3035

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE MEDICINA

TUMORES DIVERTICULARES

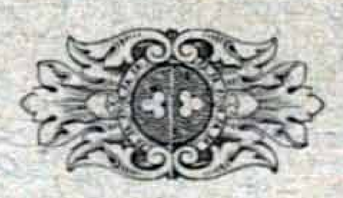
TESIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICANOR MAGNANINI

Jefe de Clínica Quirúrgica y ex-praticante del Patronato de la Infancia.
Médico del Departamento de Higiene.
Cirujano del Ejército.



BUENOS AIRES

87734 — IMPRENTA, LITOGRAFÍA Y ENCUADERNACIÓN DE JACOBO PEUSER
Calle San Martín 200, esquina Cangallo

1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE MEDICINA

TUMORES DIVERTICULARES

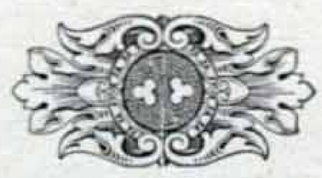
TESIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICANOR MAGNANINI

Jefe de Clínica Quirúrgica y ex-praticante del Patronato de la Infancia.
Médico del Departamento de Higiene.
Cirujano del Ejército.



BUENOS AIRES

87734 — IMPRENTA, LITOGRAFÍA Y ENCUADERNACIÓN DE JACOBO PEUSER
Calle San Martín 200, esquina Cangallo

1898

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

(Artículo 162 del Reglamento de la Facultad.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DOCTOR D. ENRIQUE E. DEL ARCA.

Vice-Decano

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.

Secretario Titular

DOCTOR D. LUIS M. ACUÑA.

Pro Secretario

DOCTOR D. ZENÓN AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	Catedráticos titulares	
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naón.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histología (teórico-práctica)	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado.
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa	»	Obdulio Hernández.
Patología interna	»	José Penna.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos G. Malbrán.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos Clínica oftalmológica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y su Clínica	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Antonio C. Gandolfo. Julián Aguilar. Alejandro Castro.
Clínica Médica	Dres.	Gregorio N. Chaves. Luis Güemes. Abel Ayerza. Francisco A. Sicardi.
Obstetricia y su Clínica	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Eduardo M. Pérez.
Enfermedades genito-urinarias	»	Federico Texo.
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata.
Química analítica	»	Atanasio Quiroga.
Física médica	»	Jaime R. Costa.
Zoología médica	»	Eliseo Cantón.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica médica	»	Martín Spuch.
Botánica farmacéutica	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.
Dentistería operatoria	»	León Pereira.

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	Catedráticos sustitutos	
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez.
Histología teórica-práctica	»	Samuel de Madrid.
Fisiología general y humana		Pedro J. Coronado.
Higiene pública y privada	Dres.	Enrique Revilla.
		Ricardo Schatz.
Patología general y ejercicios clínicos	Doctor	Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	Enrique E. del Arca.
		Angel M. Centeno.
Patología externa	Dres.	Pascual Palma.
		Daniel J. Cranwell.
Patología interna	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	»	José Badía.
Medicina operatoria	»	Alejandro Posadas.
Enfermedades de Mujeres y su Clínica Ginecológica.	Dres.	Alfredo Lagarde.
		José F. Molinari.
Enfermedades de niños y su Clínica Pediátrica.	»	Facundo Larguía.
		Antonio F. Piñero.
Enfermedades de los ojos y su Clínica Oftalmológica	»	Francisco Barraza.
		Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica respectiva	»	José A. Esteves.
		José R. Semprum.
Enfermedades mentales y su Clínica	Doctor	Benjamín T. Solari.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo.
		Diógenes Decoud.
Clínica médica	»	Julio Méndez.
		Ignacio Allende.
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor	Luis F. Vila.
Física médica	»	Vacante.
Medicina legal y Toxicología	Dres.	F. de Veyga.
		Domingo Cavia.
Química aplicada á la Medicina		Vacante.
Farmacia práctica		Vacante.
Laringología, otología, rinología	Doctor	Wenceslao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera.
Odontología	»	Leon Pereyra.
Botánica farmacéutica	»	Roberto S. Kolbe.

PADRINO DE TESIS

Académico Doctor Manuel Blancas

A mis padres

Y Á LOS QUE LES PERTENEZCO

QUE SEPA QUE RECIBÍS CON CARIÑO ESTE MI HUMILDE TRABAJO Y CON ALEGRÍA ME LES SUBYUGARÉ UNA VEZ MÁS

Breve y conciso son dos palabras que he tenido constantemente presentes en mi tésis, tratando por lo tanto de alejar las ideas poéticas y literarias, que tan mal encuadran en un trabajo científico y sobre todo concebido y redactado, por un cerebro, tan poco avezado á estos lujos de refinamientos intelectuales.

Con timidez, presento á la Facultad de Medicina, esta mi tésis inaugural, esperando de la benevolencia de los señores Académicos y Profesores, quieran excusar las deficiencias y errores que contenga. Pero al mismo tiempo, en ella deposito mi orgullo, porque representa el fruto de mi trabajo personal, el resultado de mis estudios y el constante y asíduo acompañar á mis queridos Maestros.

Con la sinceridad más grande, agradezco á la Facultad y á los señores Profesores el haberme conducido hasta el término de mi carrera. Hay entre ellos algunos que á más de maestros han sido mis amigos y jefes, que me han dispensado su cariño como subalterno y que como alumno he recibido su enseñanza.

Los doctores Wernicke, Obejero, Gandolfo, Lagleyze, Molinari y Masson, han sido mis jefes ; á todos ellos agradezco nuevamente y con respeto el trabajo que por mi se han dado y las deferencias de que por su parte he sido objeto.

A los doctores Blancas, Naon, Malbrán, Chaves, Bazterrica y Sicardi, como profesores, que desde la cátedra con su elocuencia y saber, me han dado tantos conocimientos y que, con sus maneras bondadosas se han hecho acreedores á mi constante agradecimiento, les debo también mis efusivos reconocimientos.

Sería agrandar demasiado la lista el seguir así, nombrando á tantos otros que ya como maestros, ya como jefes y ya como amigos, tienen también derecho á mi sincero agradecimiento.

Una palabra ahora, pues ingrato sería si así no lo hiciera, de recuerdo, para mi profesor de anatomía topográfica, aquel viejito simpático y austero que con tanta dedicación nos dictaba su clase: el doctor Mauricio González Catán.

