3041

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LOS

TUMORES DEL BAZO

TESIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PAULINO N. PAGLIERE

Ex ayudante por concurso
y jefe de la Farmacia del Hospital de Clínicas (1893-98)

BUENOS AIRES

6329 — Imprenta y Encuad. «Mariano Moreno», Corrientes, 829

1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LOS

TUMORES DEL BAZO

TESIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PAULINO N. PAGLIERE

Ex ayudante por concurso
y jefe de la Farmacia del Hospital de Clínicas (1893-98)

BUENOS AIRES

6329 — Imprenta y Encuad. «Mariano Moreno», Corrientes, 829

1898

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en esta tesis.

(Art. 162 del Reglamento).

Facultad de Ciencias Médicas

Decano

DOCTOR D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vicedecano

DOCTOR D. PEDRO MALLO

Académicos titulares

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNÁNDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN

Académicos honorarios

DOCTOR D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EMILIO R. CONI
» » EDMUNDO NOCARD

Secretario titular

DOCTOR D. LUIS M. ACUÑA

Prosecretario

DOCTOR D. ZENÓN AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Anatomia descriptiva	Doctor	Juan José Naòn.
Anatomia topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histologia teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiologia general y humana	»	Pedro J. Coronado
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar.
Patologia general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patologia externa	»	Obdulio Hernández.
Patologia interna	»	José Penna.
Anatomia patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriologia	»	Carlos G. Malbrán.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramauge.
Enfermedades de mujeres y su Clinica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clinica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clinica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clinica	»	José M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y su Clinica	»	Domingo Cabred.
Clinica Quirúrgica	Dres.	Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo. Alejandro Castro.
Clínica médica	Dres.	Gregorio N. Chaves. Abel Ayerza Luis Güemes. Francisco A. Sicardi.
Obstetricia y su Clinica	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Eduardo M. Pérez.
Enfermedades génito urinarias	»	Federico Texo
Química aplicada á la Medicina	Doctor	Pedro N. Arata.
» analitica	»	Atanasio Quiroga.
Fisica médica	»	Jaime R. Costa.
Zoologia médica	»	Eliseo Cantón.
Toxicologia	»	Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatologia	»	Baldomero Sommer.
Laringologia, otologia, rinologia	»	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Botánica médica	»	Martín Spuch
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica farmacéutica	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontologia	»	Nicasio Etchepareborda.
Dentisteria operatoria	»	León Pereira.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos	
Anatomia descriptiva....	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomia topográfica.....	»	Avelino Gutiérrez.
Histologia (teórico-práctica)	»	Samuel de Madrid.
Fisiologia general y humana.....	»	Vacante.
Higiene pública y privada....	Dres.	Enrique Revilla. / Ricardo Schatz.
Patologia general y ejercicios clínicos.....	Doctor	Gregorio Aráoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica.....	Dres.	Enrique E. del Arca. / Angel M. Centeno.
Patologia externa.....	»	Pascual Palma. / Daniel J. Cranwell.
Patologia interna.....	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomia patológica.....	»	José Badia.
Medicina operatoria.....	»	Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica....	Dres.	José F. Molinari. / Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica...	»	Antonio F. Piñero. / Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica.....	»	Francisco Barraza. / Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica.....	»	José A. Estevez. / José R. Semprun.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva...	Doctor	Benjamín T. Solari.
Clínica Quirúrgica.....	Dres.	Juan B. Justo. / Diógenes Decoud.
Clínica Médica.....	»	Julio Méndez. / Ignacio Allende.
Física médica.....	Doctor	Juan J. Galiano.
Obstetricia y Clínica respectiva	Dres.	Luis F. Vila. / Fanor Velarde
Medicina legal	Dres.	F. de Veyga. / Domingo Cavia.
Toxicología	Doctor	Juan Alba Carreras.
Química aplicada á la Medicina.....		Vacante.
Farmacia práctica.....		Vacante.
Botánica médica.....	Doctor	Roberto S. Kolbe.
Laringología, otología, rinología.....	»	Wenceslao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología.....	»	Maximiliano Aberastury.
Obstetricia para alumnas parteras.....	»	Enrique Pietranera.
Dentisteria operatoria.....		Vacante.

PADRINO DE TESIS

Académico Dr. Luis Güemes

A mis padres

Señores Académicos,

Señores Profesores:

Una serie de casos interesantes de tumores del bazo, que hemos tenido ocasión de observar durante los dos últimos años en que hemos asistido á las clínicas, alguno de los cuales forma parte de mi tesis, y la dificultad que siempre hemos encontrado para hacer el diagnóstico diferencial de localización de los tumores de este órgano, ha sido el mayor estímulo que nos ha impulsado á escribir sobre este tema.

Hemos tratado sobre todo de hacer alguno de los diagnósticos diferenciales que se presentaron con más frecuencia, y sobre todo aquellos sobre los que hemos visto insistir más á nuestros distinguidos profesores.

Convencidos de que este humilde trabajo no es más que un débil reflejo de las sabias lecciones que hemos escuchado á la cabecera del enfermo, nos consideraríamos felices si llegáramas á interpretar

medianamente las ideas de nuestros maestros y á demostrar que hemos sabido aprovechar sus enseñanzas.

Hemos dividido este trabajo en cuatro capítulos.

En el primero, que lleva el título de «Anatomía del bazo», nos ocupamos con preferencia de sus relaciones.

El segundo, que trata del bazo en su estado normal, habla sobre todo de la topografía de este órgano.

Estos dos capítulos tienen por objeto recordar algunos datos, que creemos de importancia, para desarrollar con más claridad el diagnóstico diferencial de localización de los tumores del bazo.

Y por último, en el cuarto capítulo hablamos exclusivamente de la esplenectomía, relacionando en lo posible esta operación con la fisiología de este órgano.

I

Anatomía del bazo

Antes de ocuparnos de los tumores del bazo, vamos á fijar bien sus dimensiones, forma, situación y relación de este órgano con los que los rodean, por considerar estos datos de gran importancia para poder fijar el diagnóstico y darse cuenta de las dificultades del mismo.

El bazo tiene, término medio, trece centímetros de longitud, ocho de ancho y tres centímetros de espesor; su forma en general es la de un elipsoide, sujeto sin embargo á numerosas variedades de forma en los diferentes individuos; así que podemos decir que tiene dos caras, dos bordes y dos extremidades. Su cara externa, que está en relación con el diafragma, es lisa y convexa, y el diafragma separa esta cara de la lengüeta pulmonar más baja del pulmón izquierdo, viniendo á quedar á la altura de la novena, décima y undécima costillas; es muy importante tener presente esta relación, tanto bajo el punto de vista quirúrgico como bajo el punto de

vista clínico, pues los abcesos y quistes hidáticos del bazo, que se abren camino hacia el pulmón, no pueden hacerlo más que por esa cara, por la extremidad superior de este órgano ó por su borde posterior. La cara interna es casi plana, ó más bien cóncava que convexa, y para estudiarla bien es necesario dividirla en dos secciones por un plano vertical que pase por la unión de su tercio posterior con sus dos tercios anteriores, precisamente por la intersección de ese plano con la cara interna del bazo, se introducen los vasos y los nervios y su conjunto forma el ilio del bazo. La porción que queda hacia atrás del ilio, está en relación en su parte inferior con la cápsula supra-renal, el riñón, la cola del páncreas y el pilar izquierdo del diafragma y contribuye á formar la cavidad virtual del retro epiploon; los dos tercios que quedan adelante del ilio están en relación con la gran tuberosidad del estómago, que se aplica al bazo sobre todo cuando está distendido.

El borde posterior es algo más espeso que el anterior, está en relación con la cápsula supra-renal, con el riñón y con el diafragma.

El borde anterior es delgado, está en relación con la gran tuberosidad del estómago, presenta generalmente una cisura bastante profunda, vestigio de una división primitiva del bazo, raramente se encuentran dos ó más cisuras del mismo origen, éstas se pronuncian más cuando el órgano se hi-

pertrofia bajo una influencia patológica, y son entonces un signo precioso que guía al clínico.

La extremidad superior está en relación con la bóveda diafragmática; en el adulto raramente una lengüeta del lóbulo izquierdo del hígado la cubre y se interpone entre el bazo y el diafragma, pero en el niño es muy frecuente, y es la regla en el feto.

La extremidad inferior descansa en un repliegue seroso en forma de saco ó de nido, situado en la parte lateral izquierda del diafragma; parece apoyada sobre el mesocolon descendente ó sobre el colon mismo, que este pliegue circunda.

Así que reasumiendo, diremos: el bazo está colocado en la parte superior del abdomen, profundamente instalado en el hipocondrio izquierdo, por encima del codo izquierdo del colon, por delante del riñón y cápsula supra-renal izquierda; entre la gran tuberosidad del estómago por dentro y el diafragma por fuera, y algunas veces, no siempre, tocando por encima al hígado y por debajo á la cola del páncreas. Estas múltiples é importantes relaciones, á la par que dan al clínico quirúrgico datos de grandísima importancia, son también escollos insuperables en que se estrella el diagnóstico mejor razonado, y en prueba de ello no hay más que leer con detención la historia Nº 3 que presentamos. Ese caso, que ha sido un interesante error de diagnóstico, es digno de un prolijo estudio.

II

Del bazo en su estado normal

No menos importante que la anatomía, es conocer con exactitud el método de exploración de este órgano y saber referir las alteraciones que en él se encuentren á su estado normal. Empezaremos por decir que la inspección y la palpación no dan ningún dato, ó mejor dicho, estos dos modos de investigar nos darán datos negativos sobre este órgano, cuando éste no está aumentado de volumen por cualquier causa y ocupe el sitio que le corresponde en estado fisiológico. Hay que llegar á la percusión para poder limitarlo, siendo indispensable saber su posición y dimensiones en estado normal, para hacer referencias á un estado patológico; por otra parte, la percusión es casi el único de los métodos de investigación clínica que nos permite fijar sus límites, no siempre da un resultado evidente y presenta grandísimas dificultades.

El gran diámetro de este órgano es paralelo á la dirección de las costillas, su borde superior se en-

cuentra al nivel del borde superior de la novena costilla y el inferior al nivel del borde inferior de la undécima. El borde posterior está en relación con la columna vertebral, y el anterior se encuentra al nivel de la línea axilar anterior.

