

lin fraction is formed in the specific tissues (protein-producing tissues). The splitting of the latter would give rise to the albumins of the serum which involves a cycle of normal character, not to be exclusively attributed to infective stimuli. The possibility is accepted that the immunoglobulin, formed according to a specific structural pattern, attracts and fixes the antigen, since the surfaces of both are chemically equivalent. A few tests are glossed over, which are used to show the presence of antibodies in globulin fractions obtained by saline precipitation. Likewise, these tests are used to determine antibodies in the breakdown products.

ZUSAMMENFASSUNG

Man revidiert das Problem der Eiweissfraktionen im Blutplasma und nimmt an, dass die Globuline in den proteobildenden Geweben erzeugt werden; bei der Spaltung derselben kommt es dann zur Bildung der Serumalbumine. Es handelt sich um einen normalen Zyklus, der nicht nur von durch Infektionen erzeugten Reizen abhängig ist. Es ist möglich, dass das Immunglobulin, das eine spezifische Struktur-

anordnung aufweist, das Antigen anzieht und fixiert, weil diese beiden eine chemisch äquivalente Oberfläche haben. Man bespricht einige Versuche, die nachweisen sollen, dass man in den durch Salzpräzipitation erzeugten Globulinfraktionen sowie in ihren Zersetzungspräprodukten Antigenkörper vorfinden kann.

RÉSUMÉ

On passe en revue le problème des fractions protéiques du plasma sanguin, en acceptant que la fraction globulinique est générée dans les tissus protéoformateurs, dont la scission serait l'origine de la dérivation des séroalbumines, cycle qui aurait un caractère normal et non attribuable uniquement à infecto-stimulus. On accepte la possibilité que l'immunglobuline, générée toute entière d'après une ordonnation structurale spécifique, attire et fixe l'antigène, étant connu que la surface des deux est chimiquement équivalente; on esquisse quelques essais destinés à démontrer la présence d'anticorps dans des fractions globuliniques obtenues par précipitation saline ainsi que dans les produits de leur désintégration.

NOTAS CLÍNICAS

ADENOCARCINOMA DEL ILEON

F. M. RABADÁN MELGAR y E. LÓPEZ GARCÍA

Clinica Médica Universitaria. Prof. JIMÉNEZ DÍAZ.

En los últimos meses hemos tenido ocasión de estudiar un caso de adenocarcinoma del intestino delgado. La rareza de esta localización, ya que las estadísticas existentes se refieren siempre a un número pequeño de observaciones, nos mueve a su publicación, pues la aportación de más ejemplos contribuirá al mejor conocimiento de su sintomatología y, por tanto, a que se diagnostiquen más precozmente y puedan, quizás, ser sometidos a un tratamiento eficaz. Por otra parte, cada enfermo presenta ciertas peculiaridades e interés, que merecen ser tenidas en cuenta, tanto en lo que se refiere a sus aspectos clínicos como a los anatomo-patológicos.

Enferma F. R. P., de setenta años, soltera, natural de Cáceres, vista el 17-I-1949. Hace mes y medio, de repente, comenzó con dolor fuerte en epigastrio, que se irradiaba a todo el abdomen, especialmente a hipogastrio. Dos días más tarde aparecen borborígmos después del dolor, con lo que éste se calma, para repetir a los cinco o diez minutos, siguiendo así hasta la actualidad. Al mismo tiempo, estreñimiento, con heces duras, en

forma de bolas, de color normal, sin sangre ni moco. Desde que está enferma no ventosea ni eructa. Hace quince días que nota la presencia de una tumoración alargada, dura, en la fossa iliaca derecha, la cual desaparece, lo mismo que el dolor, cuando surgen los ruidos en el vientre. Hace tres días tuvo, por la mañana, en ayunas, tres vómitos amargos, de color negro, como posos de café. Ha notado hinchazón de vientre, más por las tardes, principalmente en hipogastrio. Come y bebe poco, por temor a los dolores, y ha perdido en tres meses 4 kilogramos de peso.

Tuvo la menarquia a los doce años y la menopausia a los cincuenta y uno. Ningún síntoma, por parte de los restantes aparatos. Entre los antecedentes familiares, tiene un hermano que murió a los sesenta y tres años de cáncer de vejiga. Los antecedentes personales carecen de interés.