Ayer, todavía era estudiante; de ayer no más, es el recuerdo que por él tengo.

Me llega ahora un momento de perplejidad... quiero agradecer aquí, públicamente, todas las distinciones, honores y amabilidades de que he sido objeto por parte de mi querido maestro, el doctor Alejandro Posadas. Es un momento de perplejidad, porque no sé de qué medios valerme, para que no resulten pálidos mis conceptos elogiosos. Tal vez mejor haría en callar, porque por lo general, estas declaraciones se toman por elucubraciones de un artículo, harto rico en indulgencias. Pero no, con la mayor convicción del cumplimiento de

mi deber, dejo á mi sinceridad el grato encargo de recordar aquí al jefe sabio, probo y caballero.

Desde los albores de mi práctica hospitalaria, condujo con suavidad y paciencia mis estudios y mis trabajos. Su lujo de ciencia y erudición, sus hábitos de constante labor y sus maneras afables influyeron tanto, desde un principio sobre mi carácter, que al poco tiempo era su adepto, su discípulo y amigo. Y es, siguiendo sus pasos y tratando de imitarlo á la medida de mis alcances, que hoy puedo con orgullo, bien altanero, ser su jefe de Clínica.

Educado en tan sabios principios, es como entro á la arena de la lucha sin ilusiones de ninguna especie. Sé perfectamente cuales serán mis únicas alegrías, mis únicas satisfacciones en el ejercicio ingrato de nuestra profesión. Sé perfectamente con cuánta injusticia y con cuánta ligereza juzga el mundo nuestras acciones y nuestro ministerio, con la facilidad con que echa por tierra una reputación, con el aplomo con que flajela del modo más natural, un acto, no comprendido en su grande, pero soberbia ignorancia.

Ridículo sería querer negar que nuestra profesión cuenta con adeptos indignos, individuos sin conciencia y sin pundonor, víctimas de la codicia y de la pillería. ¿Qué hay de extraño? Nuestra religión nos enseña que en la corte del cielo hubo ángeles rebeldes.

Pero no por eso el mundo debe vituperarnos; cumplimos con nuestro deber. Si nuestra ciencia no es más vasta, no es por mezquindad de esfuerzos; y si cometemos errores, « errare humanum est ».

Contra esos espíritus ligeros que con tan poca indul-

gencia nos juzgan, no pido que les caiga el anatema encima... no! Creo que imitar el ejemplo de los sabios maestros, es lo mejor: abnegación, constancia y labor.

Termino: no sin tristeza pongo punto á este agradable trabajo, pues representa el último peldaño de mi vida estudiantil, tan llena de encantos, como toda época de tutelaje, ejercido por seres queridos y paternales como han sido mis maestros y rodeado de los compañeros de estudio, amigos sinceros, corazones juveniles que mitigaron muchas veces mis horas de sinsabor y amargura... ¡Que las amarguras que tenga en mi carrera de médico sean tan grandes, como las de estudiante!

I

Ví por primera vez estos tumores umbilicales, que van á ser el objeto de este estudio, al cursar mi cuarto año de estudios en la Facultad de Medicina. En esa época era practicante del Patronato de la Infancia y asistía como agregado á la Sala de niños — cirugía — del Hospital de Clínicas. Servicios los dos á cargo del doctor Alejandro Posadas.

Superficialmente los estudié entonces. En los albores de la práctica todo llama igualmente la atención, sin distinguir muchas veces lo importante.

El doctor Posadas me habló de ellos, haciéndome notar que podrían ser muy bien el objeto de un estudio interesante, pero desgraciadamente no pensé ni remotamente, en que esto sería el tema de mi tésis inaugural. Recuerdo que varios niños fueron operados pero ignoro el fin que habrán llevado los tumores extirpados. Seguramente podría hoy, si así no hubiera sido, presentar veinte ó más observaciones en vez de siete.

Los que presento datan desde el mes de Julio del año próximo pasado, en el cual me decidí á escribir sobre este punto de la Patología Infantil.

No puedo, pues, con tan escasos datos, establecer nada respecto á su frecuencia, inclinándome, sin embargo,

á creer que son tumores que bien pueden llamarse comunes.

Conozco médicos especialistas en niños, que en muchos años de práctica, no han visto una sola vez estos tumores; pero estoy convencido que muchos de los niños que han pasado por sus manos eran portadores de adenomas. Las razones para que hayan pasado desapercibidos, creo que son muy obvias, siendo á mi juicio la principal de ellas la que, puesto que estos tumores son consecutivos á la caída del cordón, nada más natural suponer que, al ser llevados al clínico médico por una causa cualquiera — una bronquitis por ejemplo — no haya tenido la madre en cuenta su afección umbilical, creyendo que solo se tratase de una cicatrización lenta ó una pequeña inflamación. Así probablemente será, pues siempre que he visto uno de estos tumores, había sido ya curado por la partera ó el boticario, opinando éstos que, con polvos de licopodio ó de sub-nitrato de bismuto, el botoncito umbilical desaparecería bien pronto.

Insisto, pues, en creer que los polvos secantes, las pequeñas proporciones del tumor, su ubicación á sitio tan anfractuoso y el hecho de notarse después de la caída del cordón, sean las causas por las cuales la mayor parte de las veces pasen desapercibidos.

Su historia es breve y se remonta al año 1834 en que Dugés — que parece ser el primero que los describió — habla de ellos en su Diccionario de Medicina, dándoles el nombre de *fungus umbilicales de los recién nacidos.*

Nelatón en su Patología externa, les dedica un interesante capítulo (1857).

Después del año 1860 se publicaron en Inglaterra artículos de Condée, Cooper Jorster y Holmes. Más tarde Virchow, en Alemania, hace un trabajo sobre estos tumores, distinguiendo: 1º el *granuloma* y 2º una variedad que clasifica entre los nevus.

Pero es indiscutible que uno de los mejores estudios sobre este punto se lo debemos á Küstner, quien en 1877 les da el nombre de *adenomas*, por haberles encontrado unas glándulas tubulosas como las del intestino.

Fischer en 1871 y 1874 y Kolaczeck en 1876, publican artículos sobre estos tumores.

También Feré en 1879 describe las fungosidades del ombligo en los recién nacidos, y más tarde Johann Steiner (1880), Descroizilles (1884) y Ed. Owen (1885) hablan sobre este punto.

Lannelongue en colaboración con Fremont, les consagran un artículo en 1884, en los «Archives de Medecine».

