

NUDELLA, establecen como tributarios de neumotórax: el infiltrado precoz en vías de cavernación; la caverna precoz o aislada, producto de un secundarismo, o la caverna pequeña o grandes mudas descubiertas por un examen sistemático o fortuito; la tuberculosis fibrocásica unilateral; las cavitarias con lesión exudativa contralateral según criterio, al igual que los cavitarios dobles; la reinfección contralateral en la toracoplastia y en algunas formas neumónicas, sin indicios de ulceración, según el estado del enfermo.

Cuando el neumotórax es impracticable ya, existen criterios distintos, pues mientras hay quien cree prudente un periodo de espera, en cura de reposo, para intentar un cierre espontáneo, o bien para mejorar el estado general y perilesional que haga posibles procedimientos más demolitivos, otros hay que, con un criterio más intervencionista, se lanzan inmediatamente a los procedimientos toracoplásticos para el cierre de la cavidad.

Ahora bien, con la radiografía normal y con la radioscopia en distintas posiciones no se pasaba de las indicaciones anteriores. Hemos necesitado que mejorasen las técnicas radiológicas con la planigrafía para que, logrando la sección radiológica del tórax en distintos planos, nos permitiera visualizar los puntos más recónditos de los sistemas lesionales imbricados por condensaciones y superposición de imágenes, invisibles por los procedimientos radiológicos clásicos.

El mayor continente de estos casos suele observarse en las lesiones de carácter productivo que, precisamente por su curso silencioso y su estabilidad clínica, hacen pasar desapercibido el proceso tisiógeno latente. Su estudio fué iniciado en 1937 por KREMER y OFFERGELD, y más tarde por SCHMIDT y GAUVATZ, y también por SCHUBERTH. Últimamente, consideramos de gran interés los trabajos de BOURINDORDE, GREZZI, KREMER, RETZLAFF, MODOLELL y MANCHÓN, GARROTE VEGA, VALLI, GONZÁLEZ RIBAS, etc.

A continuación, los autores presentan 16 casos, con una serie de radiografías normales y planigrafías, demostrativas del valor de este último procedimiento, de estudio radiológico, en las indicaciones de colapsoterapia de los procesos nodulares de vértice pulmonar.

Diagnóstico precoz del cáncer de estómago

Dres. MANCHON F Y MODOLELL A

PARTIENDO de la idea de que el único tratamiento eficaz de la neoplasia gástrica es hoy la exéresis precoz, se resumen los métodos clínicos que se utilizan para llegar a este diagnóstico.

La estadística de WARNER demuestra que los síntomas clínicos sólo se encuentran en el 30 por 100 de las neoplasias gástricas. Dicha estadística demuestra, además, la importancia del diagnóstico precoz, pues en un solo año (1942) murieron en Inglaterra 12.900 enfermos de cáncer de estómago.

El resultado del quimismo es inseguro y variable según la topografía y extensión de las lesiones.

De la confusión clínica — principalmente con el úlcus — nos informa BUERMAN que en el acto operatorio de 200 ulcerosos encuentra 24 cánceres.

Consideran los autores que el diagnóstico precoz y menos sujeto a error se consigue con la exploración radiológica. Incluso la laparotomía y el examen macroscópico del estómago pueden ser negativos en enfermos con síntomas radiológicos de cáncer, pero la histología ha demostrado la existencia de aquella lesión.

Empiezan por negar valor diagnóstico precoz a la imagen radiológica lla-

mada lacunar o de amputación, que refleja la existencia de un cáncer avanzado y probablemente inoperable. Interesan, pues, los síntomas radiológicos precoces, que estudian siguiendo a GUTMANN. En términos generales, toda imagen que se aparta de la del *ulcus* o de la *gastritis*, es sospechosa. Para el estudio detallado de las imágenes, dividen éstas en tres grupos: a) nichos, b) infiltraciones, y c) aspectos de la mucosa.

Nichos:

La mayor frecuencia de nichos neoplásicos se encuentra en la región del cardias y en la del piloro, mucho menor en la porción vertical y en la gran curvadura. En el nicho distinguen los caracteres de la base de implantación, de la imagen del nicho propiamente dicha, dando como sospechosos aquéllos cuya base exceda de los tres centímetros, sea aplanada o asiente sobre un plano o superficie arqueados. Así como las imágenes poco definidas (suponiendo las radiografías no movidas) y los nichos de fondo plano o de superficie irregular. Igualmente el nicho empotrado o incrustado, que no es sino una imagen entrante o imagen lacunar.

Infiltraciones:

Su imagen es la rigidez. Esta es visible más bien en la radioscopia al observar que las ondas peristálticas no pasan en una porción determinada. Otras veces la onda peristáltica no se detiene, sino que avanza perdiendo en una zona su aspecto flexible redondeado (imagen del mádero flotando en las olas). En la región del antro afecta la forma infiltrante la imagen afilada de bordes lisos, llamada también en «pilón de azúcar».

Aspecto de la mucosa:

El engrosamiento y pérdida de orientación de los pliegues de la mucosa gástrica en una zona es síntoma de infiltración sospechosa. También se puede manifestar la infiltración neoplásica de la mucosa por un aplanamiento circunscrito de sus pliegues. Alrededor del nicho, el aplanamiento de los pliegues en lugar de su convergencia es un síntoma que, demostrado claramente, tiene valor en el diagnóstico de neoplasia.

Centros de diagnóstico precoz del cáncer.

Se ha intentado llevar a cabo la exploración sistemática del estómago para despistar el cáncer precoz. En el Servicio del Prof. Roussy, del Instituto del Cáncer, se examinaron en el año 1942, mil cuatrocientos setenta y tres enfermos del aparato digestivo, encontrándose siete cánceres precoces. Es evidente que hay una desproporción entre el esfuerzo que supone la exploración gástrica detenida de tantos individuos y el número de hallazgos. GUTMANN creó en 1938 un Centro de diagnóstico precoz del cáncer al cual debían acudir solamente los dispépticos crónicos. El resultado fué más proporcionado y alentador, pues de los 171 enfermos examinados, diagnosticó 22 cancerosos.

Se deduce la importancia de la observación periódica de las dispepsias mediante un meticuloso examen Roentgen.

Falsos cardíacos

Dr. E. JUNCADELLA FERRER

DE entre los enfermos que acuden al cardiólogo, ocupan un lugar importante los que se incluyen en el grupo de la denominada astenia neurocirculatoria. Las alteraciones distónicas del sistema neurovegetativo, ya primarias, ya centrales o periféricas, ya secundarias a influencias exógenas (tóxicas) o endógenas (hormonales, psíquicas, etc.), pueden manifestarse

(*) Sesión celebrada el 8 de marzo de 1947.