Se trataba de una enferma desnutrida, con discreta palidez de piel y mucosas y algunas manchas de vitíligo en diferentes partes del cuerpo. No hay adenopatías palpables. Pulmón y corazón, normales. Abdomen voluminoso, con gran meteorismo y ausencia de pañuelo adiposo; se percibe el movimiento de las asas intestinales, palpándose éstas dilatadas, tensas y movilizables. La presión era dolorosa en todo el abdomen, especialmente en la región umbilical. No se encontraban aumentados de tamaño el hígado y el bazo.

Las exploraciones complementarias proporcionaban: Hematies, 4.860.000. Hb., 96 por 100. V. G., 0,98. Velocidad de sedimentación, 4 mm. a la primera hora, 10 a las dos horas (índice, 4,5). Leucocitos, 6.800. N. ad., 6%. N. cay., 5. E., 1. L., 20. M., 8. En el jugo gástrico, aceite conservada, con buena respuesta a la histamina, sin sangre.

El examen radiológico demostró: estómago y duodeno, normales, viéndose al mismo tiempo, sin contraste, la existencia de asas del intestino delgado dilatadas y con niveles líquidos. A las ocho y media horas de ingerida la papilla de bario se hacen radiografías (figs. 1



Fig. 1.

y 2), en las que se aprecia una estenosis ileal baja, con gran dilatación de asas por encima. El enema opaco, practicado más tarde, no demuestra ninguna anormalidad en el intestino grueso.

El diagnóstico era evidentemente de una estenosis intestinal situada en los últimos tramos del ileón, y por la edad de la enferma, la rapidez de evolución del cuadro y la falta de otros antecedentes, nos inclinamos a pensar que se trataba de una tumoración maligna. No era fácil la explicación de la hematemesis sufrida por la enferma, síntoma que el Prof. JIMÉNEZ DÍAZ ha observado en algún caso de linfosarcoma de ileón. Con este diagnóstico de probabilidad, la enferma fué intervenida por el Prof. GONZÁLEZ BUENO.

Anestesia con éter-oxígeno y laparotomía pararectal inferior. Se encuentra una gran dilatación del intestino delgado, lleno de gas. Cerca del ciego, se aprecia retracción del meso, con formación estenosante del intestino delgado, muy pequeña, dura y granular, sin apreciarse ganglios. Resección de 50 cm. de asa de ileón, englobando la lesión y el meso. Entero-coloanastomosis latero-lateral; el colon está atrófico y se dislacerá fácilmente. Comprobada la anastomosis, se procede a cerrar la pared con puntos metálicos. Durante la intervención se ponen 700 c. c. de sangre y 200 c. c. de suero glicosado, en infusión intravenosa lenta. La enferma fallece en la madrugada del siguiente día, en colapso irre recuperable, a pesar de un intenso tratamiento.

Informe de autopsia.—Estómago muy dilatado, lleno de gran cantidad de sangre; mucosa, atrófica. Intestino delgado, dilatado, con paredes gruesas y dislacerables. Intestino grueso, muy friable; la anastomosis se encontraba en buen estado. Hígado, pálido y pequeño. Bazo, pequeño y retraido. Suprarrenales, atróficas. Restantes órganos, sin datos de interés.

Descripción anatómica de la pieza (fig. 3).—Se encuentra en ileón distal, próximo a su terminación, una tumoración pequeña, dura, que infiltra el meso y su inserción ileal en muy pequeña extensión. La luz intestinal se encuentra parcialmente ocluida, apareciendo a este nivel el ileón retraido; la mucosa se encuentra indemne y de aspecto normal; no se vieron adenopatías metastásicas.

Los cortes histológicos revelaron la presencia de un adenocarcinoma infiltrante, constituido por acúmulos tubulares o pequeños grupos macizos de células, los cuales infiltran y desorganizan completamente la capa muscular (fig. 4) e invaden el tejido adiposo de los puntos de inserción del mesenterio. El tejido neoplásico mostraba un número pequeño de atipias y también eran escasas las figuras de división mitótica.

Los tumores primarios del intestino delgado son comparativamente raros, aunque su *frecuencia* es mayor de la que se supone y que hace no se piense habitualmente en ellos y pasen sin diagnóstico. Una revisión de las principales estadísticas revela este mismo hecho.