Después de ésto tenemos que asociar á este estudio los nombres de Tillaux, Villar, Tillmanns, Duplay et Reclus en su tratado de Cirugía, Bryant, Demarquay y por fin, Gross, Romer et Vautrin.

Es á Tillaux á quien le debemos uno de los más bien meditados artículos, tal vez, en su «Traité de Chirurgie Clinique» y es él quien, como veremos más tarde, puede que con razón, pide se le llamen *tumores diverticulares del ombligo*.

Siempre me ha llamado la atención que los autores pasen tan por encima estos tumores, que si bien en sí no tienen peligro y que tratados por medios tan sencillos como la simple extirpación con tijera ó con termo-cauterio, pueden, como dejo dicho más arriba, ser de consecuencias graves al no intervenir como es debido. Por otra parte, su anatomía-potológica es bastante interesante.

Tillaux, en su « Traité de Chirurgie Clinique », 3me edition, T. II, 1894, y Koenig — Edición Francesa, T. II. 1889, son los autores de los que he podido consultar, que más hablan.

Tillaux, por ejemplo, empieza diciendo que no se detendrá mucho en los tumores del ombligo porque á más de ser poco frecuentes, se observan muy raramente, á que insistir por lo tanto sobre estos tumores que no se diferencian más que por su implantación, de los de las otras regiones de la economía?

Pasa en seguida á describir los únicos que cree necesarios, que són: el *granuloma,* el *tumor diverticular* y el *epitelioma primitivo del ombligo.*

Entre el granuloma, dice, que aparece pocos días después de la caida del cordón en la cicatriz umbilical, que es rojo brillante, húmedo pediculado, no doloroso y fastidioso solo por la secreción continua purulenta y aún á veces sanguinolenta. Volumen variable, desde el tamaño de una alberja hasta el de una nuez.

Aconseja como tratamiento aplicar sobre la superficie un poco de alumbre en polvo. Si persiste ligarlo en su

base con seda fenicada y dejarlo necrosar y caer. Si es sesil destruirlo con cauterizaciones ó con tijeras curvas.

Tumor diverticular del ombligo.—Dice que se encuentran á veces en el ombligo tumores que por sus caracteres clínicos se asemejan en un todo con los granulomas, pero que, en estos últimos tiempos, se ha visto que difieren en su estructura. Se encuentran en su tejido lo mismo que en el intestino las túnicas mucosa y muscular, así como también glándulas tubulosas. Küstner, debido á la predominancia de éstas, les dió el nombre de *adenomas*. Tillaux, con razón dice, que tal expresión le parece impropia, pues nosotros en clínica, llamamos adenoma á otra clase de tumores.

Explica en seguida la formación de estos tumores, dando como causa la presencia al nivel del ombligo de un divertículo intestinal constituido por un vestigio de canal onfalo-mesentérico. Con justa razón Tillaux agrega que prefiere en vista de esta patogenia, el nombre de tumor diverticular.

Como tratamiento aconseja la ablación, pues no le dán resultado los medios simples.

Más adelante habla del *epitelioma del ombligo,* y describe un caso que creo no nos interesa, pues si bien se trata de un tumor que el autor le dá un origen diverticular y que lo prueba el examen histológico practicado por M. Cornil; es en una mujer de cuarenta años.

Koenig, habla de los tumores de la región en general y añade que « hay también pequeños tumores de granulación que se desarrollan á veces después de la caída del cordón y que no tienen gran importancia ».

Se extiende bastante en las fístulas extercorales y en las perturbaciones que resultan de la no obliteración del conducto onfalo-mesentérico. Al tratar este punto dice que cuando el conducto onfalo-mesentérico se ha obliterado del lado del intestino á una distancia variable de este último, pero que haya quedado abierto del lado del ombligo, se observa habitualmente al nivel del orificio umbilical un rodete de volumen variable de un rojo vivo formado por una capa superficial mucosa (glándulas de LIEBERKUHN) y de una capa profunda (túnica muscular.)

Duplay y Reclus, T. VI, Edición francesa, 1892, página 337. Es más extenso que Koenig y aún mucho más claro en su descripción.

Trae una parte histórica bastante completa, desde Duges, que parece ser el primero que los ha descrito bajo el nombre de fungus umbilicales de los recién nacidos, hasta los trabajos de Descroizilles en su Patología Infantil (1884), Ed. Owen, 1885 (1) y el trabajo de Lannelonge y Fremont, publicado en Enero de 1884 en los Archivos de Medicina.

Hacen después la descripción sintomatológica de regla, en la cual todos los autores están acordes y se extienden después en algunas consideraciones anatomopatológicas.

Dividen estos tumores en dos especies: los adenomas y los granulomas.

Del adenoma solo dicen que ha sido observado por

(1) En 1895 se ha publicado una edición francesa de Ed. Owen, de la que más adelante haré mención.

Kustner, en 1877 y por Kolaczek en 1876, describiendo como una variedad de teratoma intestinal diverticular, y, por último, que el granuloma es un botón carnoso en cuyo centro se encuentran células fusiformes y en la periferia células más redondeadas, que no hay epidermis y que los vasos són finos y numerosos.

Ellos también creen que se desarrollan á expensas de restos del conducto onfalo-mesentérico.

Gross, Romer et Vautrin, nada de nuevo agregan á lo ya transcrito de los otros autores, por el contrario casi puede decirse que se limitan á repetir lo expuesto por Duges, Kustner, Tillaux, Bryant, Demarguay, etc.

Igualmente puede decir del artículo de Ed. Owen, en su tratado de Cirugía Infantil (1891) que los llama polipos umbilicales.

Holmes, en su Chirurgie des Enfants no trae ningún dato digno de transcribirse, excepto la descripción de M. Athol Johnson en que habla «de una papila ó de un tubérculo resistente parecido á un mamelón y se eleva en el centro de la depresión principal del ombligo» y agrega, según Holmes, que los ha visto llegar hasta el tamaño de un pulgar en altura y en circunferencia.

Gosselin, también les dedica un pequeño capítulo. Dice entre otras cosas, que generalmente se les vé en su vértice, un pequeño agujerito que deja pasar un fino estilete y que cuando el polipo coexiste con una fístula fecal ó uracal, el estilete puede ir más lejos.

Agrega al final que al microscopio, se les vé formados por glándulas mucosas ramificadas teniendo un estroma fibroso nuclear y tapizado por un epitelio.

