

nes. Su *duración máxima*, es de veintisiete meses (Walshe); pero hay formas agudas, que describiremos más adelante, en las que la marcha es muy rápida y la duración apenas llega á un mes. El pronóstico es, según esto, absolutamente fatal.

Formas clínicas. —El cuadro que acabamos de exponer, está lejos de comprender todos los aspectos clínicos de la enfermedad. La rapidez ó lentitud de la evolución, el predominio de un grupo de síntomas, ó la existencia de un derrame, modifican á veces profundamente la forma clínica de la enfermedad. Se pueden, desde luego, describir como formas clínicas especiales: el *cáncer primitivo* y el *secundario*. Pero no nos parece muy necesario seguir este método, y nos limitaremos á recordar, que el cáncer primitivo, que afecta sobre todo la forma compacta, se manifiesta principalmente por los signos de un tumor intra torácico; mientras que el cáncer secundario, generalmente en forma de nódulos diseminados, afecta á menudo la forma latente y pasa inadvertido si, no se le busca.

La evolución de la enfermedad, permite describir un cáncer agudo ó galopante, y un cáncer crónico.

A. Cáncer pleuro-pulmonar agudo ó galopante. — La enfermedad, primitiva ó secundaria, se desarrolla con sorprendente rapidez. En medio de una salud perfecta, el sujeto empieza á toser, experimenta una disnea excesiva, y muere en el espacio de un mes, con una asfixia progresiva; el diagnóstico que se establece casi siempre en estos casos, es el de tisis aguda (casos de Bucquoy, Duguet, Jaccoud, Herard y Cornil).

En la autopsia, se encuentra ordinariamente que el pulmón y la pleura están invadidos de una manera difusa por el neoplasma, que á veces se presenta en forma de granulaciones miliares (Darolles). Es más raro que la rapidez de la marcha provenga de una bronco-pneumonía ó de una pleuresía aguda, de la compresión de conductos bronquiales ó de vasos pulmonares.

B. Cáncer pleuro-pulmonar crónico. — El cáncer crónico se puede presentar bajo cuatro aspectos diferentes, que constituyen cuatro formas: la forma latente, la bronco-pulmonar, la compresiva y la pleurítica.

a) Forma latente. — Sucede con frecuencia en los cánceres secundarios del pulmón, que pasa inadvertida la localización en las vías respiratorias, tan pronto, porque tose un poco el enfermo, se diagnostica una bronquitis; como el médico, cuya atención es interesada por un cáncer de la mama ó del estómago, no se le ocurre ni siquiera auscultar al enfermo, porque los signos que denuncian una afección de las vías respiratorias, apenas existen.

b) Forma bronco-pulmonar. — Esta reproduce, por lo común, el cuadro clásico que hemos trazado anteriormente; se individualiza, sin embargo, por el hecho de que, en las primeras fases de la enfermedad, hay bronquitis repetidas que hacen pensar en la tuberculosis, ó en un catarro crónico con esclerosis pulmonar. Pero casi siempre llega un momento en que se observa la adenopatía supra-clavicular, la expectoración de jalea de grosella, el éxtasis venoso en el dominio de la vena cava superior; entonces, el diagnóstico podrá establecerse más fácilmente.

c) Forma de tumor del mediastino ó forma compresiva. — El enfermo, después de haber estado tosiendo algún tiempo, se apodera de él una disnea

muy intensa, se distienden las yugulares; aparece sobre el tórax una red venosa, se pone edematosa la cara, y ronca ó afónica la voz; la tos es coqueluchóidea. Al nivel del esternón, y en el espacio interescapular, se observa una macicez considerable; y por la auscultación, se percibe un soplo tubario ó cavernoso. Después, el enfermo presenta un edema generalizado; sus labios se ponen amoratados, y muere en estado de asfixia.

d) Forma pleurítica. — La forma pleurítica del cáncer pleuro-pulmonar, es decir, aquella en que el cáncer se oculta detrás de un derrame pleural, más ó menos abundante, y hemorrágico ó no, es una de las más comunes.

