica y en cambio en otras ocasiones tiene excepcional importancia su interpretación.

Siendo el vómito la salida al exterior bruscamente, de productos acumulados en el estómago, lo primero que se debe averiguar es si los materiales expulsados provienen del estómago, o simplemente de la cavidad bucal por retención de los alimentos en la misma o si se hallaban acumulados en el esófago; lo primero es frecuente en los niños pequeños, que a veces retienen varias cucharadas de papillas o porciones de otros alimentos y las expulsan todas a la vez al tratar de introducir más cantidad y lo segundo puede presentarse en casos de estrecheces del esófago, bien sean congénitas o adquiridas. Tampoco hay que confundir el vómito con la regurgitación, tan frecuente en los niños glotonés, en la que se expulsan los alimentos a bocanadas, sin malestar ni esfuerzo; ni con el mericismo, en el que los alimentos vuelven a la boca en pequeñas porciones y son nuevamente masticados y digeridos.

En otras ocasiones el vómito se presenta circunstancialmente en el curso de algunas enfermedades, debido a accidentes de las mismas pero no como síntoma de ellas, siendo su causa tan clara que no deja lugar a dudas; tal acontece con los vómitos de la tos ferina en que por la producción de una quinta de fuerte intensidad se produce el vómito, o en caso de abertura de un empiema con expulsión del pus por la boca, etc.

Con los verdaderos vómitos, bien constituyan la enfermedad en si o sean uno de sus síntomas principales, pueden hacer dos grandes grupos y colocar en uno de ellos los que son propios de todas las edades de la infancia o se presentan con mayor frecuencia o de un modo exclusivo en los niños que no son de pecho, y un segundo grupo con los vómitos propios y casi exclusivos de los niños de pecho.

Primer grupo.—Lo constituyen los vómitos cíclicos o acetoneémicos, los que se presentan al comienzo o durante el curso de las enfermedades infecciosas, los llamados vómitos cerebrales y los que forman parte de la sintomatología de las enfermedades del aparato digestivo (con excepción de las del lactante).

Vómitos cíclicos con acetonemia.—Los vómitos cíclicos, periódicos e intermitentes, llamados de esa manera por su modo de presentación y acetoneémicos por ser debidos a una saturación acetoneémica del organismo y y presencia de acetona en la orina, constituyen, por si solos, una enfermedad de la segunda infancia que se presenta en niños con antecedentes artríticos y cuya etiología no está del todo clara (diátesis úrica, neurosis gástrica, histerismo, insuficiencia hepática), reapareciendo con intervalos de varios meses, durando varios días y a veces semanas, y que por la intensidad con que se presentan, que hace que el estómago no tolere absolutamente ningún alimento, van acompañados de gran demacración de los enfermos, que contrasta con la rapidísima mejoría que experimentan cuando, cesan los vómitos; es característico el olor a acetona (mezcla de cloroformo y ácido acético) de las materias expulsadas; es interesante pensar en ellos para evitar errores diagnósticos con otras enfermedades en las que bien por presentarse los vómitos más o menos periódicamente (tumores cerebrales, estenosis del píloro, niños glotonés que vomitan con frecuencia, vómitos equivalentes de la jaqueca, etc.) o bien por la gran intensidad de los mismos (uremia, apendicitis, peritonitis, meningitis, indigestión, etc.) podrían confundirse. Cuando exista el antecedente de no ser el primer acceso de vómito acetoneémico no será fácil la confusión, y en caso contrario habrá que tener en cuenta los síntomas dolorosos de las diversas variedades de cólicos y los que acompañan con más frecuencia a las otras enfermedades, para inclinarse en contra del diagnóstico de vómitos cíclicos, pues en estos, el único síntoma intenso es el vómito.

Vómito en las infecciones agudas.—Agrupo bajo este nombre los que se presentan durante el curso o al principio de las infecciones agudas, formando parte del cortejo sintomático de dichas enfermedades, ya como un síntoma más sin significación alguna pronóstica ni diagnóstica o bien sirviendo con su presencia o con la forma de presentarse para aclarar un diagnóstico y presumir un pronóstico. Así vemos presentarse el vómito en el sarampión, escarlatina, viruela, difteria, anginas, gripe, fiebre tifoidea, erisipela, poliomielititis, polioencefalitis, neumonia, meningitis cerebro espinal, parotiditis, etc., etc., Es decir que la mayoría de las pirexias agudas se manifiestan en la infancia contanto al vómito entre sus síntomas, o sea algo parecido a lo que ocurre con las convulsiones, que también se presentan en la edad infantil, durante el curso pero sobre todo en la invasión de enfermedades, que en los adultos se presentan sin convulsiones y sin vómitos. Los vómitos cuando se presentan pueden ser alimenticios y biliosos, siendo frecuente que estos últimos aparezcan a continuación de aquellos.

De las infecciones que hemos citado, merecen párrafo aparte bajo el punto de vista de los vómitos, por su especial significación, la escarlatina por lo frecuentísimo