Como hemos visto por las relaciones anotadas y situación de este órgano, sólo es accesible á la percusión la cara convexa y externa del bazo, pero aún para esta cara, única percutible, hay varios inconvenientes; en efecto, dijimos que esta cara está separada de la pared torácica por el diafragma y la lengüeta pulmonar más baja del pulmón izquierdo en la parte posterior, primer inconveniente que no es siempre posible salvar y que depende de múltiples condiciones, como ser: el estado de la pleura y del pulmón; otro inconveniente en esta misma región es la masa sacrolumbar, que en los individuos gruesos y musculosos imposibilita por completo encontrar dicho límite. También sabemos que el bazo por su borde inferior está en contacto con el riñón; luego, será otro inconveniente para limitarle con exactitud; deben ponerse del mismo modo como obstáculos, aunque no de tanta importancia é inconstantes, la pleuresía enquistada de la base del pulmón izquierdo, las variaciones que dependen del aumento de volumen del estómago bajo la influencia de gases ó de la ingestión de alimentos sólidos, y por último las materias fecales que pueden estar depositadas en el codo izquierdo del colon. Concretando diremos, que sólo es generalmente

limitable una parte del borde superior, la que no está debajo del pulmón, el borde anterior y el inferior que no está en contacto con el riñón.

Así que la porción percutible del bazo, es la que no está cubierta por el pulmón; el borde superior del bazo aparece á la percusión al nivel de la novena costilla en la línea axilar posterior, allí forma el ángulo espleno-pulmonar, se continúa hacia adelante y al llegar al nivel de la línea axilar anterior se encurva para formar el borde anterior, también percutible; el borde inferior sigue la dirección de la undécima costilla y se cruza con el riñón al nivel de la línea escapular, donde forma el ángulo esplenorenal.

¿Qué posición debe darse al sujeto á quien se explora el bazo?

Se ha hecho la percusión en todas las posiciones posibles, pero las mejores son la de decúbito lateral derecho, algo inclinado hacia adelante, llamada también por algunos la diagonal y la vertical; en ambas posiciones es necesario que el enfermo tenga el brazo izquierdo rodeando la cabeza.

Hay que tener presente que los movimientos respiratorios cambian la posición del bazo y la zona de matitez; éste baja en cada inspiración normal más ó menos un centímetro; en las inspiraciones profundas la zona de matitez del borde superior del bazo baja muchísimo, sin aumentar en igual proporción en el borde inferior; he ahí como nos hemos explicado este fenómeno. Si bien es cierto que el

bazo baja un poco más en las grandes inspiraciones, también es cierto que no baja tanto como la lengüeta pulmonar que hay entre este órgano y la pared torácica (ver anatomía), la cual al dilatarse durante las inspiraciones se insinúa entre el bazo y la pared torácica rechazándolo hacia la cavidad abdominal, disminuyendo el área total de percusión del bazo; y es por eso que en el enfisema pulmonar en que hay una especie de inspiración profunda permanente, se encuentra casi siempre disminuída la zona de matitez del bazo; ésta es de cinco á siete centímetros en el sentido vertical; cuando pase de estos límites debe considerarse el bazo aumentado de volumen; sin embargo, no habrá que dar el juicio definitivo de aumento del bazo, sin comprobar antes dicho aumento por medio de la palpación, que en caso de bazo normal nos dará datos negativos, como dijimos anteriormente. Nos quedaría aun la auscultación, método de investigación que tampoco nos da datos de importancia en caso de bazo normal.

III

Tumores del bazo

Acabamos de ver que casi solamente la percusión nos puede proporcionar datos clínicos sobre todo del bazo sano; no sucede lo mismo si se trata de este órgano enfermo; en este caso todos los métodos de investigación clínica, la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, nos pueden revelar signos de gran importancia, tanto bajo el punto de vista del diagnóstico, como del tratamiento y del pronóstico. Trataremos de relacionar estos métodos de investigación á los casos que nos ocupan para hacerlos más prácticos. En cuanto á los síntomas subjetivos que proporciona el enfermo, haremos resaltar de paso aquellos que son de utilidad y que el cirujano debe buscar con preferencia.

Los enfermos se presentan generalmente á consultar al cirujano, ya porque ellos mismos se han notado un abultamiento en el hipocondrio izquierdo como ha sucedido con el enfermo de la primera historia que refiero, á quien los dolores de esa misma región

no habían sido suficientes para despertar su atención respecto al estado de su salud; otras veces, quizás el mayor número de enfermos del bazo, se presentan porque sienten dolores en el hipocondrio correspondiente, que se irradian ó no, como se ve en la historia número 2 que presento; y por último, muchos de ellos van á consultar al médico por cualquier afección, siendo éste quien hace el descubrimiento del tumor.

Cuando se note una tumefacción en la región del hipocondrio izquierdo, debajo del reborde costal, en la primer cosa que habrá que pensar es en un tumor del bazo; pero hemos visto las múltiples relaciones que tiene este órgano con los vecinos; el estómago, el lóbulo izquierdo del hígado, el pulmón, el colon, el gran epiploon y el riñón, con tumores de todos estos órganos; habrá que tratar de hacer el diagnóstico diferencial para poder localizar bien el tumor, y hemos de confesar que muchas veces, aun llevando el método más riguroso, el diagnóstico es imposible y no solo por los métodos de exploración expuestos, sino aun extremando por la punción y la laparotomía, como ha ocurrido en varios casos. Pero no porque haya casos sumamente difíciles y aun imposibles de diagnosticar, debe el clínico quirúrgico arredrarse, al contrario, eso debe constituir su mayor estímulo para llegar de este modo á las victorias de mérito, que habrá que conseguir para llevar á la cirugía á ocupar el puesto que le corresponde.

Los tumores de la gran curvadura del estó-

mago situados en la parte que está en relación con el bazo, sobre todo si son de naturaleza que hayan producido adherencias con los órganos vecinos, serían la mayor parte de las veces, difíciles de separar de los del bazo, si sólo se tuviera en cuenta los datos objetivos; pero los síntomas gástricos, que por lo general son típicos, proporcionados por los mismos enfermos, nos llevarán por el verdadero sendero.

Con los tumores del lóbulo izquierdo del hígado, sobre todo si éstos han llegado á ponerse en contacto con el bazo, el diagnóstico diferencial tendrá grandes dificultades; en efecto, la situación del tumor y la movilidad pueden darla idéntica los del bazo como los del lóbulo izquierdo del hígado, aunque por regla general (y este es un buen detalle) los tumores del hígado descienden con más facilidad, en los movimientos inspiratorios que los del bazo; los signos que se pueden sacar del estado general del enfermo la mayor parte de las veces son negativos, sólo la percusión puede iluminarnos, pues, entre el lóbulo izquierdo del hígado y el bazo, queda una porción de estómago, que dará el timpanismo característico, y aún en los casos que una lengüeta delgada del hígado cubra el estómago, si la percusión es un poco intensa, se llegará á percibir un sonido más claro que puede llegar á ser timpánico.

Los tumores que con mayor frecuencia se presentan para efectuar el diagnóstico diferencial expuesto anteriormente, son los quistes hidáticos; más de una vez hemos tenido ocasión de ver en la

sala de cirugía, quistes hidáticos diagnosticados del bazo, y resultar del hígado ; también es cierto que los quistes hidáticos del hígado son más frecuentes que los de bazo, á tal punto que en caso de no poder hacer el diagnóstico diferencial de localización habría que inclinarse á aquellos por su mayor frecuencia. Otro síntoma que puede guiarnos en los casos difíciles es la tos esplénica ; este es un fenómeno inconstante, basado en la irritación que sufren los filetes terminales del nervio vago, que se trasmiten por vía refleja al centro tusígeno de la médula oblongada, y se produce muchas veces por la simple percusión, siendo en otras, necesario llegar hasta la palpación profunda para producirla; como dijimos, este síntoma es inconstante, pero no deberá dejarse de buscar con cuidado; es necesario observar que si se provoca esta tos refleja muchas veces en un corto intervalo de tiempo, se embota el reflejo, pero basta dejar descansar un momento al enfermo para que se vuelva á producir. Los enfermos dicen que sienten un cosquilleo especial, que ellos localizan en el apéndice xifoides. Podría compararse este fenómeno á lo que pasa con la mucosa nasal, cuando por una irritación mecánica se provoca el estornudo; también en ese caso se llega á embotar el reflejo, si se repite con frecuencia la excitación provocadora.

Con mucha más frecuencia que con el estómago y el hígado, hay que tropezar con el riñón, ya de por sí en estado normal en íntimo contacto con el bazo y en una situación á propósito para dificultar el

diagnóstico. Si se tiene en cuenta la importancia de la función renal y las relaciones anatómicas de ambos, no será difícil que lleguemos á establecer el diagnóstico diferencial preciso, entre los tumores de estos dos órganos, en la mayoría de los casos.

La situación del tumor más hacia el flanco, nos podrá hacer pensar en riñón más bien que en bazo; es un signo de simple presunción, pues ambos órganos pueden cambiar de lugar; pero recordemos que el bazo está unido al diafragma por el ligamento esplenodiafragmático; luego los movimientos del diafragma se trasmiten al bazo y al tumor que éste contenga; no sucede lo mismo con el riñón, que goza á este respecto de independencia absoluta; sin embargo, este signo no es de certeza, por dos razones: la una es, porque los tumores del bazo pueden haber producido adherencias que lo inmovilicen; la otra, que los del riñón, en cambio, pueden haberlas producido de tal naturaleza, que sea movible y siga los movimientos respiratorios.

En cuanto á la forma del tumor, diré que es un arma de dos filos, porque si bien por su escotadura anterior, su forma elipsoidea alargada en sentido vertical y su superficie lisa pueden permitirnos asegurar que se trata del bazo, en cambio bastará que se recuerde que el bazo al hipertrofiarse puede tomar las más variadas formas y cambiar de situación, para que se dé el verdadero valor á este signo.

Sobre la constancia del tumor hablaremos más adelante, al hacer el diagnóstico diferencial con los

tumores del colon, donde tenemos que decir algo que se relaciona íntimamente con el tercer caso que presentamos. En cuanto á establecer por este signo el diagnóstico diferencial con los tumores del riñón, no creemos que puede tener mayor importancia.