Deben distinguirse varias clases de hechos. Hay que mencionar, primero, los casos en que un cáncer compacto del pulmón presenta los signos de un vasto derrame pleural, sin que haya líquido en la pleura; se punza y no sale nada. Auvard ha referido un ejemplo de este género (1).

Pero estos hechos, son raros. Al contrario, la pleuresía con derrame es frecuente en el cáncer pleuro-pulmonar, y á menudo el derrame domina en absoluto la escena clínica pudiendo ser hemorrágico, sero-fibrinoso, seroso ó quilibiforme. En la mayor parte de los casos, es hemorrágico.

La *pleuresía cancerosa hemorrágica*, estudiada por Trousseau, R. Moutard-Martin y Dieulafoy, constituye un tipo clínico de verdadera importancia. A menudo se desarrolla antes de que aparezcan los demás síntomas de cáncer; pero sea precoz ó tardía, desde el momento en que se establece, viene á ser el hecho clínico dominante. Comienza bruscamente, como una pleuresía aguda, ó bien se establece de una manera insidiosa.

Si aparece en un individuo manifestamente canceroso, que presenta un tumor epitelial en el estómago, el hígado, el esófago ó la mama; si va acompañada de una disnea considerable, de una expectoración de jalea de grosella; y si la toracentesis da salida á un líquido hemorrágico que se reproduce rápidamente, el diagnóstico es fácil.

Mas no siempre ocurre así, y bien sea que hubiese pasado inadvertido el cáncer inicial, ó que se trate de un cáncer pleuro-pulmonar primitivo, ello es que puede presentarse en un sujeto de quien no se sabía que padeciese de cáncer alguno. En estos casos, cuando la punción da salida á un líquido hemorrágico, se debe pensar en la posibilidad de un cáncer; y, si el enfermo presenta signos de compresión de los órganos del mediastino, si se comprueba la adenopatía supra-clavicular, se puede establecer el diagnóstico. Pero pueden faltar estos signos; y Dieulafoy refiere que, en un caso de pleuresía hemorrágica, fue inducido á plantear el diagnóstico de cáncer, por los caracteres del dolor, que era intenso y tenía irradiaciones múltiples hacia el hombro, y el plexo braquial, y por la intensidad de la disnea, que en nada se aliviaba con la toracentesis.

El líquido hemorrágico de la pleuresía cancerosa, es notable por la falta de fibrina (Dieulafoy). Las punciones no disminuyen la disnea; y el líquido se reproduce con grandísima rapidez. También se ha señalado como carácter de la pleuresía cancerosa hemorrágica, la falta de sonido skódico bajo la clavícula, y la rápida reducción del volumen del tórax. Darolles señala, como un sig-

(1) Soc. anat., 1882, Véase más adelante, *Diagnóstico de la forma pleurítica*.

no que debe despertar sospechas, la exageración de las vibraciones torácicas por delante, cuando han desaparecido por detrás. El examen microscópico del líquido extraído por punción, suministra útiles indicaciones, pudiéndose encontrar en él un gran número de glóbulos grasientos, células epiteliales polimorfos, ó montones de células epidermóideas de núcleo grande; estos elementos apenas se encontrarían más que en la pleuresía cancerosa. Finalmente, á veces se encuentran en el trocar que ha servido para hacer la punción, un fragmento de tejido canceroso, cuya naturaleza hará conocer el examen histológico.

DIAGNÓSTICO.—El diagnóstico del cáncer pleuro-pulmonar es muy difícil, como ya lo hace sentir la exposición que precede.

Ciertamente que si en un enfermo se encuentran reunidos los síntomas más característicos: la expectoración de jalea de grosella, la adenopatía indolente y leñosa del hueco supra-clavicular, los síntomas de compresión de los órganos mediastínicos, los signos físicos de una induración extensa del pulmón que persiste sin reblandecerse, con dolores rebeldes á todo tratamiento y una disnea muy marcada; entonces, no quedará la menor duda con semejante síndrome. La certeza será completa, si se observa la presencia de un tumor canceroso en una región cualquiera del cuerpo, ó si se encuentran los indicios de una ablación antigua de un tumor en la mama, órganos genitales, ojo, etc.

Pero, desgraciadamente, este síndrome no se observa siempre, y entonces el diagnóstico suele quedar rodeado de tinieblas.

A. La forma pleurítica es, principalmente, la que puede inducir á error. Ya hemos dicho que, en algunas ocasiones, se observan los signos de un derrame que no existe (Empis, Middleton, Brookhouse, Gallard, Russel, Auvard). En tales ocasiones, la confusión no cesa hasta que se hace la punción, sin resultado. El uso de las punciones exploradoras con la jeringa de Pravaz (que no tienen inconveniente alguno, si se hacen con esmerada limpieza y con prudencia), nos pondrá á cubierto de tales equivocaciones, imposibles de evitar, por otra parte, cuando tantos signos reproducen exactamente los de un gran derrame.

Cuando este último existe realmente, harán pensar en un cáncer, una disnea que no guarde relación con su abundancia, la falta de alivio con la punción, la rápida reproducción del líquido, la intensidad del dolor, la caquexia y la coexistencia de signos de compresión.

Si el líquido es hemorrágico, tenemos en esto una presunción más á favor del cáncer; pero no hay que olvidar, que existen otras causas que pueden engendrar la pleuresía hemorrágica. En las *enfermedades generales hemorrágicas*, el conjunto de los síntomas permitirá reconocer fácilmente la causa de la afección. Fuera de estas enfermedades, puede observarse la pleuresía hemorrágica en la *tuberculosis*, sobre todo, en la miliar, y en la *paqui-pleuritis primitiva*, debida generalmente al alcoholismo. Según Dieulafoy, el líquido hemorrágico de la paqui-pleuritis primitiva es encarnado, rico en fibrina, con poca tendencia á reproducirse, siendo de regla la curación después de cuatro ó cinco punciones. En la tuberculosis cede también, con bastante facilidad, la pleuresía hemorrágica; inoculado á los animales el líquido de punción, reproduce alguna vez la tuberculosis; además, el paciente suele tener antecedentes sospechosos, y, en algunos casos, alteraciones sospechosas en otras regiones. El lí-

quido hemorrágico de la pleuresía cancerosa, es notable por su pobreza en fibrina.

Pero como se establecerá principalmente el diagnóstico, es mediante el examen histológico del líquido extraído por la punción; la presencia de elementos cancerosos y la proporción considerable de grasa, vendrían á disipar todas las dudas en los casos de cáncer. También será de gran utilidad, el examen de los fragmentos de tejido extraídos alguna vez por el trocar.

B. El cáncer pleuro-pulmonar con *signos de compresión mediastínica*, se puede confundir con el *aneurisma de la aorta* y con los *tumores malignos de los ganglios tráqueo-bronquiales*. Pero cuando el aneurisma es bastante grande que da origen á síntomas de compresión, es muy raro que no se observen signos que disipen todas las dudas: tumor pulsátil con latidos distintos de los del corazón y con tendencia á sobresalir en la parte anterior del tórax.

La adenia se reconocerá por la presencia de tumores ganglionares aglomerados en otros puntos del cuerpo, en las ingles, en la axila, en el cuello, y en el abdomen. Sin embargo, si la adenia está localizada en los ganglios del mediastino, el diagnóstico se hace imposible; pero entonces, como hace notar Talamón, este diagnóstico no presenta gran interés práctico.

C. El *cáncer agudo* se confunde habitualmente con la tisis aguda, siendo casi siempre imposible el diagnóstico. Esta distinción se podrá establecer en algunos casos, echando mano de toda clase de datos, como los antecedentes personales ó hereditarios ó las alteraciones tuberculosas en otros puntos.

D. Las *formas comunes ó bronco-pulmonares* del cáncer, deben ser distinguidas de la tuberculosis, de la esclerosis, y de los quistes hidatídicos.

La tuberculosis empieza por el vértice del pulmón é invade los dos pulmones; los esputos son purulentos y con bacilos, la disnea es tolerable y siempre acaban por aparecer los signos cavernosos. El examen microscópico de los esputos se debe hacer con mucho cuidado, porque se pueden encontrar en ellos partículas de materia cancerosa. La presencia de los bacilos, no excluye el cáncer, como lo demuestran las observaciones mencionadas anteriormente.

La *esclerosis pulmonar, de forma lobular*, se distinguirá del cáncer por la falta de dolores torácicos, de edemas y de infarto de los ganglios supra-claviculares, la escasez de la expectoración y la lentitud de su curso. Además, es una enfermedad rara, que apenas se observa más que en los asilos de ancianos, y que sobreviene, sobre todo, en los alcohólicos, los bríghticos y los palúdicos.

El diagnóstico de la *pneumokoniosis antracósica*, es bastante fácil: la antracosis se manifiesta por opresión permanente, crisis como de asma, expectoración sanguinolenta ó negruzca, en la cual el microscopio revela la presencia de partículas de carbón. Pero hay otras pneumokoniosis, que suscitan un problema diagnóstico casi insoluble; son aquellas que, según ciertos autores, se complican á menudo de cáncer; ya hemos dicho cuán frecuente era el cáncer del pulmón en los obreros de las minas de cobalto arsenical, de Schneeberg.

El *quiste hidatídico* tiene, como caracteres distintivos, la prolongada tolerancia del organismo y la estrecha limitación de la lesión: un abovedamiento limitado, una macidez circunscribible por medio de lápiz, y el paso sin transición, del silencio respiratorio completo, al murmullo vesicular normal. El quiste hidatídico del pulmón, enfermedad frecuente en Australia, es, por lo

demás, muy rara en nuestros climas. A veces se aclara el diagnóstico, cuando se evacúa por los bronquios un fragmento de bolsa hidatídica.

Finalmente, y para terminar, señalaremos una causa de error bastante común. Todas las enfermedades cancerosas, sea cualquiera su asiento, pueden, en un momento dado de su evolución, y sobre todo en los últimos períodos, presentar *complicaciones no cancerosas del aparato pleuro-pulmonar* (1). La bronquitis, la bronco-pneumonía, la pneumonía y la pleuresía, encuentran en la caquexia cancerosa un terreno favorable para su evolución. La tuberculosis pulmonar, se desarrolla bastante á menudo en los sujetos que padecen de cáncer del estómago. Esta última afección, lejos de ser antagónica de la tuberculosis, parece, por el contrario, que favorece su desarrollo. Los cancerosos atacados de flebitis de los miembros, pueden serlo también de embolia pulmonar; finalmente, pueden observarse trombosis marasmódicas en la arteria pulmonar, como en las venas de los miembros, y dar origen á accidentes pulmonares agudos y mortales. Se comprende cuánto habrán de obscurecer el diagnóstico todas estas complicaciones, aunque también es verdad que el error, en tales casos, no tiene gran importancia.

TRATAMIENTO. — El tratamiento, no puede ser más que paliativo. Pero en las afecciones incurables, nunca debe olvidar el médico que hay que socorrer al enfermo, llenando las indicaciones sintomáticas.

Contra el dolor, suelen ser muy útiles los revulsivos; los vejigatorios, aplicados *loco dolenti*, lo alivian mucho. Si fueran ineficaces, se recurrirá á las inyecciones subcutáneas de clorhidrato de morfina, sin temer al morfínismo; los cancerosos soportan tan bien la morfina, que se ha podido decir, que la morfina es el alimento de los cancerosos; contra la disnea de origen nervioso, se emplearán los mismos medios.

Cuando la disnea proviene de un derrame pleurítico, ¿debe evacuarse el líquido, ó abstenerse de practicar la toracentesis? Esta cuestión ha sido resuelta de muy diverso modo por los clínicos. Barié resume los elementos del problema en los siguientes términos: « Algunos se pronuncian con gran energía contra la punción en la pleuresía cancerosa, por tres razones principales: la disnea, dicen, sigue tan intensa después, como antes de la toracentesis; además, el líquido evacuado tiene una tendencia particular á reproducirse con grandísima rapidez, y se necesita muy pronto evacuarlo de nuevo. En fin, á causa de la naturaleza hemorrágica del líquido, nos exponemos á debilitar rápidamente al sujeto con estas sustracciones, rechazadas, de líquido sanguíneo. Se puede responder á la primera objeción diciendo, que es difícil rehusar la punción á un enfermo cuyo pecho contiene un derrame considerable, aunque no sea más que para proporcionarle un alivio efímero; cuanto á la rápida reproducción del líquido, es exacto el hecho, por más que, en ciertos casos, haya podido ser definitivamente agotado después de varias toracentesis (Dieulafoy). Sin embargo, se puede obviar en cierta medida dicho inconveniente, no vaciando la pleura en su totalidad; así se evita la descompresión brusca, que puede ser una causa de reaparición de líquido en un plazo muy próximo. La conducta que haya de seguirse ulteriormente, ya es más difícil de indicar; con todo, creemos que, en

(1) O. Pierre, Des complications non cancéreuses de l'appareil pleuro-pulmonaire dans le cancer de l'estomac; Thèse de Paris, 1890.

caso de reproducción de líquido, se puede, sin peligro para el enfermo, recurrir á punciones pequeñas y repetidas, practicadas á intervalos lo más distante posibles, y limitándonos á evacuar solamente el exceso de líquido. Hay en esto una cuestión de medida, que el médico tendrá que apreciar en cada enfermo».

Finalmente, es de importancia sostener las fuerzas del enfermo, poniendo en planta los diversos elementos de las medicaciones tónicas y estomáquicas.

CAPITULO X

TUMORES DIVERSOS DEL PULMÓN Y DE LA PLEURA (1)

Después del cáncer, los tumores más frecuentes del pulmón — aquellos que más nos interesa conocer—son los sarcomas. Vamos á resumir nuestros conocimientos actuales acerca de este punto, y después diremos algunas palabras de los diversos neoplasmas que se pueden encontrar en el pulmón, de los cuales la mayor parte casi no tienen más que un interés anatómico.

Sarcomas del pulmón y de la pleura.—Son primitivos ó secundarios.

Los sarcomas secundarios son los más comunes; la generalización tiene por punto de partida un sarcoma del testículo, del ovario, de la mama, de la parótida, ó bien un osteo-sarcoma de los miembros.

El pulmón, es el sitio de elección de las metastasis sarcomatosas. — Nada más frecuente que encontrar en la autopsia de un sujeto, operado desde hace más ó menos tiempo de un sarcoma de los miembros, núcleos sarcomatosos, absolutamente circunscritos al pulmón. Este hecho se explica fácilmente, si se recuerda que dichos tumores se propagan de ordinario por las venas, según el mecanismo de la embolia; el émbolo neoplásico, que parte del foco primitivo, llega por las venas al corazón derecho; la arteria pulmonar lo conduce al pulmón, donde sirve de tronco para sarcomas secundarios.

Sin embargo, el modo de propagación por las venas, no es exclusivo; en un caso de sarcoma encefaloide de la pantorrilla, referido por Tapret, la invasión del mediastino y de los pulmones se había efectuado al mismo tiempo por las venas y por los linfáticos (*Soc. Anat.*, 1875).

Finalmente, el sarcoma pleuro-pulmonar puede desarrollarse á consecuencia de un sarcoma de las regiones inmediatas que se propaga por continuidad. Krœnlein ha resecaado por tres veces en una muchacha el pulmón y la pleura, invadidos por un sarcoma de las costillas (2).

Los sarcomas secundarios del pulmón y de la pleura, se desarrollan habitualmente en forma de núcleos diseminados; tienen la misma estructura microscópica que el tumor de donde provienen; son de células redondas, de células fusiformes, de células gigantes, ó melánicas. En los osteo-sarcomas de los miembros, los tumores secundarios del pulmón contienen á menudo teji-

(1) Cornil et Ranvier, Manuel d'hist. path., 2^e édition, t. II — Letullé, Néoplasmes du poumon, Dict. de Jaccoud, t. XXIX, pág. 478. — Riedinger, *Deuts. chir.* de Billroth et Lueke, 1888. livraison 42.

(2) Krœnlein, *Correspondenz Blatt f. Schweizer Aertze*, 15 Octubre, 1887.