En la Clínica Mayo se han observado sola-

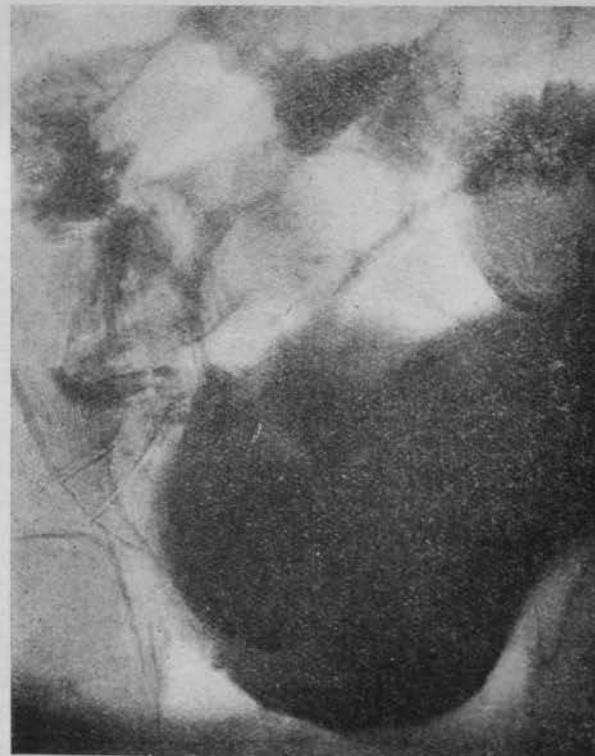


Fig. 2.

mente 169 casos desde 1907 a 1946, lo que constituye un porcentaje de 1,4 en relación con el número de cánceres del intestino grueso. McDougal encuentra menos de 300 casos de cáncer de intestino delgado citados en la literatura hasta el año 1944. Sin embargo, en los últimos años

han aparecido varios trabajos sobre el asunto, y parece deducirse de ello una mayor frecuencia de la afección. En este sentido, DUNDON publica una revisión de los años 1936 a 1946 del University Hospital de Cleveland, y en ella se incluyen 62 tumores de intestino delgado, de los



Fig. 3.

cuales son 18 malignos y 44 benignos, correspondiendo un tumor a cada 3.000 ingresos en las clínicas quirúrgicas y 1 por 9.000 hospitalizaciones en general. ECKEL, en el New York-Hospital, encuentra 19 casos de tumor intestinal (12 malignos y 7 benignos) en un total de medio millón de enfermos. Entre 230.000 admisiones, EOMAN encuentra 7 casos de carcinoma de intestino delgado (excluyendo el duodeno). La enumeración de cifras estadísticas podría ampliarse considerablemente, pero las citadas dan ya una idea de la diversidad de porcentajes y frecuencias observadas por distintos clínicos. En España son escasos los datos publicados sobre el particular. JIMÉNEZ DÍAZ, MARINA y MORALES PLEGUEZUELO han comunicado tres casos de linfosarcoma, y en la misma Clínica se observaron posteriormente otros dos. CALVO MELENDRO y SALA DE PABLO han publicado un caso de adenocarcinoma, y hacen referencia a otro de CARRERO. Otro caso ha sido referido por VIDAL COLOMER y LLAURADO. Por último, MARINA hace referencia en su libro a un carcinoma de duodeno y a otro de ileon.

EDAD.—La de aparición de los tumores malignos del intestino delgado es, por término medio, la de cincuenta años, siendo la de cuarenta para los benignos. Los carcinoides prefieren las edades más avanzadas, en tanto que el 10 por 100 de los sarcomas se encuentran en niños. Sin