Cuando los datos anteriores no bastaren para hacer el citado diagnóstico, es aún á la percusión que recurriremos para salvarnos; en efecto, basta recordar que el bazo tiene su cara convexa aplicada á la cara costo-abdominal anterior y si su crecimiento es á expensas de todo el órgano, la aplicación se hará más inmediata aún, produciendo un aumento en la matitez absoluta de este órgano; no sucede por cierto, lo mismo con el riñón: éste tiene por delante al intestino delgado, que comunmente en caso de tumor, aplica contra la pared abdominal, produciéndose el timpanismo consiguiente; es cierto que el intestino delgado se desplaza con facilidad, pero la porción del colon descendente, que lo cruza, y el intestino grueso puede decirse que están pegados á la cara anterior del riñón, el meso-colon es tan corto, que no permite á esta porción de intestino desplazarse y mucho menos cuando el riñón aumenta de volumen, pues entonces parece que el riñón se insinuara entre las dos hojas del meso-colon aproximándose más al intestino grueso, de modo que el intermedio del intestino, es por decirlo así, casi forzoso; esta aplicación produce timpanismo, y he ahí un signo importantísimo que es necesario no olvidar.

Pero estos datos no son aún patognomónicos y vamos á mencionar algunas de las causas de error: en primer lugar, aunque raras veces, se suele encontrar timpanismo en los tumores del bazo; los autores sólo citan una condición para que se produzca este fenómeno, pero á nosotros nos ha sido posible señalar otra. Se produce timpanismo cuando el tumor del bazo toma nacimiento en la cara posterior de este órgano, detrás del ílio: eso es lo que dicen los autores clásicos, pero en nuestro enfermo núm. 3 había timpanismo en la parte inferior del tumor, sin que se hubiera realizado esa condición; en ese caso se habían producido adherencias del colon descendente con el bazo, por peri-esplenitis, probablemente en un principio cuando el bazo era aun pequeño; al crecer la cara inferior adherida al colon se hizo anterior, arrastrándolo hacia adelante y produciendo un timpanismo que fué una de las causas que guió á nuestro distinguido profesor Dr. Chaves, á hacer el diagnóstico de tumor de colon; esa es la otra causa de error que queríamos anotar.

También es bueno que señalemos que la inconstancia del timpanismo debe hacernos inclinar más á tumor de bazo que de riñón, por las siguientes razones: el colon atraviesa completamente el riñón y es rechazado en masa contra la pared abdominal; de aquí que dé casi siempre timpanismo cuando se percute, aunque en ese momento contenga pocos gases; no sucede lo mismo cuando este

órgano es rechazado por el bazo, pues en ese caso sucede casi siempre, que la porción del colon rechazada hacia adelante, es como pellizcada entre el bazo y la pared abdominal, de donde se deduce que es necesario que haya una cierta tensión de gases para poder producir timpanismo. La palpación también ayudará muchísimo para hacer este diagnóstico diferencial; en efecto, recordaremos que los tumores de riñón pueden hacerse pelotear casi siempre con facilidad, mientras que no sucede así con los de bazo; por otra parte, la forma del bazo aun hipertrofiado, su escotadura, ó sus escotaduras anteriores y su borde inferior, algunas veces fácil de levantar con la extremidad de los dedos, hablarán en favor de bazo; mientras que una forma redondeada nos hará inclinar á riñón.

Pero no son estos datos objetivos tomados aisladamente, que puedan hacernos decir tumor de bazo ó tumor de riñón; es al conjunto de ellos que debemos referirnos. Si á esto agregamos los que puedan sacarse del funcionamiento del riñón por medio del análisis completo de la orina y del estado general del enfermo, en los leucémicos, por ejemplo, y sus antecedentes, los que podrían ser palúdicos, llegaremos con frecuencia á localizar el tumor.

Siempre que se trate de tumores del hipocondrio izquierdo no habrá que dejar de pensar en el codo izquierdo del colon; un tumor fecal que ocupe esa porción del intestino grueso puede imponerse por

un tumor del bazo; lo mismo puede decirse de un tumor maligno que ocupe ese órgano, en esa región.

Los caracteres especiales que presentan los tumores fecales, su pastosidad y la propiedad que tienen de conservar la impresión del dedo que los deprime, serán un buen signo que habrá que buscar; el estado de las funciones digestivas, la constipación y á veces verdaderos síntomas de estrangulación, el examen de las materias fecales y los antecedentes del enfermo, nos pondrán muchas veces fuera de duda; y ya que nos estamos ocupando de esta clase de tumores, no dejaremos de recomendar que se haga tomar á los enfermos que presenten tumores que se suponen de bazo, uno ó varios purgantes y enemas; examinando diariamente al enfermo no será extraño ver desaparecer esos tumores ó disminuir considerablemente de volumen llevándonos al verdadero diagnóstico; aparte de que los purgantes desocupando completamente el intestino facilitán de un modo asombroso el examen de los tumores del abdomen. Siempre tendremos presente un caso de la sala 10, que si bien no se trataba de un tumor del bazo, nos demuestra la importancia que puede tener el estar seguros de que los reservorios naturales estén desocupados. Se trataba de una enferma que ya estaba bajo la acción del cloroformo y en la que iba á hacerse una laparotomía por un supuesto quiste del ovario, cuando al poner en práctica el sondaje de la vejiga, que es de regla en dicha sala, antes de cual-

quier operación de vientre, se vió convertir al quiste en varios litros de orina.

Antes de terminar con este diagnóstico diferencial queremos también hacer resaltar el valor que puede tener el signo de la conservación de la depresión producida por los dedos en los tumores fecales; en el caso núm. 3 que refiero, se encontraba este signo, si bien esa depresión no era persistente. Y ese fué otro de los motivos que indujo á hacer un diagnóstico errado. Confesamos que no hemos visto apuntado este fenómeno en ningún texto, por lo que llamamos con insistencia la atención sobre ese punto; como puede verse por la lectura de la parte operatoria de ese caso, la conservación de la depresión producida por los dedos fué corroborada por el operador Dr. Posadas, pero presentaba este signo la diferencia fundamental de que no era persistente como es en los tumores fecales, cosa que deberá tenerse presente y buscarse con cuidado.

Tampoco debe darse una importancia definitiva á ese signo, porque hay tumores fecales excesivamente duros en los cuales no se obtiene depresión alguna.

Los tumores fecales también tienen de particular, que pueden dislocarse muchas veces con facilidad, lo que no sucede con los del bazo, salvo en caso de que ese último sea errante.

En cuanto á los tumores malignos del colon situados en ese punto, sobre todo si se adhieren al bazo, será sumamente difícil por los signos objetivos establecer el diagnóstico diferencial, pero los anteceden-

tes del enfermo, el estado general del mismo y el de las funciones digestivas con especialidad, podrá muchas veces darnos la clave.

Un diagnóstico diferencial, al que me parece debe dedicarse preferente atención, es el que puede establecerse entre colecciones líquidas de la cara superior del bazo y los derrames de la pleura del pulmón izquierdo. Pueden presentarse dos casos: que el líquido de la pleuresía con la que se trate de hacer el diagnóstico sea libre en la cavidad pleural, ó bien que sea enquistada.

En las pleuresías con líquido libre, el diagnóstico será mucho más fácil que en las que el líquido sea enquistado. Los síntomas generales subjetivos son por lo general idénticos ó por lo menos insuficientes, ya se trate de colecciones del bazo, ya de la pleura; puede haber ó no dolor en el lugar de la colección ó bien debajo de la escápula ó en el hombro; el paciente podrá acostarse con preferencia sobre el lado enfermo ó sobre el contrario, podrá haber en ambos casos temperatura ó no; pero lo que nos dará la certeza del diagnóstico será el examen objetivo. En las colecciones del bazo la tumefacción y ensanchamiento de la caja tóracica es localizado á una región, ya sea la lateral, la anterior ó posterior del flanco izquierdo, aunque sea de un modo difuso; en la pleuresía es general, abarca toda la porción inferior del flanco izquierdo; la dirección de las costillas es también un buen signo indicado por Guéneau de

Mussy; su oblicuidad descendente está exagerada en la pleuresía y disminuída en las colecciones líquidas del bazo.

Pero la percusión bien practicada por sí sola nos sacará casi siempre de la duda; en las colecciones líquidas del bazo, la matitez está limitada en todas partes, tanto por delante como por detrás, por una línea curva de convexidad superior, de forma invariable en cualquier posición que se dé al enfermo. En la pleuresía libre, en cambio, la línea de matitez cambiará de forma según la posición que haya adoptado el enfermo, pues el líquido tenderá á ocupar siempre los puntos declives. Si suponemos ahora, por ejemplo, una gran colección purulenta de la cara superior del bazo, que desde un principio haya fijado por peri-esplenitis al bazo en la posición que ocupa en estado normal, impidiéndole descender para hacerse palpable por delante, por debajo del reborde costal; tendremos que en su marcha ascendente, rechazará al diafragma y todo el lóbulo inferior del pulmón izquierdo.

Desde ese momento tendremos un conjunto de síntomas, que simulará un gran derrame pleurítico enquistado de la base izquierda del tórax; abovedamiento unilateral en masa, posición inspiratoria fija por las costillas rechazadas hacia afuera, matitez completa á la percusión, abolición de las vibraciones vocales, silencio respiratorio absoluto, decúbito lateral izquierdo, disnea intensa, tos seca y penosa y hasta el soplo respiratorio en *é*.

¿Se quiere un cuadro más semejante al que da la pleuresía?

Son precisamente esos casos en los que el clínico debe aguzar su ingenio y agotar todos los medios de investigación.

Hemos tenido ocasión de ver un caso de estos en la sala octava, que aunque no forma parte de las historias que presento, lo recuerdo perfectamente.

Se trataba de un enfermo que presentaba los síntomas enumerados anteriormente y del cual para sintetizar, recordaré las palabras del distinguido Jefe de Clínica de dicha sala, doctor Allende, á quien cupo la satisfacción de haber hecho el diagnóstico preciso: « El diafragma de este enfermo está rechazado hacia arriba por una colección purulenta de la cara superior del bazo, formando una verdadera copa de sombrero. »

Se hizo operar al enfermo, que murió antes de terminar la operación, pues había llegado al hospital en un estado lamentable; en la autopsia se comprobó exactamente lo que había dicho.

Agregaremos á ésto, algunos síntomas especiales de las colecciones purulentas abdominales, que pueden ayudarnos en este diagnóstico; me refiero al edema localizado á una parte de la región abdominal, generalmente la que corresponde al tumor, la actitud de la columna vertebral semejante á la que se presenta en los enfermos atacados del mal de Pott, el hipo y la posición que guardan los enfermos en el lecho. En efecto, en las pleuresías, por lo ge-

neral, el enfermo se acuesta siempre de un mismo lado, y en las colecciones abdominales, el enfermo se halla en decúbito dorsal y muchas veces con los muslos flexionados sobre la pelvis, con el objeto de relajar los músculos abdominales y disminuir así, en lo posible, los intensos dolores que experimenta.

Si con todos estos elementos no aclaramos nuestras dudas, recurriremos á un signo que en estos casos difíciles nos parece decisivo; me refiero á la punción manométrica exploratriz, tal cual como se aplica á los quistes supurados y á las colecciones de la cara superior del hígado, debe dar excelentes resultados.

Si se practica una punción con un trócar de mediano calibre, que esté en comunicación con un manómetro de pequeño tamaño, podrá hacerse el diagnóstico diferencial preciso, entre bazo y pulmón, y esto está basado en lo siguiente: durante la inspiración la tensión intratorácica disminuye, y aumenta durante la espiración. Lo contrario pasa en la cavidad abdominal: la tensión en el vientre aumenta durante la inspiración y disminuye durante la espiración; luego, si el tumor estuviera en el bazo, aumentaría la tensión manométrica durante las inspiraciones, pues el diafragma haría presión sobre el tumor y sobre todos los órganos abdominales.

También hemos tenido ocasión de ver aplicar los rayos Röntgen á un caso de pleuresía y hemos podido convencernos de que si la pleuresía no es enquistada, el diagnóstico se hace sin otro método de inves-

tigación, pues puede observarse el cambio de posición del líquido, haciendo cambiar de posición al enfermo; método de investigación que recomendamos en los casos difíciles.

Quedan aún los tumores del gran epiploon, situados en el flanco izquierdo ; por lo general, es fácil hacer el diagnóstico diferencial, porque entre estos tumores y el bazo, queda una zona de timpanismo dada por el estómago y el intestino ; además, los tumores del epiploon, se desplazan con facilidad, pero debemos confesar que hay casos en los que por adherencias al bazo, adquieren los caracteres de tumores de este órgano, y entonces es casi imposible distinguirlos.

IV

Esplenectomía

Antes de terminar vamos á decir dos palabras sobre la esplenectomía. No ha sido nuestro propósito al emprender este humilde trabajo, hacer el diagnóstico diferencial completo de cada uno de los tumores del bazo; esto nos hubiera llevado á un terreno que no está en relación con nuestras fuerzas; sólo hemos querido localizar los tumores de este órgano y hacer alguno de los diagnósticos diferenciales que nos ha parecido se presentan con mayor frecuencia y de los que hemos tenido ocasión de ver en el curso de nuestro estudio; y al ocuparnos de la esplenectomía sólo nos lleva el deseo de establecer alguna relación de esta operación con la fisiología del bazo, para poder llegar á alguna conclusión práctica.

La primera operación de esta naturaleza fué llevada á cabo el año 1549 en Italia por Zaccarelli y Fioravanti, en una mujer de veinte y cinco años de

edad, que llevaba un gran bazo á consecuencia de una fiebre intermitente. Es probable que estos cirujanos tuvieran ya datos al respecto y supieran que esta operación no sería pagada por la vida del enfermo. A Malpighi se debe las primeras experiencias llevadas á cabo sobre animales en el año 1669, es decir, más de un siglo después de la primera operación sobre el hombre.

En sus obras este autor escribe que ha podido sacar el bazo á un perro, y que no solamente este animal no murió, sino que aún ha continuado viviendo con más vigor y buen estado general.

Estas consideraciones de Malpighi debieron contribuir muchísimo á que los cirujanos de aquella época se resolvieran á emprender esta operación, que por otra parte no se llevó á cabo sino en casos de extrema necesidad, en los que por heridas ó por enormes traumatismos este órgano hacía emergencia de la cavidad abdominal.

Nicolás Mathias (1688), Ferrerius (1711), Fergusson (1787), haciendo esplenectomías en estas condiciones llegaron á probar que la operación era posible, pues sus enfermos curaron.

Hasta el año 1736, aparte del caso de Zaccarelli y Fioravanti no se había practicado la esplenectomía sino en caso de traumatismo. Quittembaum en esta época efectuó la esplenectomía en un caso de hipertrofia de este órgano, pero su enfermo murió á las seis horas. En 1855 se efectuó una segunda esplenectomía por Küchler, y su operado también

murió. Recién el año 1862 fué emitida por primera vez delante de una sociedad médica, la idea de la extirpación completa del bazo y desde esta época la historia de la esplenectomía entra en una nueva faz de actividad. Spencer Wells vió presentar por el Dr. Nann un bazo de seis kilos á la sociedad de patología de Londres, que había sido la causa de la muerte del enfermo que lo llevaba. Desde este momento se le ocurrió la idea de extirpar el bazo.

Él ignoraba que la operación hubiera sido hecha anteriormente, y preguntó si ella había sido tema de alguna comunicación. Una memoria de Simon de Rostack fué la contestación.

Quittembaum y Küchler habían sido desgraciados en sus casos, y esto bastó á Simón para que rechazara enteramente la operación en los casos de hipertrofia del órgano y no la admitiera sino en los casos de grandes traumatismos en que el bazo había salido del abdomen. Spencer Wells á pesar de esto, practicó la esplenectomía tres años más tarde, en una mujer de treinta y cuatro años, y la enferma murió cinco días después.

En 1866, T. Bryant experimentó igual desilusión. A pesar de estas tentativas desgraciadas, á pesar del desprestigio en que había caído la operación, Pean en 1867, practicando una gastrotomia se encontró con un quiste que resultó ser del bazo y tomando una rápida resolución resolvió extraer este órgano. El operado curó. Con este éxito la esplenectomía tomó un nuevo impulso, y hoy la operación ha sido

practicada infinidad de veces. Sin embargo, no ha llegado á ser familiar, y el hecho se explica si se tiene en cuenta que las afecciones del bazo que necesiten una intervención tan cruenta son raras y en segundo lugar si se reflexiona sobre los pocos resultados que esta operación ha dado hasta la fecha. A nosotros nos ha sido posible ver practicar esta operación en el Hospital de Clínicas tres veces y siempre con resultado fatal.

Manual operatorio.—Se practica una incisión en la línea mediana ó un poco á la izquierda, sobre el tumor, de suficiente longitud para dar paso al mismo. Se hará la incisión capa por capa tomando los vasos que den sangre. Llegados al peritoneo se incinde con cuidado, tomando sus labios con pinzas adecuadas.

Abierto el peritoneo, aparecerá el tumor, se colocará compresas calientes á uno y otro lado para impedir que el epiploon y el intestino hagan hernia por la herida. Por lo general el tumor estará cubierto por el epiploon, que es necesario rechazar hacia arriba y mantenerlo allí por medio de una compresa caliente.

Muchas veces el epiploon es adherente: en ese caso se desprenderá con cuidado y con los dedos; si las desgarraduras producidas son de importancia será conveniente después de una ó varias ligaduras en masa, resecar la porción de epiploon que haya quedado en mal estado. En seguida se procederá á sacar el tumor fuera del vientre, esto se hará con las manos, desprendiendo con los dedos las adheren-

cias que se encuentran; como el bazo es sumamente friable es inútil pretender tomarle con pinzas. Una vez fuera de la cavidad abdominal, los ayudantes acercarán los labios de la herida para impedir que éste vuelva á entrar al abdomen. Si al salir se hubiera arrastrado algún órgano adherente se tratará de desprenderle, teniendo cuidado de no herir la cápsula del bazo, que es sumamente delicada y que expondría á grandes hemorragias por parte de este órgano, por su gran vascularidad.

Las adherencias de los tumores de bazo á la cara cóncava del diafragma que está en relación con este órgano, presentan grandes dificultades para poder ser desprendidas sin producir abundantes hemorragias: en ese caso será conveniente recurrir á las pinzas llamadas de pedículo.

Una vez bien pediculizado el tumor y hechas las ligaduras necesarias, se practicará la sección del mismo. Tillaux recomienda que antes de ligar los grandes vasos aferentes y eferentes, se haga pasar una corriente eléctrica por el bazo, con el fin de que se contraiga y restituya á la circulación general una cantidad de sangre que en los bazos hipertrofiados puede ser de mucha importancia.

Una vez practicada la sección del pedículo, hecha la limpieza necesaria se saturará la pared abdominal, dejando ó no drenaje según se crea conveniente.

¿Cuáles son las consecuencias de la esplenectomía?

Si se tratara de un órgano doble como el riñon, por ejemplo, sabríamos que si se extirpa uno ó si sus

funciones quedaran abolidas, quedaría el otro capaz de hipertrofiarse y continuar la función. Pero tratándose del bazo, órgano único, el problema es distinto y no podría en conciencia proponerse su extirpación total sin haber antes probado por la experimentación estos dos puntos capitales:

1º Que el bazo no es un órgano indispensable para la vida.

2º Que la extirpación de este órgano no trae modificaciones importantes en la salud de los individuos que la han sufrido, ó en algunos de sus órganos ó de sus funciones.

Estas cuestiones han sido ya resueltas. Veamos qué contesta Pean á estos dos puntos, quien se ha ocupado con preferencia de esta operación y á quien debemos haber vulgarizado la extirpación completa del bazo, por medio de sus brillantes resultados.

Es también á él á quien debemos la técnica completa de la esplenectomía.

En cuanto al primer punto, dice: No; el bazo no es un órgano indispensable para la vida.

Las experiencias de extirpación del bazo emprendidas en gran número de animales y señaladas en todas las obras de fisiología, son un testigo.

Sobre el hombre, aunque los hechos son menos numerosos, se posee un grupo de observaciones suficientes que aprueban este aserto. Cuando este distinguido autor el año 1880 publicaba su monografía sobre esplenectomía, contaba once enfermos curados por completo de esplenectomías forzosas, por

decirlo así, practicadas en individuos á quienes se les había producido hernias irreductibles del bazo. Cinco enfermos á los que se había esplenectomizado por tumores del bazo, sobrevivieron largo tiempo á la operación, y algunos de ellos vivían aún en el momento de esta publicación. Es entonces, pues, supérfluo insistir sobre este punto. Hoy el número de esplenectomizados que sobrevivieron á esta operación, se ha hecho importante.

En cuanto al segundo punto, he aquí cómo plantea la cuestión: la salud de los seres, hombres ó animales, que han sido esplenectomizados, se conserva excelente, tan buena que ha sido hasta el presente imposible señalar fenómenos que sean directamente imputables á la extirpación del bazo.

Pero, si es evidente que el bazo no es indispensable á la vida, no puede por cierto concluirse que sea inútil. Y si bien no se conocen con exactitud las modificaciones que este órgano hace sufrir á la sangre, sobre la cual parece más destinado á obrar, no es, por otra parte, dudoso que estas modificaciones existan.

Pero, cuál es el mecanismo íntimo de estas modificaciones y en qué consisten, es precisamente lo que se ignora y es aquí donde empiezan las discusiones.

Es á Ch. Robin á quien se deben los trabajos más completos sobre fisiología del bazo. El bazo, desprovisto de canal secretor y de un agente de secreción apreciable, debe obrar sobre la masa de

la sangre, que lo atraviesa continuamente por intermedio de los corpúsculos de Malpighi y de los epitelios. La acción que resulte debe ser de orden biológico.

Para Robin, debe hacerse sentir solamente sobre el plasma y no sobre los glóbulos, y para él no tiene más que una importancia secundaria, á pesar del gran volumen que presenta la glándula vascular.

Es decir, que él rechaza por completo la opinión de los fisiólogos que pretenden que el bazo tiene por función producir glóbulos blancos que serían transformados ulteriormente en glóbulos rojos para formar blancos (Hollander, Kuhne y Alasser).

Él no admite, por otra parte, tampoco el modo de pensar de Beclard, que dice que hay diminución en la vena esplénica, de los glóbulos rojos de la sangre que lo atraviesan, y como consecuencia de esta destrucción, aumento proporcional en la cantidad de los elementos orgánicos de la sangre.

Ahora bien; es precisamente basándose sobre la observación de la sangre de hombres esplenectomizados que Robin se funda para negar las opiniones anteriores. Para este autor no es tanto lo que llama la atención el aumento ó la diminución de los glóbulos de una ú otra clase, como las modificaciones sobrevenidas en su volumen y forma.

En el caso operado por Pean, se encontró, seis meses después de extirpado el bazo, los glóbulos rojos manifiestamente aumentados de volumen, en relación á los de un hombre sano. Su diámetro era

de $0^{mm}.0080$ á $0^{mm}.0085$ y tenían más tendencia á reunirse en pilas que en las condiciones normales.

Lo que llamaba aún más la atención es que la décima parte del número de los glóbulos rojos tenía de $0,^{mm}.0040$ á $0,^{mm}.0060$. En lugar de ser bicóncavos, todos eran esféricos, de un rojo más subido, solubles como los normales en el agua y ácido acético y desprovistos también de núcleos como estos últimos.

Esto sentado, podemos agregar que la privación del bazo parece no tener influencia alguna sobre la conservación de la salud.

No ha habido hasta el presente, dice Pean, que constatar como consecuencia de la esplenectomía, sino inconvenientes de poca importancia y no presentando absolutamente nada de característico y constante.

En la hipótesis de que el bazo fuera un órgano formador de glóbulos rojos ó blancos de la sangre, se ha querido admitir que él era suplido por otros órganos que se hipertrofiaban. Este rol fué sobre todo atribuído á los linfáticos por Mayer, Furher y Ludwig; esta opinión tomó más cuerpo aún porque Schulz y Adelmann, á continuación de una esplenectomía sobre el hombre, constataron el aumento de volumen de los ganglios axilares del lado izquierdo.

Pero si no bastara lo que dijo Robin, al respecto, es decir, que el bazo no tiene influencia sobre el número de glóbulos rojos ó blancos de la sangre,

así que no tiene porqué ser suplido por la hipertrofia de los ganglios linfáticos con este fin, bastará que digamos que es el único caso en que pudo observarse ese detalle en toda la serie de esplenectomizados.

Este hecho establece bastante, que no puede imputarse seriamente el aumento de los ganglios, á la falta del bazo, tanto más cuanto que los ganglios linfáticos se hipertrofian por múltiples causas.

Luego concretando, diremos:

El bazo no es un órgano necesario para la vida.

Su extirpación parece no tener consecuencia sobre el estado general del individuo esplenectomizado, ni pueden constatarse alteraciones en las demás funciones.

No es posible actualmente decir si sus funciones son suplidas por otros órganos ni mucho menos por cuáles.

En los individuos á quienes se ha extirpado el bazo no puede probarse dicha extirpación por ningún síntoma y sí sólo, por la constatación clínica ó anatómica de su ausencia.

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Historia Nº 1

Servicio del Dr. G. N. Chaves

Jefe de Clínica: Dr. Allende

Sala 8ª — Cama Nº. 19

J. C., de 30 años de edad, italiano, cuenta ocho años de residencia en nuestro país, habiendo vivido siempre en el campo, «Capitán Sarmiento»; su ocupación habitual ha sido de peón en las máquinas trilladoras. Hace seis años recibió un fuerte culatazo de remington debajo de la tetilla izquierda, á consecuencia del cual perdió el conocimiento por espacio de media hora; al día siguiente notó que en la parte donde había recibido el golpe, tenía una hinchazón de color negruzco, que desapareció en unos dos meses; después de poco tiempo empezó á sentir puntadas agudas, pero fugaces, en el epi-

gastrio, que se dirigían irradiadas hacia atrás, al nivel de la articulación costovertebral de la décima costilla; como los dolores desaparecieran por intervalos más ó menos largos, no hizo mayor caso de su dolencia, hasta que un día al bañarse, se notó un abovedamiento al nivel de la línea para-esternal izquierda, inmediatamente por debajo del reborde costal; esto lo notó hace cuatro años más ó menos; desde entonces el enfermo pudo notar, que la hinchazón, como él la llama, fué aumentando paulatinamente, que las puntadas se hacían más frecuentes y persistentes, hasta que se convirtieron en un dolor constante, aunque no muy intenso, que se hace más pronunciado después de las fatigas diarias, en las grandes inspiraciones y sobre todo durante la noche. Tiene repugnancia por los alimentos grasos en general y el enfermo dice: la carne gorda no la puedo ver.

Estado actual.—Hombre robusto y bien desarrollado, con toda la apariencia de una persona perfectamente sana; su esqueleto, su musculatura y su coloración no dejan nada que desear; examinadas con prolijidad sus principales órganos y funciones no se ha podido encontrar nada que llame la atención, ni del lado del corazón ni del aparato respiratorio; el aparato digestivo ha funcionado y funciona actualmente bien; otro tanto puede decirse del riñón, como lo comprueban repetidos análisis de orina que se han practicado durante el tiempo que el enfermo permanece en la sala;

pero á pesar de todo esto, el enfermo presenta á la inspección un abovedamiento muy marcado, en el costado izquierdo, que toma todo el hipocondrio y levanta visiblemente las tres últimas costillas, durante la respiración y aún en las grandes inspiraciones se le ve apenas bajar un poco; si pasamos á palpar el tumor, se nota pasando suavemente la mano extendida por encima del mismo, igual abovedamiento que á la inspección, y se siente una superficie perfectamente lisa; comprimiendo el tumor se nota que es elástico y resistente, sobre todo debajo de las falsas costillas; al nivel de la línea para-esternal izquierda y á dos dedos por debajo del reborde costal, en una extensión de tres centímetros de diámetro, se percibe durante los movimientos respiratorios normales frotes sumamente marcados, y la zona de frotes se extiende más, si se hace respirar fuertemente al enfermo; en esas condiciones dichos frotes se pueden apreciar desde la línea media al nivel del apéndice xifoide, hasta la línea axilar posterior en la extensión de una faja de tres traveses de dedo, paralela y pegada al reborde costal; á la palpación profunda se siente un tumor cuya parte inferior fácil de limitar, se presenta al tacto con una superficie lisa y redondeada, no sintiéndose depresiones ni escotaduras, no es posible introducir los dedos para levantar el tumor, pues la pared es muy resistente. Su límite inferior palpable está situado en una línea transversal que pasa por el ombligo, límite que

en las grandes inspiraciones desciende á tres centímetros más abajo; por dentro y adelante llega hasta la línea media, por atrás se confunde con la masa sacro-lumbar y no se puede palpar el límite, y otro tanto pasa por arriba por meterse el tumor debajo de las costillas; el tumor no se desplaza de derecha á izquierda, se puede rechazar un poco hacia arriba y la palpación es dolorosa en toda su extensión, si bien es mucho más marcado el dolor en los puntos que hay frotes. No hay peloteo.

A la percusión hacia arriba, entre la línea media y la mamaria, el tumor no puede limitarse por confundirse su matitez absoluta con la del corazón; al nivel de la línea axilar anterior su límite superior está á la altura del sexto espacio intercostal, al nivel de la axilar media, sobre la octava costilla, al nivel de la axilar posterior sobre la décima, dirigiéndose hacia atrás, á la altura de la duodécima apófisis espinosa; el límite inferior lo da una línea ligeramente curva, de concavidad superior, transversal, que tiene su punto de partida á un través de dedo, por encima del ombligo, en la línea media y que va hasta la axilar posterior á tres traveses de dedo por debajo del reborde costal; hacia adelante desborda ligeramente la línea media de un través de dedo: también es una línea ligeramente curva con concavidad dirigida al tumor, pero la parte superior de esta línea no es posible marcarla por confundirse la matitez del tumor con la del

hígado, y por último el límite posterior del tumor tampoco puede limitarse, porque su matitez se confunde completamente con la que da la masa sacro-lumbar.

A la auscultación se oyen perfectamente los frotes que hemos constatado á la palpación, en la misma extensión, teniendo el carácter clásico descripto por los autores « crujido de cuero nuevo ».

El día 5 de Junio, después de 12 días de permanencia del enfermo en la sala, se practica una punción en plena región del bazo, que da por resultado la extracción de un líquido perfectamente transparente, « cristal de roca » ; el análisis microscópico no da dato alguno.

Debo advertir que aun antes de la punción, el distinguido profesor de clínica médica Dr. Chaves, ha establecido su diagnóstico de «quiste hidático del bazo» y que dicha punción no tiene otro objeto que robustecer el diagnóstico.

Operación.—El día 19 se practica, previa anestesia clorofórmica, antisepsia de la región, una incisión paralela al reborde costal, á dos traveses de dedo por debajo, de diez á 12 centímetros de longitud; se corta sucesivamente: piel, tejido celular, aponeurosis superficial, músculos, aponeurosis profunda y se llega al peritoneo, que también se incinde, tomando sus dos labios con pinzas adecuadas; ya puede verse el tumor, que es perfectamente liso y no presenta adherencias con el peritoneo y órganos vecinos, siendo de coloración medio azu-

lada, lo que hace pensar que efectivamente se trata del bazo. Se pincha á éste con un trócar, y sale un líquido perfectamente transparente, en todo idéntico al de punción; sale más ó menos un litro y medio de dicho líquido; cuando la bolsa que contiene el líquido se ha hecho suficientemente blanda para permitir tomarla con pinzas, se hace esta maniobra: se tira hacia afuera y se incinde ampliamente para poder vaciar con rapidez y sacar la membrana quística; hecho esto último, se seca con gasas limpias la cavidad del quiste, y entonces puede verse bien que el tumor se ha reducido completamente, que sus paredes se han adosado la una á la otra, que el tumor efectivamente es del bazo y no de otro órgano, y por fin, se suturan los labios de la cavidad del quiste, comprendiendo la parte de parénquima del bazo que queda por encima de la membrana periquística, el peritoneo, y conjuntamente en otro plano, aponeurosis superior, músculos y piel.

El día 20, el enfermo ha tenido dos vómitos producidos por el cloroformo; la temperatura ha subido á 38°, el pulso está á 90 por minuto. El día 21 por la tarde la temperatura ha bajado á 37° 1/2, pulso 88, hay un poco de timpanismo abdominal, no hay dolor espontáneo, pero sí lo hay á una leve presión en ambas fosas ilíacas; el enfermo dice tener mucha sed, y entonces se le ordenó un enema de un litro de agua tibia.

La temperatura se ha mantenido durante doce

días, alta por la noche, alrededor de 38°, sin pasar esta cifra, habiendo bajado por la mañana á 37°. Desde hace dos días la temperatura ha descendido á la normal, han desaparecido todos los fenómenos del lado del vientre; ya al octavo día se sacaron los puntos y la cicatrización de la piel, se ha producido por primera intención.

Día 3 de Julio, conservándose la temperatura normal ha aparecido, sin embargo, una intensa urticaria, mareos y tendencias al vómito, un estado nauseoso sin haber verdaderos vómitos; el enfermo echa unas bocanadas de leche como si las regurgitara. En vista de esto se le observa con detención y se toma la temperatura á menudo; á las dos de la tarde la temperatura se conserva en 37°, lo mismo por la noche, el pulso es muy débil, hay 120 pulsaciones por minuto y el enfermo acusa un leve dolor en las fosas ilíacas de ambos lados.

El día 4, la urticaria tiene tendencias á desaparecer, y la temperatura es normal.

El día 5, la urticaria ha desaparecido por completo; el enfermo tiene bastante apetito, no hay temperatura.

Los días siguientes ha seguido bien, sin temperatura y sin nada de anormal; en el sitio que ocupaba el tumor hay ahora una zona timpánica debida al estómago que se ha ido á su lugar, el bazo está todavía un poco grande, pero el enfermo no acusa ninguna molestia.

El día 20, se le dió de alta perfectamente curado.

Historia Nº 2

Servicio del Dr. Güemes

Jefe de Clínica: Dr. Ibarguren

Sala 5ª — Cama Nº. 10

Judith Proverbio, cincuenta y seis años, italiana; hace quince años que está en este país, siete en el campo y ocho en esta ciudad; viuda lavandera.

Antecedentes hereditarios, sin importancia.

Antecedentes individuales: á los diez y seis años tuvo fiebre tifoidea, de la que curó completamente; se casó á los veinte y un años, tuvo cinco hijos todos sanos, partos normales; desde su fiebre tifoidea hasta hace dos años estuvo perfectamente bien, no experimentando el menor trastorno en la salud, según lo hace notar con insistencia. Pero en esta época (Septiembre del 94), fué atacada por una enfermedad del pulmón derecho, que se hallaba caracterizada por una puntada que se localizaba debajo del reborde costal derecho y al nivel de la línea axilar,

puntada sumamente dolorosa, que le mortificaba mucho al respirar; dolor también en la parte superior del pulmón derecho debajo, de la clavícula, por tos frecuente é intensa, por abundante expectoración, cuyo color según manifiesta la misma enferma era claro ; por fiebre y por delirio.

Fué tratada por cáusticos y medicamentos al interior, habiéndose restablecido completamente y pudiéndose levantar á los diez y siete días, aunque ya á los siete ó nueve días, había mejorado de una manera notable.

Uno ó dos meses antes de esta afección pulmonar, no puede fijar la época con seguridad, había sentido dolores pasajeros sumamente irregulares en su aparición y en forma de puntadas en la región del hipocondrio izquierdo, pero no les había dado importancia, hasta que el mismo facultativo que la atendió de su pulmón le hizo notar en la misma parte donde sintió los dolores, la existencia de un tumor que según datos de la enferma se hallaba debajo de la pared abdominal anterior, era pequeño, duro, del tamaño de una nuez y lo movía en diversas direcciones. Este tumor no le causaba grandes molestias, pero empezó á sentir desgano general, á la par que adelgazó de un modo notable en relación con lo que estaba antes.

El mes de Julio de este año (1897) la enferma empezó á sentir dolores más intensos en el hipocondrio, que se irradiaban hasta el epigastrio y de irregulares que eran antes se hicieron más constantes y

regulares, los dolores eran espontáneos apareciendo en forma de accesos que duraban quince minutos, al cabo de los cuales desaparecían dejando á la enferma como debilitada y desganada para todo. Los dolores se hicieron más intensos y más continuos, obligándola á guardar cama desde el doce de Julio, se acentuaban durante las fuertes inspiraciones y al hacer la enferma el menor movimiento en la cama, viéndose obligada á permanecer día y noche acostada sobre el tumor para experimentar algún alivio; no podía bajarse de la cama sin sentir desvanecimiento y una vez que lo intentó, cayó al suelo desvanecida, siendo llevada á la cama por su familia. Tenía muy poco apetito y marcada repugnancia para la carne y grasas; además estas sustancias exacerbaban sus dolores, no sucediendo así con los demás alimentos habituales: la enferma ha sido por lo general constipada aumentando esta últimamente hasta tener que recurrir al uso de purgantes, los que producían deyecciones caprinas; en este estado entró al hospital el 10 de Agosto. No tiene antecedentes alcohólicos ni específicos. Se mantiene en el mismo estado descrito, con grandes dolores, imposibilidad de caminar y con debilidad durante nueve días al cabo de los cuales siente una marcada mejoría hasta poder levantarse.

Estado actual.—Los dolores se han hecho más intensos y no le permiten levantarse; ahora se extienden hasta el hombro izquierdo y debajo de la clavícula del mismo lado y algunas veces este dolor se

presenta aislado del que siente en el hipocondrio. Por lo que se refiere al tumor ha ido aumentando paulatinamente hasta alcanzar el volumen que hoy tiene; no ha tedido vómitos; su constipación no ha alternado con diarreas, tampoco ha observado sangre en sus evacuaciones.

Examen objetivo. —Como la enferma presenta síntomas de una afección abdominal se principia el examen por esta región.

Inspección.—Marcado abovedamiento de la región del hipocondrio izquierdo, abovedamiento que se extiende hasta el epigastrio, de tal modo que el hueco de este nombre se halla borrado y reemplazado por una elevación bastante desarrollada, la parte inferior del tórax, es decir, las últimas costillas se encuentran levantadas y los espacios intercostales ligeramente elevados. Sin embargo, esta parte del tórax y del abdomen, al respirar se mueve con más amplitud que la simétrica del lado opuesto. Si se toma como punto de mira la parte más saliente del tumor, se observa que á cada respiración desciende algo, parece que se deslizara bajo la pared abdominal Existen dilataciones venosas más acentuadas en los flancos y, sobre todo, del lado izquierdo. La inspección demuestra que la superficie exterior del tumor es lisa, ó por lo menos no presenta abolladuras ó saliencias visibles.

En la parte posterior del abdomen se nota el mismo abovedamiento de la base del tórax, que señalamos en la parte anterior.

Medición.—Tratando de determinar por medio de la cinta métrica el tamaño de cada mitad del abdomen, se observa, colocando esa cinta atrás, al nivel de la apófisis espinosa de la primera vértebra lumbar y haciéndola pasar por delante, por la parte más saliente de la tumefacción, que da en conjunto un total de ochenta y tres centímetros, excediendo la mitad correspondiente al tumor sobre la opuesta, de un centímetro y medio.

Palpación.—Una palpación general del abdomen nos da que en el hipocondrio derecho se siente el borde del hígado, movible en cada movimiento respiratorio y que propasa del reborde costal, de dos traveses de dedo al nivel de la línea esternal y de un través de dedo en la parte paraesternal y mamilar.

En el hipocondrio izquierdo se palpa un tumor liso, regular, sin desigualdades al menos apreciables, resistente, de consistencia igual en todas sus partes, que no se puede mover por medio de la mano, y que ocupa la posición señalada hasta el epigastrio, donde se detiene á un centímetro de la línea media. Desciende el borde del tumor casi verticalmente y va encurvándose para hacerse horizontal, pasando entonces por una recta que estaría á un través de dedo de una línea que pasará por el ombligo. Por atrás produce una sensación difusa, pero los movimientos que se le comunican, con una mano colocada debajo de la región lumbar, hace mover el tumor de modo que se transmite á la otra mano colocada en la parte anterior: es un movimiento en masa, de ninguna

manera lo que se designa bajo el nombre de sensación de peloteo. Los movimientos respiratorios hacen descender ligeramente el tumor, cuyos bordes romos se sienten deslizar, aunque en muy poca extensión, bajo la mano que palpa.

La palpación profunda es dolorosa al nivel del tumor, tanto por delante como por detrás, en la región lumbar. No se sienten ni latidos, ni frotes, como tampoco fluctuación verdadera ni *fremisement* hidático. No hay edema de la pared. Haciendo contraer fuertemente las paredes abdominales de la enferma obligándola á sentarse en la cama, al mismo tiempo que se impide este movimiento apoyando una mano sobre su hombro, no puede palparse más el tumor, lo que nos indica que está colocado en la cavidad.

Percusión.—El límite percutorio coincide con el qùe nos da la palpación; la matitez nos da una línea que comienza á un través de dedo á la izquierda de la línea media y á dos centímetros por debajo del apéndice xifoides; de allí se dirige perpendicularmente hacia abajo en la extensión de siete centímetros, encurvándose paulatinamente hacia afuera hasta hacerse horizontal al nivel del ombligo; la matitez hacia atrás se confunde con la del riñón y la masa sacrolumbar; el límite superior entre la línea media y la mamilar, se confunde con la matitez que da el corazón, hacia atrás entre la punta del corazón que está al nivel de la cuarta costilla sobre la línea mamilar y la columna vertebral, es una línea casi horizon-

tal, un poco cóncava hacia arriba, que termina al nivel de la novena apófisis espinosa dorsal.

A la auscultación no se oyen frotes, pero sí los latidos trasmitidos del corazón en casi toda la superficie del tumor.

Se ha hecho un examen prolijo del aparato circulatorio, pulmones, hígado, aparato digestivo, órganos sexuales y sistema nervioso, sin encontrar síntomas dignos de mención.

Octubre 21.—Han aumentado los dolores, tanto en el epigastrio como en la parte superior del pulmón izquierdo, en el hombro del mismo lado y en el bazo.

La temperatura, que hasta hoy era normal, ha subido á 38° por la tarde.

Día 27 de Octubre.—Hecho el diagnóstico de quiste hidático del bazo, se practica este mismo día la operación por el Dr. Gandolfo. Anestesiada la enferma por el éter y hecha la antisepsia conveniente se practica una incisión como de diez centímetros, á dos traveses de dedo por debajo y paralela al reborde costal, partiendo á un través de dedo hacia afuera y á la izquierda de la línea media. Incindidas las diferentes capas hasta el peritoneo inclusive, se cae sobre el tumor adherido sólidamente á la pared y órganos vecinos; confirmada la naturaleza y posición del tumor se incinde y vacía, marsupializando sus bordes á la pared, se extraen las membranas quísticas, se lava la cavidad, se colocan dos tubos de drenage, se sutura una gran parte de la

abertura, dejando sólo lo suficiente para el paso de los tubos, se hace una curación común con gasa y algodón.

Al día siguiente la temperatura y el pulso subieron á 38°1/2 y 88 respectivamente; al tercer día la temperatura bajó á la normal, manteniéndose así hasta el día de salida de la enferma del hospital perfectamente curada, el 31 de Diciembre de 1897.

Historia Nº 3

Servicio del Dr. G. N. Chaves

Jefe de Clínica: Dr. Allende

Sala 8ª — Cama Nº. 1

F. C., italiano, de cincuenta y siete años de edad, casado, jornalero, entró en el Hospital de Clínicas el 26 de Abril de 1898.

Antecedentes hereditarios, sin importancia.

Antecedentes individuales, ídem.

Hace cuatro meses apercibió un tumor en el flanco izquierdo, por debajo del reborde costal, próximo á la línea media, doloroso á la presión y espontáneamente, pequeño al principio, ha ido creciendo desde entonces, paulatinamente, según el enfermo. Los dolores nunca han sido muy fuertes, sino más bien una vaga sensación dolorosa. Casi al mismo tiempo dice que notó edema de los miembros inferiores.

No refiere ninguna perturbación en el resto de su

organismo; no ha tenido vómitos ni diarreas. En estos últimos tiempos ha perdido bastante el apetito y ha adelgazado notablemente.

Estado actual.—Siendo el tumor lo que llama más nuestra atención, se empieza el examen por él.

A la inspección se ve la base del tórax ensanchada, en tonel, con una saliencia fácil de constatar, situada á cuatro traveses de dedo por debajo del reborde costal, sobre la línea para-esternal izquierda; durante las inspiraciones normales y aún en las profundas, el tumor no se desplaza, sólo se levanta de abajo hacia arriba estando el enfermo acostado.

A la palpación, aplicando la mano de plano sobre la salida mencionada anteriormente, presenta una superficie regular que sin ser blanda se deja deprimir bastante, conservando las huellas de los dedos; esta saliencia, que es del tamaño de una pequeña naranja, se continúa con un tumor que ocupa todo el hipocondrio izquierdo, que presenta los mismos caracteres que la saliencia descrita, la cual no parece sino ser la parte prominente del gran tumor; éste es fácilmente limitable á la palpación, sobre todo en su límite inferior, que es redondeado y liso; no permitiendo, sin embargo, levantarlo, encontrándose al nivel de una línea transversal que pasa por las dos espinas ilíacas anteriores y superiores. Por la parte interna en la porción inferior, el tumor alcanza hasta la línea media, ó algunos centímetros por debajo del ombligo y su límite interno puede marcarse con una línea que parta de este punto y vaya á interceptar el

reborde costal á cuatro traveses de dedo á la izquierda de la línea media, este lado del tumor presenta una escotadura bien marcada á dos traveses de dedo por debajo del reborde costal. Todo el tumor en conjunto se desplaza en sentido transversal de uno y otro lado, con movimiento limitado, pero no sucede lo mismo si se trata de hacerlo mover de abajo hacia arriba y viceversa. Es poco doloroso á la presión, aunque ésta sea intensa.

Percusión.—La percusión nos da en general una forma oval con sus dos extremidades, la más ancha hacia arrriba y el vértice hacia abajo, teniendo una extensión de veinte y seis centímetros en sentido vertical y no pudiendo medir la longitud transversal, por confundirse la matitez hacia atrás con la que da la masa sacro-lumbar.

Su límite superior lo da una línea transversal que vaya del sexto espacio intercostal en la línea mamilar á la undécima apófisis espinosa dorsal; el nivel inferior lo da una línea transversal que pase por ambas espinas ilíacas anteriores y superiores. El límite anterior lo da una curva á concavidad dirigida hacia el tumor que pasa ó dos traveses de dedo á la izquierda de la línea media y presenta una escotadura á dos traveses de dedo del reborde costal.

Por detrás no puede percutirse línea alguna, por confundirse la matitez que da el tumor con la que también da la masa sacro-lumbar. Es digno de notarse que la matitez no es absoluta en toda la extensión del tumor y que varía de un día á otro;

en efecto, en la porción infero-externa del tumor, en una extensión de cuatro traveses de dedo puede percutirse algunos momentos, obteniendo un sonido timpánico y otros submatiteces y nunca matitez absoluta: También debo hacer notar que una vez se consiguió sentir borborigmos en esta zona, sin que se volviera á percibir este síntoma en otras ocasiones.

Auscultación.—En toda la extensión del tumor pueden sentirse los latidos transmitidos del corazón. No hay frotes.

Aparato circulatorio.—Corazón, tonos débiles algo alejados, no se encuentra nada que dé lugar á pensar en una lesión valvular.

El corazón apoya por su cara inferior sobre el tumor, pero no está desplazado.

Vasos.—Aorta un poco grande, arterias duras, signos visibles de arterio-esclerosis generalizada, ochenta y cinco pulsaciones por minuto, pulso duro, regular, de buena tensión.

Pulmones.—Congestión en ambas bases, más en la izquierda, que está un poco rechazada hacia arriba por el tumor, hay rales húmedos en abundancia en casi toda la superficie pulmonar.

Hígado.—A la inspección, el hipocondrio derecho se ve algo abovedado. A la palpación, se siente á cinco traveses de dedo en la línea mamilar, el borde cortante y regular del hígado muy poco doloroso; puede levantarse el borde del hígado con la punta de los dedos, está reducido á una lengüeta

ancha y delgada, se puede limitar todo el borde inferior por medio de la palpación desde el reborde costal en la línea axilar anterior derecha hasta el ombligo, allí puede sentirse la gran escotadura del hígado que parece que estuviera á caballo del ligamento umbilical. Su cara superior es lisa en toda su extensión.

Percusión—El límite superior está en el cuarto espacio intercostal, en la línea mamilar y sobre la quinta costilla en la axilar anterior.

Riñones.—No son palpables. Se han hecho varios análisis de orina; he aquí los resultados:

Mayo 3—900 gramos, roja, ligeramente turbia, ácida, 1021 de densidad. 13,25 °/₀₀ de úrea, 12 °/₀₀ de cloruros, 2,80 °/₀₀ de fosfatos, no hay albúmina ni glucosa, ni pigmentos biliares, ni indican.

Mayo 10—700 gramos, amarillo ámbar, transparente, ácida, 1011 de densidad 9.72 °/₀₀ de úrea, 2,50 °/₀₀ de cloruros, 4,50 °/₀₀ de fosfatos. No hay otros elementos.

Junio 15—1.000 gramos, rojo obscura, transparente, ácida, 1021 de densidad, 17,28 °/₀₀ de úrea, 8,50 °/₀₀ de cloruros, 4,50 °/₀₀ de fosfatos, no hay otros elementos.

Análisis microscópico.—Sedimentos. Células epiteliales, leucocitos hematies en poca cantidad, uno que otro cristal de oxalato de cal, cilindros granulosos. Cistomonas urinarias.

Junio 20—En vista de que la orina es bastante roja, se hace otro análisis microscópico, que da un

resultado negativo; tampoco puede constatarse la existencia de hemoglobina.

Se hizo también un análisis de la sangre, que dió el siguiente resultado: glóbulos rojos 2.900.000; blancos, 157.575.

Nunca ha habido temperatura.

Los primeros días de Julio, el Dr. Chaves da una conferencia á la cabecera del enfermo y en vista de todos los caracteres expuestos y sobre todo teniendo en cuenta que el tumor es depresible y que conserva las huellas de los dedos, que es timpánico, que es indoloro, etc., establece su diagnóstico de *tumor fecal*, producido quizás por un neoplasma intestinal, siendo su sitio el codo izquierdo del colon.

Separa también los demás síntomas que encuentra en el enfermo, como ser el edema, el estado de los pulmones y del corazón, imputándolos á la arterio-esclerosis.

Somete al enfermo á un tratamiento adecuado; enemas de aceite y agua fría, masage del vientre y del tumor, etc., pero sin resultado hasta el día 26 de Julio, que se resuelve operar el enfermo.

Operación.—Previa anestesia clorofórmica y antisepsia rigurosa de la región, el Dr. Posadas, que es el operador, practica una incisión longitudinal en el lado izquierdo sobre el tumor, que empieza a dos traveses de dedo del reborde costal en la línea mamilar, y termina doce centímetros más abajo, después de cortar la piel, la aponeurosis superficial, los músculos y las aponeurosis profundas, se llega

al peritoneo parietal, se incinde éste, é inmediatamente sale un poco de líquido amarillento que se constata ser de naturaleza seroso, retenido y enquistado entre las trabéculas de adherencias inflamatorias múltiples que fijan el tumor á la pared; se desprenden en seguida estas adherencias y se llega sobre una ansa intestinal que cubre al tumor; también esta ansa está adherida á la cara superior del tumor; separando á ésta hacia adentro, que resulta ser el codo izquierdo del colon, se descubre el tumor y se constata que se trata del bazo, que está enormemente agrandado, con una escotadura profunda entre dos lóbulos muy salientes del mismo, sobre todo el superior, que es el que se ha descrito en la palpación; la coloración es más ó menos normal, pero lo que llama mucho la atención es la particularidad de ser depresible y de conservar la señal del dedo que lo deprime, por algunos instantes, tal cual como sucede en el edema, pero borrándose en menos tiempo que en éste, más ó menos medio minuto.

Explorado el tumor en todos sentidos, sólo es accesible completamente por su cara interna, pues las demás presentan múltiples y resistentes adherencias, sobre todo la cara externa que está en relación con la pared abdominal, también está adherido á los intestinos y al riñón del mismo lado; de este modo la exploración completa es imposible, y lo que es peor es que también se hace imposible la extirpación del tumor.

En vista de esto, se resuelve cerar el vientre nuevamente, y así se hizo dejando las cosas como estaban, sin avanzar en una operación que no traería ningún beneficio al enfermo.

Los días siguientes tuvo una pequeña elevación de temperatura, que desapareció con un purgante; el décimo día se sacan los puntos de sutura creyendo que estuviera cicatrizada la incisión, como acontece generalmente, y la herida vuelve á abrirse; se procede á una nueva sutura y la cicatrización se hace á pesar del contratiempo por primera intención. A los 20 días de operado el enfermo dice que está como antes, pero su estado general ha empeorado notablemente.

Por fin, el día 7 de Agosto, presenta ideas de persecución, su estado mental es tal que obliga al jefe de clínica á dar orden á que se le traslade al manicomio. Allí lo he visto dos veces; su estado general ha seguido empeorando; el enfermo está en caquexia, lo que hace presumir un próximo fin; allí se le ha hecho por los especialistas el diagnóstico de demencia senil

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Servicio del Dr. Gandolfo

Jefe de Clínicas: Dr. Palma

Sala 1ª.—Cama 23

ANTECEDENTES.—Constantino Bujallo, de 27 años de edad. En el mes de Agosto de 1887, tuvo una crisis dolorosa que duró ocho días; los dolores eran semejantes á cólicos intestinales. No coincidió con esta crisis ni retención de orina, ni coloración alguna de la piel, ni vómitos, ni fiebre. En Enero del corriente año se repitió la crisis en la misma forma y tuvo la misma duración. Por este tiempo se apercibió de la existencia de un tumor en el vientre, tumor que él dice palpaba perfectamente.

En el momento de entrar al hospital el enfermo tiene un buen estado general y sin quejarse de molestia alguna, pide que se le opere de ese tumor que lleva en el vientre.

El tumor ocupa la región anterolateral izquierda

del abdomen. Sus límites percutorios son los siguientes: por la derecha la línea media; por la izquierda la línea axilar posterior; por arriba una curva que sale del apéndice xifoides de convexidad superior que se dirige á reunirse con la línea axilar postérior á la altura de la 6ª costilla; por debajo otra línea curva á convexidad inferior que llegando casi hasta el ombligo una la línea media con la axilar posterior. El tumor es bastante consistente, no da fluctuación, ni frémito, á veces, parece sentirse una vaga sensación de renitencia. Es completamente indoloro, tanto á la presión como espontáneamente.

El apetito, el sueño y demás funciones fisiológicos del enfermo son normales. El tumor no parece afectar, pues, el estado general.

Se hace diagnóstico de quiste hidático y se interviene.

Laparotomía, bajo cloroformo, el 11 de Abril de 1898. No se encuentra el quiste, sino un tumor duro de naturaleza al parecer maligna, que se atribuye al lóbulo izquierdo del hígado. Se cierra el vientre sin extraerlo.

En el mes de Mayo se vuelve á examinar el enfermo. La situación ha cambiado totalmente. El estado general es muy malo; no hay apetito, enflaquecimiento muy pronunciado, hay insomnio nocturno, por el dolor intenso que el enfermo siente, dolor que se localiza en la región del tumor.

Al examen del vientre se presenta al tumor ocu-

pando siempre la misma posición; ha aumentado de volumen y se ha desarrollado una ascitis abundante. El tumor de consistencia dura, pelotea en líquido ascitico.

Se hace diagnóstico de *sarcoma del bazo*, y se procede á una nueva laparotomía, que debió concluir por una esplenectomia, pero que terminó cerrando el vientre sin sacar nada porque la masa informe constituída por el tumor, estaba sumamente adherida á las ansas intestinales. Salió gran cantidad de líquido.

Después de la operación, la demacración, la anorexia, los dolores que motivaban insomnio y el tamaño del tumor fueron en aumento, conjuntamente con el desarrollo de una nueva cantidad de líquido ascítico, y el enfermo murió en caquexia el 6 de Junio de 1898.

Resultado de la autopsia

Diagnóstico anatómico.—Edema y enfisema pulmonar. Esclerosis del corazón. Sarcoma ulcerado de los ganglios mesentéricos. Congestión renal.—Mal estado de nutrición. Poco panículo adiposo. Rigidez cadavérica desaparecida. Esqueleto bien conformado. En la línea media abdominal, en la región umbilical existe una abertura oval que se continúa en sus extremos por una cicatriz de cerca de diez centímetros de largo.

Tórax.—El pulmón derecho presenta un color pálido y grisáceo en su borde anterior, donde las vesículas pulmonares están muy distendidas. En su parte posterior la coloración es más obscura.

De la superficie de corte sale gran cantidad de líquido seroso mezclado con burbujas de gas y poco líquido sanguinolento.

El pulmón izquierdo presenta lesiones semejantes, aunque al corte sale menos líquido seroso.

Corazón.—Está muy disminuído de volumen. Las arterias coronarias están flexuosas; las cavidades contienen escasos coágulos fibrinocruóricos.

Abdomen.—Al incindir la pared abdominal se abre una vasta cavidad situada en el flanco izquierdo, de la que sale un líquido obscuro en el que hay en suspensión granos de color grisáceo y de diferente tamaño. Esta cavidad presenta sus paredes fuertemente adheridas á la pared abdominal y á las ansas intestinales rechazadas hacia la derecha; está muy adelgazado en su parte anterior y externa, siendo la posterior é interna constituída por el mesenterio fuertemente engrosado; seccionando esta parte de la pared se ve que está constituída por zonas de un tejido blanquizco, de superficie lisa, de consistencia dura, que alternan con otras de consistencia más blanca y por un tejido más friable que se disgrega con más facilidad. Los ganglios mesentéricos están en su mayor parte comprendidos en el espesor de la pared y los que se encuentran libres están aumentados de volumen y en algunos se ob-

serva la misma substancia blanca que existe en el espesor del mesenterio.

Riñones.—El derecho aumentado de volumen, La cápsula se desprende con facilidad. En la superficie se ven los vasos venosos muy inyectados. En la substancia cortical se ven estrías y puntos rojizos de los que emana líquido sanguinolento al hacer una ligera presión.

Antes de terminar, quiero manifestar mi profundo cariño y respeto por la Escuela de Medicina, de la que me enorgullezco de haber sido discípulo.

Siéndome altamente satisfactorio poder manifestar la expresión más fiel de mis sentimientos; mi profunda gratitud hacia mis distinguidos profesores doctores A. C. Gandolfo y G. N. Chaves, por sus sabias lecciones y pruebas de estimación, y con más razón hacia el Dr. L. Güemes que me hace el alto honor de acompañarme en este acto.

Paulino N. Pagliere.

Octubre 4 de 1898.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Los quistes hidáticos del bazo, para poder abrirse espontáneamente en la cavidad pleural, es necesario que sean supurados.

II

Antes de la anestesia clorofórmica sería conveniente practicar al enfermo, pulverizaciones de cocaina en las fosas nasales.

III

El sondaje de la vejiga antes de las operaciones de vientre y sobre todo de la pelvis, debe ser una regla.

Buenos Aires, Octubre 5 de 1898.

Nómbrase á los señores: Académico Dr. Roberto Wernicke, Profesor titular Dr. Francisco A. Sicardi y Profesor suplente Dr. Ignacio Allende para que, constituídos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña.

Buenos Aires, Octubre 11 de 1898.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motico de la tesis presentada por el ex alumno Paulino N. Pagliere:

"En el local de la Facultad, á 11 de Octubre de 1898, reunidos los que subscriben, encargados de dictaminar respecto de la tesis presentada por el ex alumno Paulino N. Pagliere, que versa sobre "Contribución al estudio de los Tumores del bazo", resolvieron admitirla.

Con lo que terminó el acto.—(Firmados): *Roberto Wernicke.—Francisco Sicardi.—Ignacio Allende. —Zenón Aguilar.*"

Luis M. Acuña.

Entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña.