

UN CASO DE CANCER DEL PULMON.

POR EL DR. ADOLFO M. NIETO.

EN la segunda quincena del mes de Septiembre último, fui invitado por un colega de esta ciudad —el Dr. Rodolfo C. Sámano— para examinar un enfermo de su clientela particular que le tenía grandemente preocupado. Se trataba del Sr. José García González (a) “el Mayeya”, súbdito español radicado en México desde 40 años atrás, de cuyo fallecimiento se ocuparon los periódicos capitalinos poco tiempo después.

De casta exenta —al parecer— de toda tara hereditaria, viejo de 69 años, fumador (cien cigarros al día), alcohólico (cerveza en abundancia) y de vida desordenada en relación con el género de actividades a que se dedicó (marinero y empleado de fonda), era un hombre robusto —padre de 21 hijos, de los que el último estaba por nacer— que se había mantenido siempre en estado de salud satisfactorio y que no recordaba haber sufrido otras enfermedades que una blenorragia en su juventud y la bronquitis crónica de todo fumador.

Fué un brote agudo de esta afección, lo que señaló aparentemente el principio de su padecimiento actual: tos paroxística, principalmente nocturna y expectoración moco-purulenta en cantidad moderada, síntomas a lo que no concedió importancia por haberlos sufrido repetidas ocasiones. Bien pronto —a mediados de Agosto— aparecieron dolores difusos en el tórax y los hombros, considerados y tratados inútilmente como reumáticos; los fenómenos respiratorios adquirieron paulatinamente mayor intensidad, modificándose la expectoración en la forma que indicaré después, y presentándose disnea, primero de esfuerzo y más tarde permanente; y el estado general, hasta entonces intacto, comenzó a declinar.

En el momento del exámen vimos llegar un anciano de estatura

algo superior a la media, aún corpulento pero sin duda enflaquecido como lo hacía comprender el estado de los tegumentos de la cara, pálido, caminando lentamente y buscando desde luego un asiento donde acomodarse con el tronco inclinado hacia delante y las manos apoyadas sobre las rodillas en abducción. El aspecto general de la cara y la expresión de la mirada demostraban intenso sufrimiento, más bien moral que físico; el cabello —escaso y corto— parecía deslustrado; y la piel, además de flácida y pálida, era seca y amarillenta, excepto en el lóbulo de las orejas y el borde libre de los labios donde mostraba discreto tinte cianótico. La respiración —francamente disneica— ofrecía de tiempo en tiempo inspiraciones profundas y espiraciones acompañadas de quejidos como si fueran dolorosas, y era interrumpida por accesos de tos seguidos de expectoración abundante, espesa, viscosa, homogénea, no aereada y de color amarillo comparable al jugo de naranja.

No había infartos ganglionares en los huecos supra-claviculares.

Al descubrir y explorar la cara posterior del tórax, se apreció lo siguiente. Forma cilíndrica, ligera asimetría por ensanchamiento de la mitad derecha, taquipnea de 32 por minuto y ausencia de vibraciones espontáneas, como fenómenos comunes a los dos lados. Signos de hiperfuncionamiento respiratorio a la derecha. Y a la izquierda: reducción de amplitud de las excursiones respiratorias; dolor a la presión —difuso y sin puntos especialmente sensibles— cerca del hombro y en la zona comprendida entre la cuarta y la séptima costillas; exaltación de las vibraciones vocales provocadas, disminución de la sonoridad sin llegar a la macicez, murmullo vesicular débil y rudo y estertores silbantes, roncantes y subcrepitantes de tonalidad media, en los dos tercios superiores; y ausencia de vibraciones, macicez absoluta y silencio respiratorio, en la región de la que base ocupando una faja de límite superior horizontal y como de siete centímetros de altura.

En la cara anterior del tórax, la exploración rindió resultados del mismo género: hiperfuncionamiento respiratorio a la derecha; exaltación de las vibraciones vocales, disminución de la sonoridad confundiendo hacia adentro con la submaciez precordial, respiración ruda y estertores silbantes, roncantes y subcrepitantes, a la izquierda. La zona de Traube conserva su sonoridad. No hay infarto axilar ni signos de compresión mediastínica.

El aparato cardio-vascular —fuera de la imposibilidad de fijar con precisión el límite izquierdo de la área precordial— no ofreció ninguna particularidad. Las arterias superficiales conservaban su consisten-

cia normal, no obstante la edad avanzada del paciente; el pulso era de amplitud mediana, fuerte, regular, igual, en número de 80 por minuto, y con presión máxima de 12 y mínima de 7. Las venas del miembro inferior izquierdo presentaban dilataciones varicosas.

El exámen del resto del cuerpo no suministró datos dignos de ser mencionados.

La temperatura tomada en la cavidad bucal, alcanzó 36.8.

No se encontraron estigmas luéticos.

El conjunto de datos recogidos imponía el reconocimiento de un síndrome de insuficiencia respiratoria subaguda, de principio lento y evolución rápida, apirética y asociada a irritación bronquial, hipersecreción bronco-alveolar parecida por su consistencia y su falta de aereación a la que se observa en la neumonía lobar, reacción pleural, dolores torácicos difusos y resonancia notable sobre el estado general.

Topográficamente, la razón de este cuadro debía ser localizada en el pulmón y accesoriamente en la pleura del lado izquierdo.

Desde el punto de vista anatómico, la última sufría claramente las consecuencias de la acumulación de un pequeño derrame —de naturaleza desconocida— en su porción póstero-inferior; y el primero, las que corresponden a procesos mixtos de endurecimiento y de reblandecimiento pulmonar. En suma: condensación y reblandecimiento simultáneo de casi todo el pulmón izquierdo y reacción pleural exudativa y ligera, sin fiebre pero con los trastornos fisio-patológicos locales consiguientes y declinación intensa y rápida del estado general.

Dentro de este concepto, no cabía pensar más que en dos posibilidades: carcinoma lobar o sífilis; y, de las dos, principalmente en la primera. Se formuló, por tanto, el diagnóstico de cáncer lobar del pulmón izquierdo complicado de reacción pleural y se emprendieron exploraciones complementarias destinadas a comprobarlo o rectificarlo.

SANGRE. Urea..... 42.82 por mil..... N=25 a 32
Glucosa..... 1.40 „ „ „ „ „ N=0.80 a 1.30.
Wass., Hecht y Jacobsthal.... NEGATIVAS.

EXPECTORACION.

No se encontraron Bacilos de Koch.

Hay numerosos Neumococos, Micrococos catarralis y Neumobacilos de Friedlander.

Numerosas células de la faringe y algunas de los bronquios.

ORINA.

Caracteres generales: '85 cc., color V. 3, olor sui géneris, consistencia fluida, aspecto turbio, sedimento algo aumentado, reacción ácida, densidad 1.011.

Elementos normales: urea 19 por mil, ácido úrico 0.32, fosfatos 1.83, cloruros menos de un gramo.

Elementos anormales: huellas de albúmina.

Sedimento: escasas celdillas renales, algunos leucocitos, urato de sodio y cristales de ácidos úrico. No hay cilindros renales.

Firma los exámenes anteriores el Dr. Salvador González Reynoso.

ESTUDIO RADIOLOGICO.

Forma: normal.

Espacios y costillas: normales.

Contorno y movimientos del diafragma: normales.

Senos costo-diafragmáticos, iluminación general, iluminación de los vértices y de las bases: a la derecha, normal; a la izquierda, obscuridad.

Sombra cardio-aórtica: no desborda del lado derecho; en el izquierdo no es posible diferenciarla.

Sombra mediastínica: normal.

Interpretación: obscuridad total del hemitórax izquierdo, comprendido el seno costo-diafragmático; no es posible percibir ningún foco.

México, Octubre 4. Dr. Madrazo.

LIQUIDO PLEURAL.

Albúmina. 0.20 por mil.

Rivalta: positiva franca.

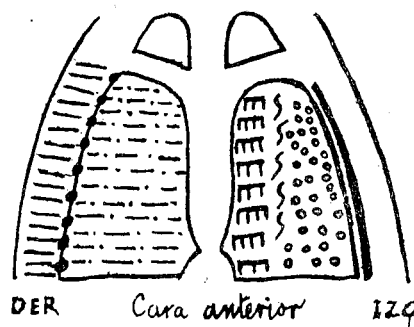
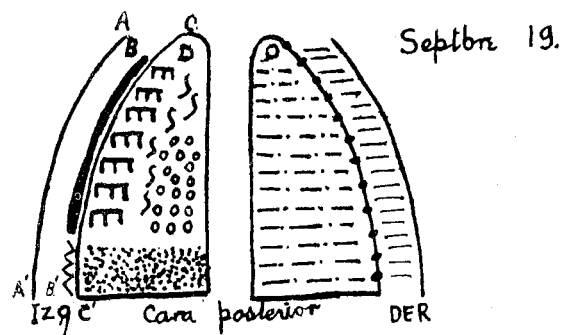
Parte citológica. Los elementos celulares son muy abundantes y, entre ellos, hay gran cantidad de glóbulos rojos. Los elementos incoloros se encuentran en las proporciones siguientes:

Linfocitos	57.5%
Monocitos	2.5
Neutrófilos.	21.0
Células neoplásicas cancerosas.	19.0

I. González Guzmán. Rúbrica.

Un Caso de Cáncer del Pulmón

POR EL DR. ADOLFO M. NIETO.



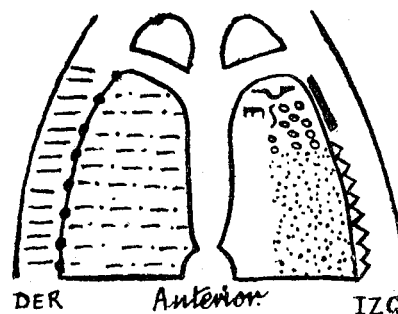
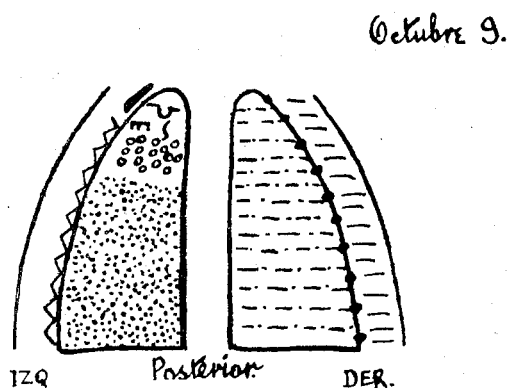
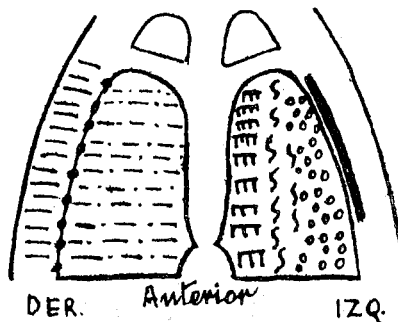
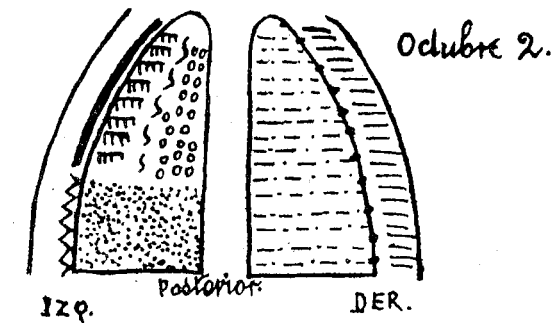
Vibrac. vocales provoc.

Normales.....	—
Exaltadas.....	—
Ausentes.....	~

Percusión.

Normal.....	—
Submacidez.....	•••
Macidez.....	■
Murmullo vesic. normal.....	—
Fuerte y rudo.....	
Estert. Silbantes.....	sss
Subcrepitantes.....	•••
Soplo amfórico.....	vv
Silencio respiratorio.....	•••

Línea A A'.....- auscult. de la voz.
Espacio B B'.....- percusion.
Línea C C'.....- vibr. voc. provocadas.
Espacio D.....- murmullo vesic. y ruidos
patológicos.



Posteriormente al examen clínico, el derrame pleural aumentó con presteza, llegando —en Octubre 9— a reclamar la toracentesis; los trastornos de la hematosiis se hicieron cada día mayores, a pesar de la punción evacuadora; y el estado general continuó decayendo hasta terminar con la muerte el 15 del propio mes.

La observación que he tenido el honor de relatar a Uds., concuerda en sus grandes lineamientos con el concepto general acerca de los caracteres clínicos y de la evolución del cáncer primitivo del pulmón.

Hay, sin embargo, en ella —aparte de la ausencia de toda clase de antecedentes y de la rapidéz con que llegó al desenlace— una pequeña particularidad sobre la cual quiero insistir: la apariencia de la expectoración “jugo de naranja” aun en los últimos tiempos del padecimiento.

Casi todos los autores comparan dicha expectoración a la jalea de grosella; Eichorst ensancha el campo de las eventualidades posibles señalando que puede ser jalea de grosella o de frambuesa, roja, parda, negruzca o verde; y, solo en el Diagnóstico clínico de Martinet, encontré mencionada la apariencia “jalea de albaricoque”.

Seguramente, que el color de la expectoración en el cáncer pulmonar varía con la cantidad y con las modificaciones de la hemoglobina en ella contenida; que puede —en consecuencia— ofrecer cualquiera de los tintes anotados; y que —a propósito de la parecida a la jalea de grosella— se ha procurado precisar su representación: “sin tener el valor que le atribuye Stokes (dice Sergeant), con frecuencia ausente o reemplazada por esputos hemoptoicos vulgares o por pequeñas hemoptisis de sangre roja, constituye, sin embargo, una indicación preciosa cuando se presenta”. Pero a pesar de estos hechos, he visto conceder significación decisiva a la presencia o la ausencia de la expectoración “jalea de grosella” y es, precisamente, como testimonio de lo injustificado de tal prejuicio, que me ha parecido interesante la observación consignada,

México, Noviembre 21 de 1928.