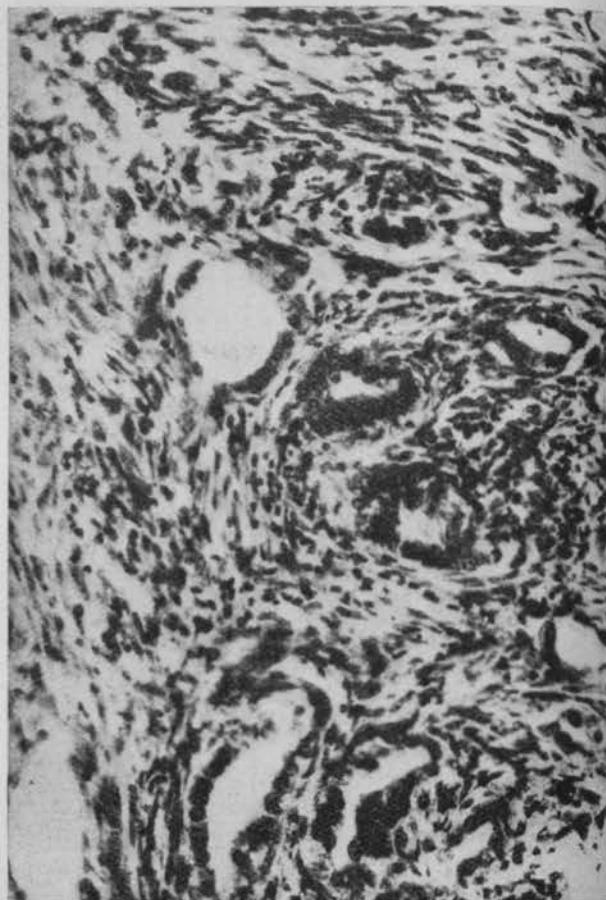


Fig. 4.

embargo, no puede asignarse gran valor diagnóstico al dato de la edad, ya que se han descrito carcinomas entre los veinte y los ochenta años.

LOCALIZACIÓN.—El asiento más frecuente de los tumores del intestino delgado es, sin duda, el duodeno. Así se deduce de la estadística de HOFFMAN y PACK (el 45,6 por 100 de los tumores del intestino delgado se localizarían en el duodeno) y con esta opinión coinciden MORRISON, MARINA, etc. Sigue en frecuencia la localización yeyunal, aunque con escasa diferencia en relación con la ilear. Así LIKELY encuentra 5 de localización duodenal, 8 yeyunales y 4 ileares; DUNDON refiere 3 en el duodeno, 8 en el yeyuno y 7 en el ileon; ECKEL encuentra 10 en el yeyuno y 2 en el ileon; los dos casos de DELANO se localizaban en el yeyuno, así como también el de VIDAL-COLOMER y LLAURADO; en la unión del yeyuno con el ileon estaba situado el de CALVO MELENDRO y SALA DE PABLO; el descrito en este trabajo se situaba en el ileon distal.

Los linfosarcomas parecen tener una mayor

predilección por el ileon, donde se encontraban todos los estudiados en la Clínica del Prof. JIMÉNEZ DÍAZ. Sin embargo, no todas las estadísticas concuerdan en este punto. DUNDON ha encontrado tres linfósarcomas en el yeyuno y ninguno en el ileon; LIKELY refiere 2 linfósarcomas de localización yeyunal y ninguno situado en el ileon, etc.

SINTOMATOLOGÍA. — El cuadro clínico de los carcinomas de intestino delgado es sumamente impreciso. Generalmente comienzan insidiosamente con astenia, náuseas, pesadez de estómago, anemia, etc., síntomas que, ni aisladamente ni asociados, permiten pensar en la existencia de un proceso intestinal. Posteriormente aparecen ya síntomas significativos, siendo el más frecuente el dolor abdominal. El dolor no presenta un patrón general, sino que muchas veces se extiende a todo el abdomen, en tanto que en otras ocasiones predomina en la región periumbilical, en el epigastrio o hipocondrios, y a veces adopta un aspecto de crisis agudas, simulando los cólicos apendiculares, vesiculares, etc. Lo más frecuente es que se exacerbe después de las comidas, por lo que los enfermos restringen su alimentación. La intensidad del dolor es también muy variable, desde crisis violentas a una simple sensación de distensión penosa, que se calma al aparecer ruidos hidroáreos en el vientre.

Menos frecuente que el dolor es el vómito, el cual, sin embargo, suele dominar el cuadro en las localizaciones duodenales, en las que tampoco es rara la ictericia. La alteración del curso de las deposiciones, tanto en forma de diarrea

como de estreñimiento, se encuentra sólo en un tercio de los casos, y tampoco es constante la aparición de hemorragias; en forma microscópica se descubren en la mitad de los enfermos, pero en forma de melenas solamente se observa en la cuarta parte de los mismos. En nuestra enferma apareció también hemorragia gástrica en la historia anterior y como accidente terminal; hemorragias similares han sido descritas en un caso de JANSSEN de linfósarcoma, y en otro, también de linfósarcoma, de JIMÉNEZ DÍAZ. En el de JANSSEN existía simultáneamente una úlcera gástrica. En el caso nuestro no se descubrió ninguna alteración grosera de la mucosa del estómago, y el origen de la hemorragia no quedó aclarado (quizá trombosis de raíces gástricas de la porta, que no fueron investigadas).

En algún tiempo se concedió gran importancia a la anemia para el diagnóstico de tumor de intestino delgado. Una anemia hipocrómica intensa puede ser a veces el único síntoma de un tumor y la investigación de su causa llevarnos al diagnóstico. Pero otras veces la anemia es hipercrómica, asemejándose mucho a la anemia perniciosa, y en otros casos, como el nuestro, falta por completo. Tampoco se encuentra con gran frecuencia el dato de una tumoración palpable; tan sólo en la cuarta o quinta parte de los casos referidos en la literatura existe tal síntoma. Menos frecuente es aún la fiebre; por el contrario, es casi constante la pérdida de peso. En la tabla siguiente exponemos los síntomas observados en algunas de las estadísticas publicadas más recientemente:

AUTORES	WEINBERGER	LIKELY	ECKEL	BOMAN	DUNDON	DELANO	CALVO	VIDAL COLOMER
Número de casos	13	17	12	7	18	2	1	1
Pérdida de peso	10	8	9	5			1	1
Dolores abdominales	9	12	11	4	9		1	1
Vómitos	4	5	9	5	5	2	1	1
Diarrea	3	3			1			
Estreñimiento	2	3	7	1				
Hematemesis	1							
Melenas	2	3	5		2			
Hemorragias ocultas		1	8				1	
Anemia hipocrómica		4	8					
Tumor palpable		2	7		6			
Ictericia	2	3						
Obstrucción demostrada a rayos X	4	3	9		8			1
Tumor demostrado a rayos X	1				3			
Ningún sint. directo (hallazgo de aut. u oper.).		4						

DIAGNÓSTICO.—Son raros los casos en que se hace el diagnóstico de tumor intestinal en tiempo oportuno y de un modo directo. La mayor parte de los diagnósticos son hallazgos de intervención quirúrgica o de autopsia, o se realizan cuando ya hay metástasis peritoneales o lejanas. Realmente, casi siempre es una sintomatología de estenosis intestinal la que nos pone en la pista de un tumor de intestino, y entonces no se hace más veces el diagnóstico acertado por no pensar en la posibilidad del tumor. Otros síntomas que nos deben encaminar en la misma dirección es la existencia de una anemia hipocrómica, de causa desconocida.

El mejor medio diagnóstico de que disponemos en la actualidad es el estudio radiológico detenido, investigando primeramente, sin medios de contraste, la presencia de cámaras líquidas en asas dilatadas. Los detalles de la exploración radiológica son demasiado conocidos (véase el libro de MARINA), para que tengamos que detenernos en ellos.

PRONÓSTICO.—De lo expuesto se deduce la gravedad del pronóstico en una afección que, cuando se diagnostica, suele ser tardíamente. Influye también en el pronóstico la naturaleza del tumor, siendo más fácil la recidiva en los linfosarcomas que en los carcinomas. Las estadísticas publicadas de intervenciones en tumores intestinales confirman uniformemente lo sombrío del pronóstico. Así SALLOW, EGER y CARTY, de 24 tumores malignos primarios, sólo pudieron intervenir 10, y sólo en 6 se pudo hacer resección; la mortalidad operatoria fué de 30 por 100 y sólo 3 viven a los tres, siete y doce años de la operación. De la serie de 12 casos de ECKEL, 5 viven en la actualidad, uno operado trece años antes de linfosarcoma y 4 operados de carcinoma, con tiempos de observación entre cinco años y tres meses; de los restantes, 3 eran linfosarcomas inoperables y 5 tuvieron metástasis o recidivas, entre los diecisésis meses y los seis años, después de la intervención (uno era un leimiosarcoma, dos eran adenocarcinomas y uno era un carcinoide). La estadística de WEINBERGER no es más esperanzadora: de 13 casos estudiados, 3 eran inoperables; 3 murieron en el curso postoperatorio; 4 fallecieron por metástasis, entre los tres y los veinte meses posteriores a la resección, y sólo dos viven, aparentemente sanos.

TRATAMIENTO.—El único tratamiento útil en algunos casos es la extirpación del tumor, lo más ampliamente posible, seguida generalmente de una anastomosis término-terminal, que suele ser técnicamente difícil, por la diferencia de calibre entre las asas anterior y posterior a la tumoración; una meticulosa búsqueda de adenopatías metastásicas y su extirpación nos ofrece aún mayores garantías de la no recurrencia del tumor. Hasta ahora no ha dado ningún resultado positivo la radioterapia en este tipo de tumoraciones.

PERFUMEN.

Se presenta un caso de adenocarcinoma de intestino delgado, en su porción distal. El diagnóstico fué hecho por la sintomatología de estenosis que presentaba. La duración de los síntomas fué sólo de mes y medio, y una peculiaridad interesante es la aparición de hematemesis, una de las cuales le produjo la muerte.

BIBLIOGRAFIA

- BOMAN, P. G.—Ann. Int. Med., 20, 779, 1944.
 CALVO MELENDRO, J. y SALA DE PABLO, J.—Rev. Clin. Esp., 33, 1944.
 CARRO, C.—Cit. CALVO MELENDRO y SALA DE PABLO.
 DELANO, P.—Am. J. Roentgenol., 59, 685, 1948.
 DUNDON, C. C.—Am. J. Roentgenol., 59, 492, 1948.
 ECKEL, J. H.—Surgery, 23, 467, 1948.
 HOFFMAN, W. J. y PACK, G. T.—Arch. Surg., 35, 11, 1937.
 JANSSEN.—Cit. JIMÉNEZ DÍAZ, MARINA FIOLE y MORALES PLEQUEZUELO.
 JIMÉNEZ DÍAZ, C., MARINA FIOLE, C. y MORALES PLEQUEZUELO.—Rev. Clin. Esp., 23, 280, 1946.
 LIKELY, S., LISA, J. R., STITCH, M. H. y STEIN, H. D.—Arch. Int. Med., 82, 206, 1948.
 McDougal, W. J.—Am. J. Surg., 66, 119, 1944.
 MARINA FIOLE, C.—Estudio radiológico del intestino delgado Madrid, 1949.
 MORISON, J. E.—Brit. J. Surg., 29, 139, 1941.
 SALLOW, T. A., EGER, S. A. y CARTY, J. B.—Am. J. Surg., 69, 372, 1945.
 VIDAL-COLOMER, E. y LLURADO, A.—Med. Esp., 8, 204, 1945.
 WEINBERGER, H. A.—Surgery, 24, 35, 1948.

CAVERNA TUBERCULOSA GIGANTE DEL PULMON, TRATADA POR LA ASOCIACION DRENAJE ASPIRATIVO - TORACOPLASTIA

L. F. CASTRO GARCÍA

Médico Becario.

P. N. A. Grupo Sanatorial de Santa Marina. Director: Dr. ZUMARRAGA. Equipo Quirúrgico del Dr. F. M. MÉDICO.

Es relativamente frecuente el hallazgo de cavernas pulmonares tuberculosas de gran tamaño, las cuales merecen el calificativo de gigantes para CORYLLOS y ORSTEIN, cuando su diámetro máximo alcanza o sobrepasa los 8 cm. En una revisión hecha por nosotros el año 1947, utilizando el material de los Centros Antituberculosos de Santiago de Compostela, encontramos estas cavidades gigantes con una frecuencia del 4,1 por 100 entre 1.838 enfermos.

El problema patogénico y fisiopatológico de estas grandes cavernas, objeto de la atención de numerosos autores, tema de constante discusión, está todavía por resolver. Las teorías aducidas, mecanicistas y vitalistas tienen unas bases todavía demasiado débiles, e incluso la tesis más generalmente aceptada, la de CORYLLOS, de disposición valvular del bronquio de drenaje, deja en el lector un sentimiento de insatisfacción. En primer lugar, porque no todas las ca-