La historia clínica tampoco puede tenerse en cuenta. Un principio fundamental en este sentido es que el cáncer gástrico no tiene historia típica. Si bien en ciertos casos pueden encontrarse como manifestaciones iniciales las consideradas como típicamente cancerosas (anorexia, astenia, perdida de peso, anemia, etc., de evolución progresivas), también puede comenzar aquél por dolores atípicos disimuladores a la perfección de una historia ulcerosa (en algunos casos incluso con intervalos de bienestar), o revelarse por crisis dolorosas que inducen a sospechar un origen biliar del padecimiento. Con un tratamiento adecuado muchas molestias pueden desaparecer durante una temporada y el enfermo mejorar de fuerzas y de peso, de manera que incluso la regresión sindrómica no excluye la posibilidad de la afección. Esto se refiere a los síntomas generales y subjetivos, puesto que las lesiones persisten, en general tienden a progresar con cierta rapidez.

Así que para el diagnóstico precoz de cáncer gástrico debemos renunciar a una excesiva valoración de la clínica y sopena de errar en múltiples casos debemos practicar un examen radiológico gástrico en todo enfermo presente molestias referibles a este órgano. El examen radiológico sistemático es actualmente el mejor método, por no decir el único de que disponemos para diagnosticar la neoplasia gástrica en un estado relativamente precoz de su evolución.

Para que tal examen tenga valor en tal sentido, debe ajustarse a ciertas condiciones técnicas, demasiado olvidadas o no tenidas en cuenta en muchos casos y que dan conclusiones tan exageradas que a veces suceden inducir a desconfiar del valor de tal examen.

La primera norma para el uso correcto de este es que nunca debemos contentarnos con una radioscopia. Las lesiones neoplásicas iniciales, especialmente las de tipo infiltrante, son muchas veces invisibles radioscópicamente.

De aquí que siempre el examen debe ser radiográfico. Otra norma a tener en cuenta es que, en general, para el diagnóstico precoz de la neo gástrica una sola radiografía es insuficiente, por inútil o por tener solamente un valor sospechoso. Un hecho fundamental de las imágenes neoplásicas iniciales es su apariencia muchas veces confundible con accidentes pasajeros de la silueta gástrica debidos a hechos funcionales; sólo la persistencia e identidad en los diversos clisés de una seguridad digestiva, de manera que para poder deducir conclusiones exactas una radiografía es siempre insuficiente, a no ser que se trate de lesiones avanzadas y típicas.

La infracción de estos dos principios es lo que con más frecuencia induce a errores. Además una buena exploración radiológica nunca debe contentarse con el examen del estómago en plena repleción, lo cual permite sólo apreciar el estado de sus curvaduras de la zona pilórica o las imágenes lagunares de un cierto tamaño. Parece increíble, las lesiones de las caras anterior y posterior, que puedan esconderse tras la capa de bario que las recubre. De aquí que siempre se impone el examen en oblicua y previa compresión graduada para apreciar con una delgada capa baritada las posibles lesiones que no afectan al peril gástrico.

Otro detalle técnico que hemos visto olvidar con cierta frecuencia es el examen en Trendelenburg, único que permite visualizar de manera completa la gran tuberosidad del estómago, cuyas neoplasias pasarán de otro modo completamente desapercibidas. Las neoplasias de esta región son de una frecuencia regular y de faltar este detalle exploratorio quedan ignoradas hasta que al invadir el caries producen síntomas que revelan su localización.

LOS MEGACARIOCITOS EN LA PURPURA TROMBOPENICA.—S. SIPER MARESMA.—(7-4-45).—Aceptando que los megacariocitos son las células con el fin de hallar la causa de la plaquetopenia.

No encuentra alteraciones tóxicas en los megacariocitos, tal como han descrito muchos autores.

No cree que exista un frenaje en la maduración de los megacariocitos. Existe un aumento absoluto de formas induradas proporcionando el aumento de megacariocitos que se encuentra en la médula ósea de esta enfermedad. No existe aumento relativo de formas induradas.

Existe una maduración patológica de los megacariocitos que se revela por la existencia de células con núcleos histacitarios, o con cromatina de trabículas recias y separadas. (Formas histiocitarias de KIENLE.) El protoplasma de los megacariocitos maduros normales y patológicos, frecuentemente sólo hace una finísima granulación pulverulenta o carecen en absoluto de granulaciones. Muy pocos poseen granulaciones de SCHRIDDE.

Los megacariocitos con protoplasma con granulación normal, tienen límites muy precisos, sin ninguna tendencia a la formación de plaquetas. Frecuentemente se encuentra estos megacariocitos con granulaciones mal repartidas, con núcleo hipersegmentado, o tienen un tamaño enorme (100 micras y más). Es muy raro

encontrar megacariocitos normales y con tendencia a la formación de plaquetas.

No existe una serie patológica especial de megacariocitos propia de la enfermedad de Wermot. Las células de esta pretendida serie especial, que KIENLE llama histiocitarias, existe realmente, pero se encuentra una transición entre estas células patológicas y las normales de las que evidentemente derivan. Estas células que KIENLE llama histiocitarias, no tienen ningún parecido con los histiocitos.

En la enfermedad de Werlhof, se encuentran numerosos megacariocitos con núcleo de aspecto verdaderamente histiocitario, muy distinto de los que describe KIENLE.

La esplenectomía hace desaparecer las formas patológicas de la médula ósea así como las lesiones capilares.

CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DEL ABDOMEN AGUDO. — F. MANCHÓN AZCONA. A. MODOLELL MODOLELL.—(21-4-45).—Cada día adquiere mayor importancia la contribución de los datos objetivos que la radiología proporciona al médico y al cirujano en el diagnóstico del abdomen agudo. Al internista por precisar un síndrome confuso y todavía no diagnosticado. Al cirujano, por determinar la topografía y los caracteres del cuadro.

Bajo el nombre de «abdomen agudo» se agrupan un conjunto de entidades patológicas cuyo diagnóstico seguro es difícil y en los cuales la cirugía inmediata se conceptúa imprescindible. A pesar de las dificultades diagnósticas y de la gravedad de la intervención, estos enfermos se benefician poco de la exploración radiológica, debido a que el médico general desconfía no efectuada en un centro radiológico, y a que el cirujano prefiere los datos inmediatos que le proporciona la laparotomía. La radiología, para muchos, es una pérdida de tiempo que retrasa la operación.

Dos casos pueden presentarse: 1.º El enfermo no diagnosticado, está en manos del internista. La exploración radiológica precisará la necesidad y urgencia de la intervención. 2.º El enfermo, con el cuadro del abdomen agudo reconocido, es enviado por el internista al cirujano. En estas circunstancias, sin retrasar apenas la intervención, proporciona importantísimos datos que dirigen o facilitan el curso de la misma.

El objeto de esta comunicación es presentar la práctica metodizada de estas exploraciones, las precauciones que demen tomarse y por último, su importancia diagnóstica en multitud de enfermedades, entre las cuales citamos la perforación, obstrucción, invaginación, los cólicos biliares y urinarios, procesos inflamatorios, periviscerílicos (vesícula, apéndice), traumatismo, shock, etc.

La exploración radiológica de urgencia requiere en primer lugar rapidez de ejecución para no retrasar la indicación quirúrgica y proporcionar al enfermo las mínimas molestias y fatigas.

Si el estado del enfermo lo permite debe indicarse la exploración por una radioscopia en posición vertical o ligeramente inclinada, para lo cual es suficiente incorporarlo en la misma cama. Si esta posibilidad es muy difícil, se substituye por la radioscopia lateral izquierdo en decúbito, que se practica con muy pocas molestias para el enfermo. La radioscopia se completa después de una radiografía

Los datos obtenidos por este examen directo son muy importantes: 1.º Movilidad y situación de los diafragmas, que puede orientar hacia procesos sobrevenidos en su vecindad. 2.º Forma de las cúpulas. 3.º Neumonías basales ofreciendo, sobre todo en los niños, cuadros muy parecidos al del abdomen agudo. 4.º La participación pleural, denotando procesos supra o infradiafragmáticos. Finalmente, dos síntomas esenciales en esta exploración que requieren explicaciones aparte: el neumoperitoneo y los niveles hidroaéreos.

Neumoperitoneo. Se presenta en forma de semiluna en un espacio comprendido entre la cúpula diafragmática derecha y el borde superior del hígado. Se ha calculado por diferentes clínicos la cantidad mínima de aire capaz de visualizar la imagen, y asciende a unos 80 cm. cúbicos. En decúbito lateral izquierdo también se percibe precozmente el neumoperitoneo, por el despegamiento del borde externo del hígado, en forma de claridad situada entre la víscera y la pared. Las personas obesas, con grasa subperitoneal abundante, pueden simular en parte un neumoperitoneo. Conviene recordarlo para evitar confusiones, ya que la imagen en el neumoperitoneo varía con la posición adoptada por el enfermo.

La existencia de aire en el peritoneo puede provenir de una neumo peritoneo terapéutico o diagnóstico.

Es constante en los post-operados de vientre y en las insuflaciones tubáricas con trompas no obstruídas. En tales casos carece de significación patológica. Todavía existen otras causas de error: La interposición de una asa cólica entre hígado y diafragma y la peritonitis neumoquística, enfermedad muy rara con for-