Charon et Gervaert les dán mayor preferencia á las fístulas fecales que á los tumores formados entre los repliegues umbilicales.

Podría en fin pasar así en revista muchos autores y revistas, pero lo conceptuo supérfluo en vista de lo que al principio de este trabajo he dicho; la poca importancia que se le ha concedido á este punto, á mi juicio, tan poco explorado.

II

Estos pequeños tumorcitos aparecen después de la caida del cordón á la manera de un botón carnoso, entre los repliegues del ombligo.

No se acompañan de fiebre ni de ningún otro accidente, conservando el niño portador de estos tumores su estado de nutrición.

El aspecto es el de una guinda, sumamente brillante, humedo, de un rojo intenso y de superficie lisa ó mamelonada. A su alrededor la piel presenta casi siempre eritemas y eczemas, debidas á la secreción sanguinolenta ó purulenta que dán constantemente.

El tamaño varía y oscila entre el de una lenteja y el de un garbanzo. Como este último son los más grandes que he visto, siendo lo más pequeños tan chicos que solo la destrucción se pudo efectuar valiéndome de la punta del termo-cauterio.

Parece que no son dolorosas, pues los niños no están molestos, ni al tacto tampoco dán muestras de dolor. Como he dicho no influyen sobre el estado general.

Como signos objetivos tenemos los datos que acabo de enumerar, la consistencia, la movilidad y su rápido desarrollo.

Su consistencia es pastosa y con una mayor presión se desgarran.

Están adheridos al cuerpo por un pedículo corto y del mismo color y consistencia del tumor. Es debido á este pedículo que estos tumores tienen movilidad. Cuando son pequeños y los tejidos adipósos muy desarrollados, el tumor debido á su movilidad, puede esconderse entre los repliegues del ombligo.

Rápidamente aumentan de volúmen llegando en pocos días á tomar el tamaño de los más grandes.

Mas tarde al llegar al tratamiento hablaré y propondré como mejores medios para su curación, la extirpación, pero tengo que señalar acá las transformaciones que pueden sufrir estos tumores con ciertas sustancias medicamentosas.

Generalmente, antes de consultar al médico, estos niños han sido examinados por manos inexpertas, que han aconsejado el uso de polvos inertes, como ser, el licopodio, almidón, arroz, subnitrato de bismuto, polvos de sabina, etc.

Si bien es cierto que estas sustancias no son nocivas, aunque los polvos de sabina son irritantes, á nada conducen y si, como demostraré al tratar la anatomía patológica, pueden llegar estas sustancias á destruir el tumor, no sucede lo mismo con el pedículo, el cual queda intacto, dando al poco tiempo otro tumor idéntico al anterior.

Creo que estos tumores abandonados así mismo, no serían de funestas consecuencias; pero estoy convencido que podrían sobrevenir accidentes no despreciables y aún en ciertos casos, resultados graves.

Así, para empezar y fuera de la evolución que probablemente seguiría el tumor, los eritemas y eczemas se aumentarían, trayendo muy probablemente supuraciones y abcesos.

En casos más graves se podrían observar flebitis de la vena umbilical, abcesos del hígado, y probablemente, como terminación, peritonitis.

Me parecen muy razonables estas conjeturas, que son marchas, más seguras que probables y que si la curación espontánea y completa llegara á producirse, no indicaría nada más que un caso harto feliz.

III

Con todo lo que dejo dicho y transcrito, creo que una vez más estoy en la verdad al decir que estos tumores han sido poco estudiados y que una clasificación anatomo-patológica se impone, á fin de colocar estas nerformaciones en el sitio que les corresponde en la Patología Infantil.

Insisto en recordar una vez más las opiniones autorizadas en la materia, como Koenig, Tillaux, Duplay et Reclus, etc., para demostrar que todavía muy poco se ha dicho sobre estos tumores.

Casi todos se limitan á decir que son formaciones teratológicas hechas á expensas del conducto onfalo-mesentérico y que Kustner los estudió, dándoles el nombre de adenomas por haberles encontrado glándulas tubures iguales á las del intestino.

Entrando ahora de lleno al estudio anatomo-patológico veremos por el exameu microscópico, que su extructura dista mucho de ser, la que generalmente se les atribuye: creo que se trata de un estudio interesante porque nos demuestra el punto de origen de estas neoformaciones y la variedad de elementos que entran en su composición.

Un primer tipo de tumores del ombligo, que es muy frecuente, constituye la mitad de los tumores observados, es el que se halla formado por un tejido conjuntivo muy rico en núcleos y en vasos y con muy escaso tejido fibrilar. La figura número I representa el tipo de los tumores de esta especie. Como puede verse en esa fotografía, la masa del tumor se halla formada por un extroma fibrilar muy escaso que es apenas perceptible por la gran acumulación de núcleos que lo oculta. Si estos núcleos parecen en las fotografías ser solo puntos, es decir, que no esté clara la diferencia entre el protoplasma y el núcleo, es debido á que son células embrionarias, pequeñas y redondas, dotadas de muy escasa cantidad de protoplasma, con núcleos muy voluminosos que ocupan casi toda la célula, rechazando el protoplasma en todas direcciones. Estos núcleos se tiñen intensamente y poseen una rica red cromática apelotonada.

En algunos sitios, vemos que esta estructura fundamental del tumor se modifica, apareciendo grandes células estrelladas que se anastomosan por sus prolongaciones y toman todo el aspecto del tejido mucosoembrionario.

Numerosos vasos surcan el neoplasma en todas direcciones, y se les ve seccionados longitudinal ó transversalmente, algunos no presentan pared propia y aparecen como espacios lagunarios intersticiales, otros muestran un revestimiento constituído por una sola capa de células endoteliales lameliformes, y los restantes presentan varias capas de células endoteliales en su pared, la que se halla además rodeada por algunas del-

gadas fibras, indicando el esbozo de una formación adventicia. Los vasos pueden mostrar su luz vacía, ó bien llena de glóbulos, como se vé en la figura número dos.

La superficie de esta variedad de tumores del ombligo, no se halla formada por un revestimiento distinto; parte del tumor, en desintegración gránulo adiposa y filamentos de fibrina encerrando glóbulos rojos, la constituyen y muestran que un trabajo de destrucción tiene lugar en las partes salientes de la neoformación bajo la influencia de los traumatismos, cauterizaciones, etc.

En grados más avanzados de su desarrollo, ó bajo la influencia de agentes irritantes cuya naturaleza pronta señalaré, se producen modificaciones en la estructuro de esta variedad de tumores del ombligo, cuyas características son, el espesamiento de las paredes vasculares, con disminución del calibre y del número de los vasos, en aumento del estroma conjuntivo y disminución considerable del número de los núcleos. El proceso de transformación fibrosa es acelerado y adquiere un gran desarrollo cuando cuerpos extraños son introducidos en la masa de la neoformación.

Después de esta constatación, es fácil explicarse las curaciones obtenidas, cuando se proyecta sobre estas producciones, licopodio y otros polvos inertes.

Englobados por los fagocitos son arrastrados á la profundidad y determinan allí un trabajo de proliferación conjuntiva con las consecuencias arriba señaladas. La figura número tres demuestra netamente la producción fibrosa intensa, que tiene lugar alrededor de las

acumulaciones de esporas de licopodio; nótese la completa desaparición de los vasos y la cantidad escasísima de núcleos que son todavía visibles.

Tan frecuente como la variedad conjuntiva embrionaria que acabo de estudiar, desprovista de revestimiento, se hallan tumores recubiertos en su superficie de una capa epitelial con todos los caracteres de la epidermis normal. Con frecuencia se nota una hipertrofia notable de las proliferaciones interpapilares de la capa de Malpighi, como lo demuestra la figura número cuatro.

Igualmente comunes como las dos variedades anteriores, vemos tumores cuya estructura son la de verdaderos adenomas de glándulas de epitelio cilíndrico y que sus caracteres coinciden con las glándulas intestinales de Lieberkuhn.

El estroma embrionario de la neo-formación contiene en su espesor tubos glandulares cuya cavidad dilatada se halla limitada por una sola capa de células cilíndricas que presentan una parte periforme ó basal, donde asienta un núcleo alargado en forma de bastón y con su mayor diámetro dirigido en el sentido de la célula.

El protoplasma de la célula, que es vecino de la cavidad tubular, es claro en contraposición al periférico que es granuloso. Estos tubos glandulares proceden por brotamiento de una serie de glándulas en tubo que se abren en la superficie del tumor, la que se halla revestida igualmente por un epitelio cilíndrico.

Un tejido conjuntivo embrionario no muy rico en va-

sos pero sí en núcleos forma el estroma del tumor. La figura número 6, representa la superficie de uno de estos tumores, y la figura número 5, una parte de sus zonas profundas. Se ve que este tumor merece muy bien la designación de adenoma cilíndrico.

Finalmente, he encontrado una variedad de estos tumores que está constituida por fibras musculares estriadas.

Lamento no poder adjuntar otra fototipía que represente á esta última variedad, pero debido á la excesiva delicadeza de los cortes que se redujeron en el alcohol casi á polvo, no he podido obtener ninguna fotografía.

Tumores diverticulares.

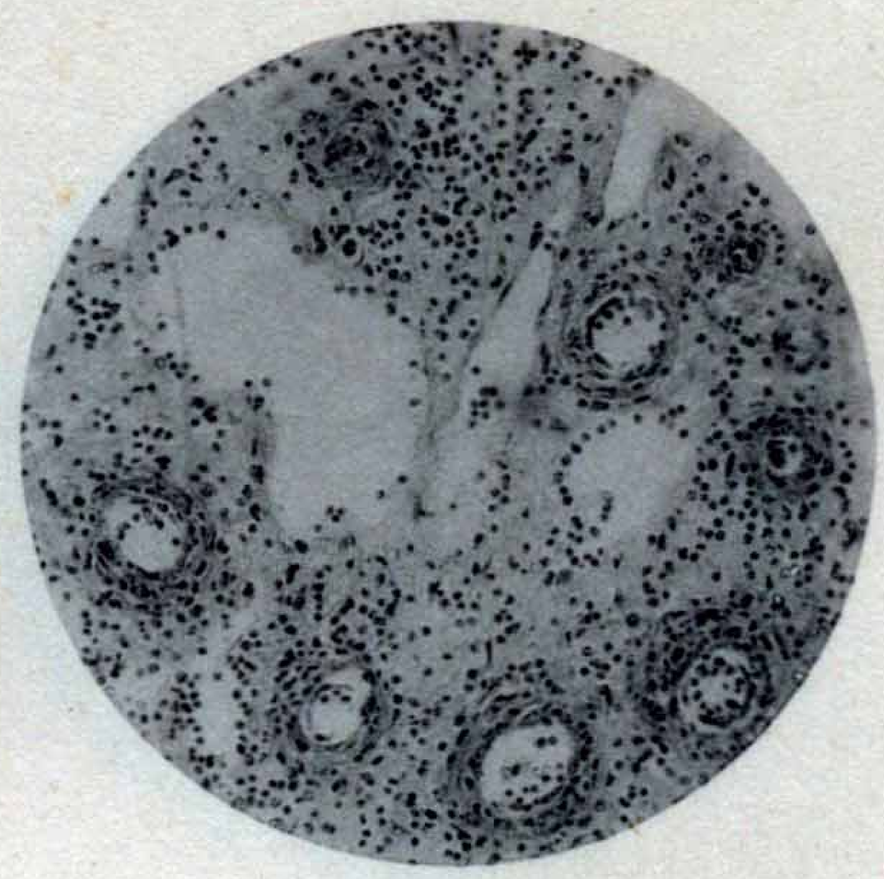


Fig. Nº I.

Variedad de tejido embrionario. Nótese la escasez de tejido fibrilar, la riqueza de núcleos y de vasos y los grados diversos de constitución de las paredes de estos, algunos poseen un revestimiento simple formado por una sola capa de células endoteliales, otros presentan un endotelio extratificado fuera del cual se esboza una ligera capa adventicia.

Tesis N. Magnanini.

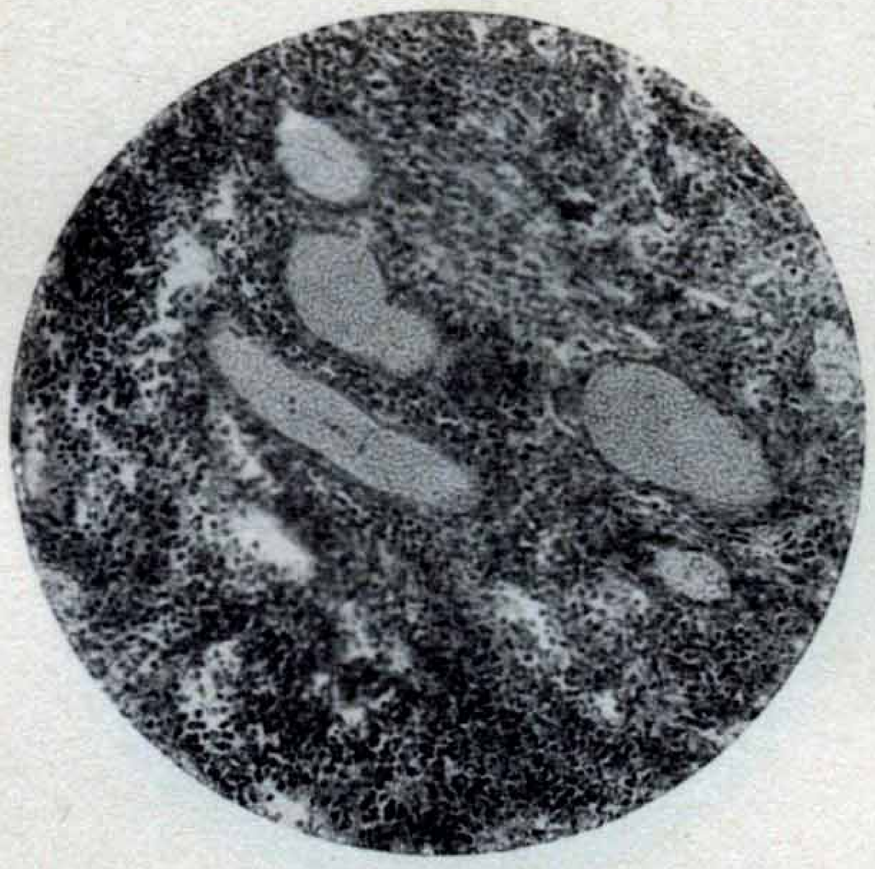


Fig. No 2.

Vasos llenos de glóbulos rojos. El estroma conjuntivo es más abundante que el del tumor representado en la figura precedente.

Tumores diverticulares.

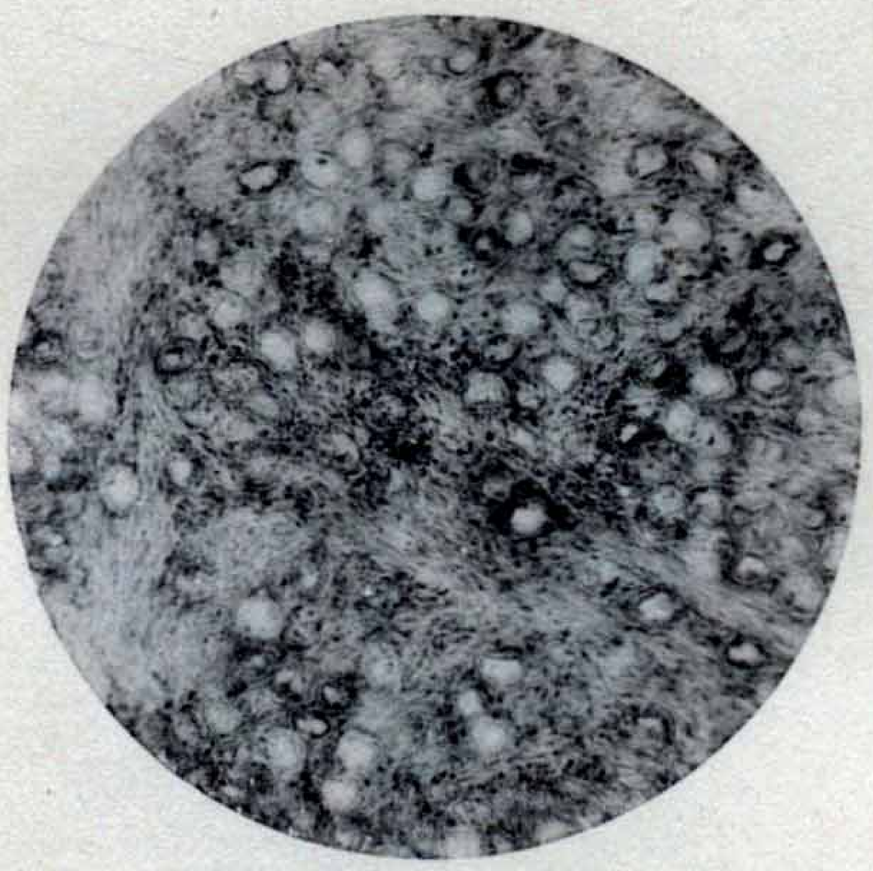


Fig. No 3.

Demuestra la curación de estos tumores por la esclerogenesis desarrollada alrededor de cuerpos inertes introducidos en su masa. Véanse las bandas de tejido conjuntivo desarrolladas alrededor de las esporas de licopio, la desaparición de los vasos y de las células embrionarias.

Tesis N. Magnanini.

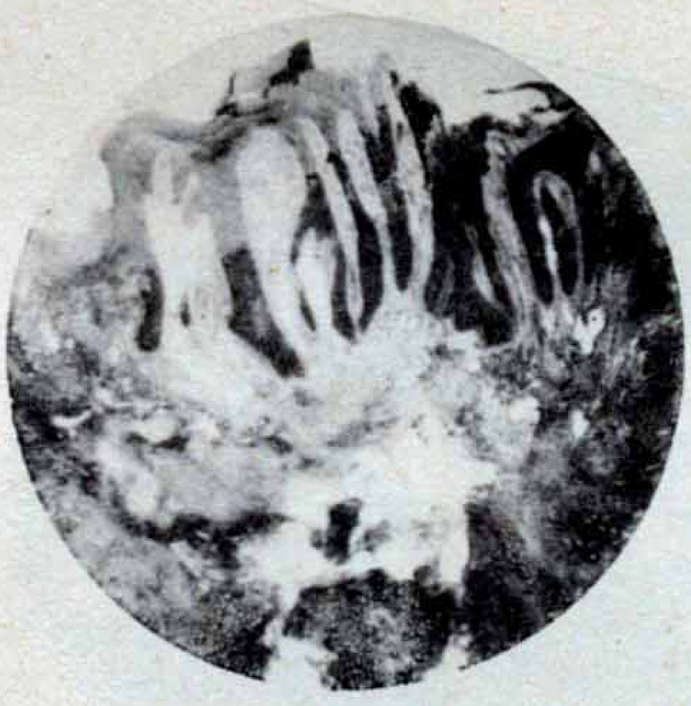


Fig. Nº 4.

Tumor de estructura análoga á la de los anteriores pero que presenta un revestimiento epidérmico; hipertrofia de las prolongaciones interpapilares de la capa de Malpighi.

Tumores diverticulares.

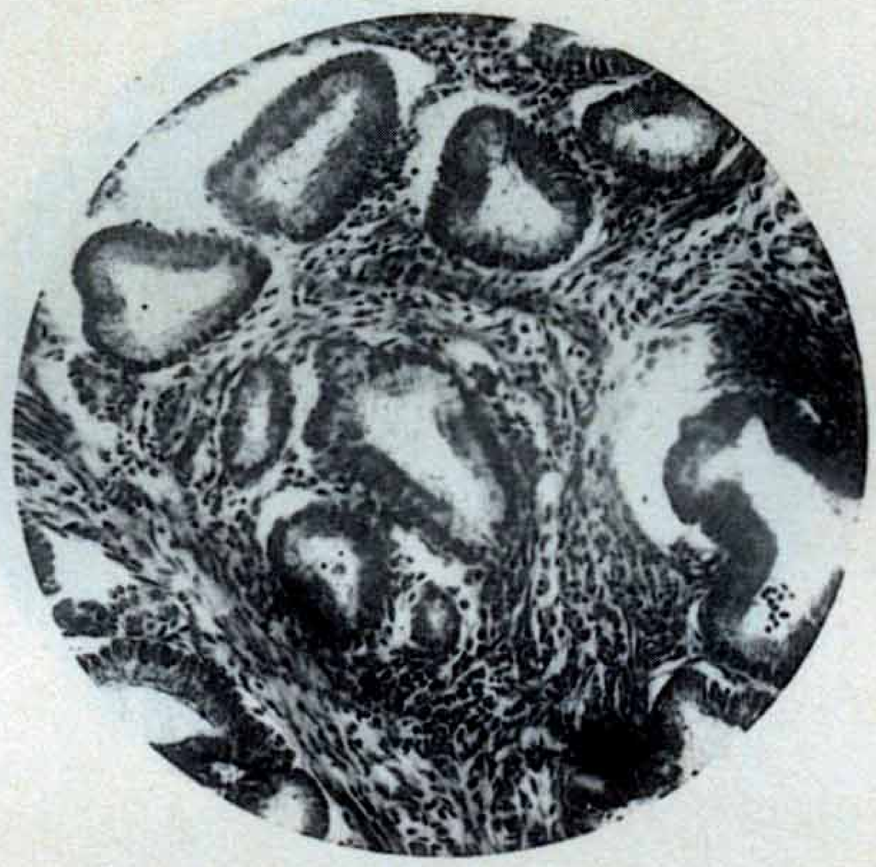


Fig. No 5.

Tumor de la variedad adenomatosa. Tubos glandulares de epitelio cilíndrico y de cavidad dilatada.

Tesis N. Magnanini.

Tumores diverticulares.

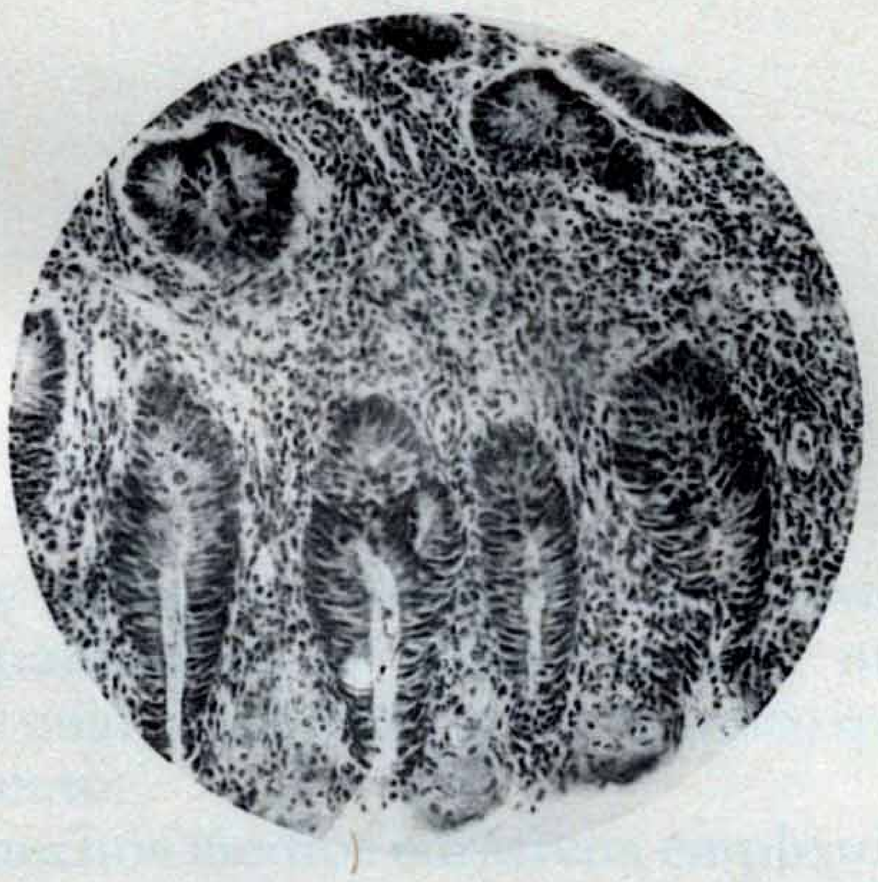


Fig. Nº 6.

Superficie de un tumor de la variedad adenomatosa mostrando las glándulas de Lieberkhun que se abren en ella.

IV

Después de haber estudiado la sintomatología y la anatomía patológica de estos tumores, nos queda solo abordar la cuarta parte de este estudio, que comprende su tratamiento.

De los muchos medios curativos empleados, aquí como en gran número de afecciones similares, los métodos más primitivos y sencillos son los más usados, figurando en primera línea los polvos secantes, los polvos inertes, los desinfectantes, baños, etc.

Ya en el capítulo segundo, al hablar de las curaciones espontáneas citaba al licopodio, prometiendo dejar para el tratamiento este punto.

Por la anatomía patológica, hemos visto que los polvos de licopodio son introducidos al interior del tumor, produciendo por la irritación consiguiente, un desarrollo considerable de tejido conjuntivo que destruye, por su aumento de volumen, á los vasos. Esta esclerogénesis hace que el tumor se necrose.

Pero vemos que la curación es ficticia, pues como anteriormente he dicho, el pedículo queda y la recidiva *in situ* no se hace esperar.

El sub-nitrato de bismuto usado también bastante, es de una acción todavía menor que el licopodio, pues ni

siquiera nos ofrece la curación ó destrucción temporaria de este último.

Los polvos de sabina tienen el inconveniente de ser un tanto irritantes y sabemos que estos tumores, por su secreción continua, no necesitan de estos agentes, cuya acción más principal sería la de aumentar el eczema.

Los polvos de arroz y el almidón, son de las sustancias medicamentosas, las dos, que tal vez den los mejores resultados. Espolvoreados los tumores con cualquiera de las dos, se impide un tanto la irritación del tumor y se defiende bastante á la piel del eczema.

Conforme con lo que dejo expuesto respecto á los polvos de sabina, proscribo también el uso del yodoformo. Tiene una acción muy cáustica sobre estos tumores, aún acompañado de vaselina.

El ácido bórico, á más de ser también algo irritante, creo que tiene un rol perfectamente inútil.

Estas son las principales sustancias empleadas en contra de los adenomas y quedan otras cuantas, como el alumbre en polvo, el azufre, el ácido salicílico, etc., cuyas acciones son muy semejantes á las de los anteriores.

Pasemos ahora al tratamiento quirúrgico.

Uno de los métodos más sencillos es el aconsejado por Tillaux en su «Traité de Chirurgie»; la ligadura. Emplea una seda fenicada, con la cual liga el tumor por su base, dejando así que se necrose.

Yo creo que el principal inconveniente de este procedimiento estriba, en que acontece algo muy igual al que con los polvos de licopodio. El tumor se destruye, pero queda el pedículo.

Si una vez necrosado y caído el tumor se tocara el pedículo con termo-cauterio, sí creería en la curación perfecta, pero entonces tenemos una operación lenta y practicada en dos sesiones.

Puede también sacarse el tumor á cuchillo ó aún mucho más fácil, con tijera, pero siempre es necesario recurrir al termo-cauterio para destruir los restos de tumor.

A falta de termo-cauterio, pueden usarse los cáusticos, como el nitrato de plata en barras, con muy buen resultado.

Antes, el procedimiento de que yo me servía, era el siguiente: después de efectuada la antisepsia de la región cortaba el tumor por su base de un golpe de tijera y con el termo-cauterio, al rojo, destruía el pedículo y con el rojo sombra atacaba la pequeña hemorragia.

Ahora me valgo de método más sencillo. Tomo el tumor con una pinza de disección y con el termo-cauterio, secciono, destruyo y hago la hemostasia.

Hago después aplicar sobre el campo operatorio una pomada con óxido de zinc y almidón, gazas, algodón y una venda ancha de cuerpo.

Creo que estas precauciones de la pomada y de la venda ancha no están de más; la primera, como medicación al eczema existente y aún como capa protectora, y la segunda, la venda ancha, porque en los niños, por su abdómen abultado y su continua movilidad, sino se les pone un vendaje que se extienda desde las íngles hasta el torax, se les mueve enseguida, dejando casi siempre la herida á descubierto.

A los ocho días ó antes, si los padres han sido poco

cuidadosos y han dejado ensuciar el vendaje, se les retira la curación y se continúa por doce ó quince días más con un simple vendaje compresivo.

Operando de este modo, nunca he visto recidivas ni accidente ninguno digno de señalarse.

V

Nos queda solo ahora el tratar de clasificar los tumores, objeto de este estudio.

Por el estudio anátomo-patológico que acabamos de hacer, fácil nos es darnos cuenta de que estos tumores no pueden ser incluidos en una sola de las divisiones de los tumores en general, pues encontramos en ellos varias especies distintas.

Unos, que forman el tipo más común, están constituidos por tejido conjuntivo embrionario ó mucoso, con gran cantidad de células ; otros que son los que Kustner llamó adenomas, tienen glándulas tubulosas iguales á las del intestino y, por fin, un tercer grupo nos muestran ser rabdo-miomas.

Pero por otra parte sabemos á que es debido esta heterogeneidad.

Al cerrarse la cavidad abdominal, en el tercer mes de la vida intrauterina, suele quedar aprisionada una parte de intestino, teniendo por esta causa lugar la formación de estos tumores en el anillo umbilical.

Esto nos explica las variedades de estos tumores y el que encontremos en unos casos tejido embrionario, en otros glándulas tubulares y por fin en otros, fibras de tejido muscular extrido.

Terminando, pues, creo que de todos estos hechos se desprende:

1° Que no se encuentra en estos tumores un tipo único histológico que nos pueda servir de base para su clasificación.

2° Que son formados á expensas del divertículo de Meckel.

3° Que los nombres de *adenoma, granuloma, fungus* y naevi, son impropios y que no indican, unos como adenomas, más que una variedad observada y otros como *fungus,* nada tampoco, pues la designación es muy vaga.

4° Que el nombre de tumores diverticulares propuesto por Tillaux, es el que mejor les cuadra, pues indica perfectamente bien su origen.

N. Magnanini.

Buenos Aires, Setiembre 5 de 1898.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1º El tratamiento por excelencia, para los tumores diverticulares, es la extirpación con termo-cauterio.

2º Los quistes hidáticos no supurados, deben operarse por la extracción de la membrana fértil y la sutura sin drenaje.

3º La forma más común de tuberculosis en los niños, es, tuberculosis de los huesos.

Buenos Aires, Setiembre 5 de 1898.

Nómbrase á los señores Académicos, doctor Rafael Herrera Vegas, Profesor titular, doctor Obdulio Hernández, y Profesor suplente, doctor Alejandro Posadas, para que constituida en Comisión, se sirva dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.

Luis M. Acuña.

Buenos Aires, Septiembre 14 de 1898.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno Nicanor Magnanini.

«En el local de la Facultad á 13 de Septiembre de «1898, reunidos los que suscriben encargados de dicta-«minar respecto de la admisibilidad de la tésis presen-«tada por el ex-alumno Nicanor Magnanini que versa «sobre «Tumores diverticulares»; resolvieron admitirla, con lo que terminó el acto. — Firmados: Rafael Herrera Vegas — Obdulio Hernández — Alejandro Posadas — Firmado: Zenón Aguilar, Pro Secretario.

Luis M. Acuña.

Buenos Aires, Septiembre 14 de 1898.

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

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña.