Año 1903 N.° 1332

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
DE ALGUNOS
TUMORES DEL ABDOMEN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ERNESTO E. GARASSINO

Ex-practicante externo del Hospital San Roque (1899-1900-1901)
Ex-practicante menor, por concurso, de la Asistencia Pública (1901-1902)
Ex-practicante mayor, por concurso, del Hospital
Teodoro Álvarez (1902-1903)

BUENOS AIRES
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. ETCHEPAREBORDA
Tacuarí 359
—
1903

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DE ALGUNOS

TUMORES DEL ABDOMEN

Año 1903 N.º 1332

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DE ALGUNOS

TUMORES DEL ABDOMEN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ERNESTO E. GARASSINO

Ex-practicante externo del Hospital San Roque (1899-1900-1901)
Ex-practicante menor, por concurso, de la Asistencia Pública (1901-1902)
Ex-practicante mayor, por concurso, del Hospital
Teodoro Álvarez (1902-1903)

BUENOS AIRES
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. ETCHEPAREBORDA
Tacuarí 359
—
1903

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en la Tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vicedecano

DR D. JOSÉ T. BACA.

Académicos Titulares

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.
" " JOSÉ T. BACA.
" " RAFAEL HERRERA VEGAS.
" " JACOB DE TEZANOS PINTO.
" " EUFEMIO UBALLES.
" " JUAN R. FERNÁNDEZ.
" " ENRIQUE E. DEL ARCA
" " PEDRO N. ARATA.
" " MANUEL BLANCAS.
" " ROBERTO WERNICKE.
" " PEDRO LAGLEYZE.
" " JOSÉ PENNA.
" " LUÍS GUEMES.
" " ELISEO CANTÓN.
" " GREGORIO N. CHAVES.

Académicos Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG.
" " EDUARDO WILDE.
" " MARTÍN SPUCH.
" " TELÉMACO SUSINI.
" " EDMUNDO NOCARD.
" " EMILIO R. CONI.
" " OLYNTHO DE MAGALHAES.

Secretario Titular

DR. D. ZENÓN AGUILAR.

Prosecretario

DR. D. CARLOS ROBERTSON.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Zoología médica	Doctor	Pedro Lacavera
Física médica	»	Jaime R. Costa.
Química médica	»	Atanasio Quiroga.
Botánica médica	»	Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Anatomía descriptiva	»	Juan José Naon.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	»	Enrique Revilla
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa	»	Obdulio Hernández
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Clínica ginecológica	»	Enrique Bazterrica.
» Oto-rino-Laringológica	»	Eduardo Ovejero.
» Dermatológica y sifilográfica	»	Baldomero Sommer.
» Epidemiológica	»	José Penna.
» Quirúrgica	»	Julián Aguilar.
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejía
» Médica	»	Luis Güemes.
» Médica	»	Francisco A. Sicardi.
Clínica oftalmológica	»	Pedro Lagleyze
Patología interna	»	Marcial V. Quiroga.
Medicina legal	»	Francisco de Veyga.
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo.
» Médica	»	Gregorio N. Chaves.
» Obstétrica	»	Samuel Molina.
Toxicología experimental	»	Juan B. Señorans.
Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
» Médica	»	Abel Ayerza.
» Genito urinaria	»	Federico Texo.
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Vacante
» Obstétrica	»	Eliseo Cantón.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Zoología Médica	Doctor D. J. Greenway
Física médica	» Juan José Galiano
Química médica	» Francisco B. Reyes
Botánica médica	» Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la medicina	» Francisco P. Lavalle
Histología teórico-práctica	» Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	» Juan D. Piñero / J. López Figueroa
Patología general y ejercicios clínicos	» G. Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Avelino Gutiérrez / Francisco Llobet
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero / Mariano Alurralde
Anatomía patológica	» José Badía / Marcelo Viñas
Bacteriología	» Juan Carlos Delfino / Leopoldo Uriarte
Higiene pública y privada	Vacante
Materia médica y terapéutica	» Enrique E. del Arca / Angel M. Centeno
Medicina operatoria	» Nicolás Repetto / Leandro Valle
Clínica ginecológica	» Alfredo Lagarde / José F. Molinari
Clínica Oto-rino-laringológica	» Wenceslao Tello / E. V Segura
Clínica dermatológica y sifilográfica	« M. Aberastury
Patología externa	» Pascual Palma / Daniel J. Cranwell
Patología interna	Vacante
Clínica oftalmológica	» Francisco C. Barraza. / Teófilo A. Moret
Clínica médica	» Patricio Fleming
Clínica epidemiológica	Vacante
Clínica quirúrgica	» Juan B. Justo / Enrique Corbellini
Clínica neurológica	» José A. Esteves / José R. Semprun
Clínica médica	» Ricardo Colón
Medicina legal	» Domingo S. Cavia / Pedro Barbieri
Clínica quirúrgica	» Diógenes Decoud
Clínica médica	» Julio Méndez / Ignacio Allende
Clínica obstétrica	» Fanor Velarde / Enrique Pardo
Toxicología experimental	» Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	» Facundo Larguía / Antonio F. Piñero
Clínica médica	» Vacante
Clínica genito urinaria	Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	» Benjamín T. Solari / José T. Borda
Clínica quirúrgica	Vacante
Clínica obstétrica	» Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia	Dr. Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Farmacognosia vegetal y animal	» Juan A. Boeri
Química orgánica aplicada á la Farmacia	» Pedro N. Arata
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	» J. Manuel Irizar
Higiene	» Ricardo Schatz
Química analítica toxicológica	» Atanasio Quiroga
Ensayo y determinación de drogas	» J. Manuel Irizar

Asignaturas	Cated. substitutos
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia	Vacante
Química inorgánica aplicada	Vacante
Farmacognósia vegetal y animal	Sr. Juan A. Domínguez
Química orgánica aplicada á la farmacia	Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica	Vacante
Higiene	Vacante
Química analítica y toxicológica	Vacante
Ensayo y determinación de drogas	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr Juan R. Fernández

Asignaturas	Cated. substitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica	M. Z. O' Farrell
Parto distócico y clínica obstétrica	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, fisiología, patología	Dr. León Pereira
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	» N. Etchepareborda

Asignaturas	Cated. substitutos
Anatomia, fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO: DR. GREGORIO N. CHAVES

Á MIS QUERIDOS PADRES

Á MIS HERMANOS

Á MI HERMANO

DOMINGO ARTURO

Señores académicos:

Señores profesores:

El modesto trabajo que someto á vosotros para optar al doctorado en medicina, no tiene más mérito que el de exponer de la manera más sencilla, lo referente al diagnóstico diferencial de los tumores de algunos órganos del abdomen, y de entre aquellos, los más importantes, los que más interesan y más preocupan la atención diaria del médico en la Clínica Quirúrgica.

Acompañan á este estudio las observaciones clínicas, que á ellos se refieren, que he podido recoger como practicante del Hospital Teodoro Álvarez, durante mi internado.

El tema que me he propuesto desarrollar es de suyo muy complicado, extenso y vasto, se presta para una amplia y completa disertación; de ahí que si esta tesis no responde en todo al título,

queda ya justificado mi propósito con la advertencia más arriba indicada.

Al abandonar las aulas universitarias, grabo en estas líneas mi mayor agradecimiento hacia vosotros, que tenéis encomendada la árdua y difícil tarea de la enseñanza, por las sabias lecciones y buenos consejos recibidos, que serán, sobre todo estos últimos, guía preciosa en el camino lleno de obstáculos que empiezo á recorrer.

Por otra parte, á todos aquellos que en las clínicas hospitalarias han contribuido con la enseñanza y la práctica del enfermo á mi preparación para la lucha, mi mayor reconocimiento.

Al académico doctor Gregorio N. Chaves, que me confiere el honor de acompañarme en esta hora inolvidable, mi más síncera gratitud.

INTRODUCCIÓN

« El vientre no ha encontrado aún
su Laënnec »

Hacemos nuestra esta frase, encerrando tan gran verdad, que le oímos pronunciar en clase á un distinguido profesor de Clínica Médica de la Facultad.

Aún no ha tenido el abdomen quien haya interpretado con reglas seguras sus signos físicos. Y no lo ha tenido por varias razones que queremos enumerar.

La anatomía y fisiología normales, son las que van á darnos mayores argumentos para probar que es cierto lo dicho.

Hay en el abdomen un buen número de vísceras, de diferentes tamaños, no simétricas, con múltiples funciones—muchas de ellas bien conocidas hasta en sus mayores detalles; otras, las menos, sin conocer todavía—que ejercen influen-

cia recíproca entre los diversos órganos y que debido á los ligamentos, repliegues, etc., que los unen ya entre sí ó á las paredes abdominales, pueden avanzar sobre otras regiones próximas, y hasta descender completamente, como sucede con las *tosis*, dando así á los tumores que en ellas se sitúan una variabilidad de sitio que es lo que quizás más dificulta el diagnóstico de los mismos.

Funciones estrechamente unidas entre sí, hemos dicho, y así es.

Tumores situados en diversos órganos comprimen al desarrollarse diversos puntos de los mismos y sin embargo producen un mismo sindroma clínico.

Otro obstáculo al diagnóstico está en la profundidad de algunos órganos, donde no llegan los medios físicos á reconocerlos.

Por otra parte, órganos como el estómago, relativamente superficiales, esconden los neoplasmas que se desarrollan en algunas de sus caras y curvaturas, por las relaciones anatómicas de los órganos vecinos ó el reborde costal.

—

Resulta de todo esto, á pesar de lo que á primera vista parece, que el diagnóstico de los tumores abdominales es sumamente difícil.

Teniendo elementos de acción como la palpación y la percusión, es doloroso el creer que aún así no nos sea posible obtener siempre los datos

necesarios sobre la forma, consistencia, volumen, etc., del tumor que estudiamos.

Tanto más, que el vientre tiene en su ayuda orificio, naturales que permiten averiguar el estado de órganos importantes por sí, y por las deducciones que por medio de ellos se puede sacar para el diagnóstico. Nos referimos á los diversos tactos.

¿Pero cómo poner en práctica la palpación en los tumores que ocupan la pared superior abdominal, en los situados profundamente dentro de la cavidad peritoneal?

De ahí las distintas maneras de que hay que guiarse para llegar á un diagnóstico.

Son ya los síntomas funcionales que lo formulan, ya los físicos, ya ambos unidos á los otros, medios de diagnóstico que poseemos.

Y si se quiere aún más, una prueba de la poca seguridad que da el examen del abdomen. Véase lo siguiente:

De los dos grandes problemas planteados por el profesor Concato, acerca del sitio y de la estructura de los tumores, queda generalmente uno sin resolver: el primero. Esto, clínicamente hablando, y en otros casos, relativamente raros, aún después del gran recurso de diagnóstico para todo lo que es cavidad abdominal, la laparotomía exploratriz.

Gran recurso de investigación, y en parte es así.

Después de haber puesto en práctica todos los medios de diagnóstico posibles, ya agotados todos por la falta de una brújula indicadora que nos señale la ubicación del tumor, se presenta la tentadora y atrevida laparotomía, tan tentadora, que se hace ella en muchísimas ocasiones la fuente de diagnóstico más inmediata.

Es necesario que justifiquemos el párrafo anterior. Cuando la laparotomía es usada como último recurso de diagnóstico, nada hay que objetar.

Pero cuando por falta de exámenes repetidos, que siempre ayudan, se hace uso de ese *medio* de diagnóstico, para resolver pronto lo que más difícil hubiera sido hacerlo clínicamente, es que nosotros creemos necesario criticarlo, para que se haga de ella su debido uso.

Quizás por el abuso que se hace de la laparotomía exploratriz, no se hayan hasta el presente encontrado nuevos rumbos en el diagnóstico diferencial del abdomen.

Conocido el sitio ocupado por el tumor, se tiene ya mucho ganado para el diagnóstico de la naturaleza, pues la anatomía patológica nos enseña, basada en la histología normal del órgano afectado, su estructura; y la enseñanza clínica, por otra parte, ha sentado reglas sobre la frecuencia con que los órganos son afectados por determinados tumores.

Conocido el sitio y su probable constitución, el

pronóstico fluye de por sí con los mismos datos proporcionados por la anatomía patológica.

Sabemos por ella la marcha de las distintas formas de tumores, y establecemos con bastante seguridad el porvenir del enfermo.

Pero donde mayor valor adquiere la localización en el vientre es en el tratamiento.

Acabamos de encontrar en un órgano determinado un tumor cuya naturaleza conocemos y con toda la seguridad y responsabilidad del caso aconsejamos al enfermo una intervención, que le será de provecho.

Lo encontramos en la misma víscera, pero hemos diagnosticado tumor de naturaleza maligna, lo que equivale á decir abstención para muchos órganos, y cuanta responsabilidad hemos salvado, al dejar de exponer á una operación, con todos los peligros que trae aparejada, á un enfermo que no sacará ningún provecho de ella, y que, por el contrario, podría perjudicarlo.

La cuestión del diagnóstico diferencial de los tumores del abdomen está aún en pie y mucho falta que hacer en su favor.

~~

El orden que seguiremos en esta tesis será el que sigue:

Hablaremos de la clasificación de los tumores, de los medios de investigación diagnóstica después, para pasar luego al diagnóstico diferencial,

empezando por los de la pared y siguiendo con los de la cavidad.

Al tratar de cada tumor en particular hemos hecho referencia de todos los hechos importantes que las historias clínicas nos han parecido sugerir.

Colocamos algunos cuadros sinópticos, que sintetizan los diagnósticos diferenciales más importantes.

CLASIFICACIÓN

Antes de hablar de la teoría del profesor Luís Concato, de la clasificación propuesta por Tillaux, debemos decir dos palabras sobre lo que entendemos por tumor del abdomen.

Aunque nosotros no nos ocupemos de los tumores de los órganos genitales femeninos—y no lo hacemos por falta de observaciones clínicas adaptadas que nos pertenezcan—no debemos dejar pasar en silencio, porque se relaciona con la cuestión clasificación, la división que se ha hecho entre pelvis y abdomen.

No hay ninguna razón anatómica en que fundarla, por no existir nada real que las separe, y es únicamente valiéndose de planos artificiales—el estrecho superior de la pelvis—que ha podido originarse esa división.

Si la anatomía no ofrece razones suficientes, menos aún pasa con la fisiología y patología ventrales; así, vemos los tumores de la pelvis hacer

irrupción, muy á menudo, en la gran cavidad abdominal y viceversa.

El término, pues, de tumor abdominal, debe comprender los tumores de la cavidad misma y los intrapélvicos.

Una clasificación en un tema como el que desarrollamos es una necesidad, y una necesidad no del todo satisfecha aún.

Por lo que sigue, veremos muchos tumores que guiándonos sea por una ú otra de las propuestas no nos conducirán estas á resultado práctico alguno, y que cuando tengamos una clasificación que nos dé un carácter verdaderamente típico para diferenciar los tumores de los múltiples órganos en el abdomen situados, habremos colocado un jalón, tendremos el poderoso punto de guia que pedimos en nuestra Introducción, y resolveremos entonces, con mayor facilidad, la primera y no menos difícil parte del diagnóstico del abdomen.

Ambas clasificaciones á eso tienden: la una, en mi concepto, muy exclusivista, queriendo por un solo carácter, la movilidad, resolver la cuestión; la otra, reuniendo en grupos los órganos que están ó no recubiertos por el intestino.

Nosotros creemos que no se puede, ni se debe ser exclusivista en la práctica; que hay que resolverse, según el caso clínico lo indique, por una ú

otra de aquellas ó aunar los datos que ambas nos proporcionan.

El profesor Concato sostiene en su clasificación, en parte anatómica, en parte fisiológica, que se puede caracterizar un tumor por la situación que ocupa y por la movilidad ó inmovilidad que pueda presentar.

Considera á la cavidad abdominal el doble oficio de servir de laboratorio para los fenómenos nutritivos, y de contribuir, activa ó pasivamente, alternando, á la función respiratoria.

Es á esto último á lo que da mayor importancia y predilección, porque le sirve para la diferenciación típica de los tumores abdominales, según sus propias palabras. Las diversas formas de constitución de las paredes abdominales le dan la razón de la relación antedicha; la superior, formada por el diafragma, la anterior por piel, tejido celular, adiposo por una parte, músculos después, la inferior y la posterior por huesos principalmente.

La primera parte de la clasificación, la anatómica, la basa: en que los tumores estén ó no cubiertos por el peritoneo, llamando *intracavitarios* á los que ocupan el hígado, estómago, bazo, gran epiplón, intestino delgado, colon transverso, S ilíaca, sus respectivos mesos, porción horizontal, superior é inferior del duodeno, y *extracavitarios* á los restantes (ó también parietales) por ocupar el espesor de las paredes ó estar á ellas unidos.

Tomada ahora la cuestión bajo la fas fisiológica, dice: los tumores que se desarrollan en las paredes anterior ó superior ó los órganos que con ella puedan moverse son *movibles* é *inmóviles* los pertenecientes á las otras paredes de la cavidad.

Sin embargo, las dos primeras paredes señaladas que gozan de gran movilidad, la tendrían de diversa manera.

Mientras que los tumores de la pared superior se mueven verticalmente, de *arriba hacia abajo*, los pertenecientes á la anterior lo harían perpendicularmente á la pared abdominal, de *atrás hacia adelante*.

Así como antes no aceptamos la división entre cavidad abdominal y pélvica, ahora no podemos hacer menos con la cavidad peritoneal como sinónima de la abdominal, porque sería sostener que los órganos *extracavitarios* no forman parte de esta. Pero la parte fisiológica de la clasificación, la de mayor mérito para el profesor italiano, es la que más se presta á ser rebatida.

En efecto, todo tumor que nazca de la pared superior es movible; gran parte de verdad encierra esto, sin duda, pero, por muchas causas, y como sucede en algunas de las observaciones que más atrás publicamos, según ese único criterio, que es fundamental, tratándose del hígado y del bazo, por ejemplo, no se podría ni siquiera haber supuesto el origen del tumor en esos órganos una

vez que habían perdido su movilidad, imprimida por los actos respiratorios.

Ya lo hacemos notar al hablar de los respectivos órganos, que en nuestra historia número 1 el tumor que ocupaba el hígado no seguía los movimientos que le son propios á esta víscera, y en la número 2, en que el tumor era completamente inmóvil.

Por el contrario, los tumores situados en los órganos genitales de la mujer, retrocavitarios, y por lo tanto, inmóviles, según eso, por ciertas especiales circunstancias muy favorables, adquieren gran movilidad, separándose unas veces del órgano que les dió nacimiento, quedando en otras unidas por un pedículo de mayor ó menor dimensión.

Y las dificultades, entonces, que añade la clasificación, son mayores que las ventajas que puede aportar el diagnóstico, obscureciendo así y complicando el problema.

Hay que considerar, además, la desigual influencia que en razón de las diversas distancias ejerce la respiración, tratándose de órganos tan alejados como el hígado y el ovario, por ejemplo, lo que considera el mismo autor citado, diciendo que aquella influencia está en razón inversa de la distancia entre el órgano y el diafragma.

Es este, á nuestro entender, el lado vulnerable de esta clasificación: perdido el carácter exclu-

sivo asignado á los tumores de un órgano, ya se pierde toda hilación diagnóstica.

De ahí la necesidad de hacer lo que decimos antes, aceptar ese carácter en muchas circunstancias como precioso, hacer lo propio en otras con el atribuido por la clasificación de Tillaux y cuando no nos sea posible resolver el problema con uno de ellos por separado, unir ambas, aunar sus elementos, agregándoles los demás medios de diagnóstico á nuestro alcance, y así podremos llegar á un diagnóstico de sitio, aunque no siempre, por desgracia.

Tillaux clasifica de la siguiente manera: tumores recubiertos por el intestino, aquellos pertenecientes al riñón, páncreas, retrocavidad, mesenterio; no recubiertos, grande epiplón, superficie convexa del hígado, ovario; que pueden estarlo, pero nolo están necesariamente, bazo y cara inferior del hígado.

Al darles este carácter, les asume la percusión timpánica ó mate, que es base de su clasificación. Pero le objetaremos: ¿qué criterio tener para con los tumores del bazo y cara inferior del hígado, según ese modo de ver las cosas? La variabilidad de los sonidos obtenidos con la percusión, no ayudaría en nada, por cierto, al diagnóstico.

Y desde el momento que con la presencia ó ausencia del intestino por delante de un tumor, basa su clasificación, se hace también exclusivista como el anterior.

Para mayor claridad, resumimos aquí las dos clasificaciones:

Concato		Tillaux	
Clasificación anatómica			
TUMORES INTRA-CAVITARIOS	Hígado. Vesícula biliar. Estómago. Bazo. Grande epiplón.	TUMORES RECUBIERT. POR INTESTINO.	Riñón. Retrocavidad. Mesenterio. Páncreas.
	Intestino delgado y sus mesenterios. S ilíaca. Porción horizontal, superior é inferior del duodeno.	IDEM NO CUBIERTOS POR INTESTINO.	Grande epiplón. Ovario. Superficie convexa del hígado.
TUMORES EXTRA-CAVITARIOS — Órganos restantes.			
Clasificación fisiológica			
TUMORES MOVIBLES	Pared anterior y superior del abdomen ó en los órganos á ellas unidos.	TUMORES QUE PUEDEN ESTARLO	Bazo. Cara inferior del hígado
TUMORES INMÓVILES. — Paredes inferior y posterior con sus órganos.			

Nosotros seguiremos la siguiente clasificación:

T. DE LA PARED. { A — Subcutáneos. B — Espesor muscular.

TUMORES DE LA CAVIDAD ABDOMINAL — Diagnóstico de sitio y de naturaleza, teniendo en cuenta todos los caracteres posibles que los medios de investigación diagnóstica ponen al alcance nuestro.

Medios de investigación diagnóstica

El examen del enfermo, como en cualquier otra región, empieza en el abdomen por la anamnesis.

Interrogatorio

Por ella podremos averiguar el punto de partida del tumor, la dirección llevada al desarrollarse, el tiempo que ha necesitado para ello, los trastornos funcionales que haya ocasionado, sea directamente, sea por compresión y los síntomas que el enfermo ha podido apreciar mejor que nadie, los subjetivos.

Esto por lo que respecta á la generalidad. Ya veremos las grandes excepciones que, á pesar de la mejor buena voluntad que aporta el enfermo, contaremos sea por incuria del mismo, ó por los caprichos de evolución de ciertos tumores.

Hecho el interrogatorio, pasamos á la inspección.

Inspección

Se colocará al enfermo en decúbito dorsal, los miembros inferiores bien flexionados, y según algunos autores se indicará al enfermo que respire ampliamente con la boca abierta, para dejar bien flojas las paredes abdominales.

La precaución de hacer flexionar los muslos sobre el abdomen, nos parece recomendable, sobre todo que es fácil de obtener, por menos contribución que el enfermo aporte al examen.

Pero al indicarles á muchos de ellos que respiren ampliamente, es lo suficiente para obtener movimientos respiratorios entrecortados é irregulares que, en cambio de favorecer, impiden el buen movimiento de las paredes abdominales y el objeto que se había propuesto el médico queda frustrado.

Lo que facilita más, muy á menudo, es el distraer á los pacientes conversándoles mientras se procede á examinarlos, pero digámoslo de una vez, estas precauciones son todas muy buenas, cuando se trate de un enfermo inteligente que preste buena contribución al que examina; son inútiles, cuando se choca con un paciente timorato y muy escitable, como pasa con las mujeres.

Situado así nuestro examinado, nos colocaremos á su frente y observaremos:

La forma general del vientre, la coloración de la piel, la presencia ó ausencia de manchas, la existencia ó no de venas colaterales, y si existen signos de inflamación local.

Algunos de los signos recogidos, por sí y unidos á los demás, contribuyen con buen material á la observación, sirviendo de guía á la palpación y á la percusión.

Palpación

Antes de hablar de ésta, permítasenos indicar algunos obstáculos que se presentan diariamente en la práctica, y que la dificultan sobremanera.

La acumulación uniforme de grasa, el relajamiento extremo en las embarazadas, la contracción muscular y el edema de la pared por una parte; la distensión por gases ó la presencia de líquidos en la cavidad, por otra, son las causas que peor contribuyen á una buena palpación.

Algunas de éstas no llegan solamente á dificultar el examen, sino que pueden ir hasta impedirlo, debiendo hacer uso entonces de la anestesia clorofórmica, como sucede con la excesiva contracción muscular, imposible de evitar de otra manera.

Tenida la precaución de impedir, mediante el frote, el brusco efecto del frío con la mano que explora, y de no provocar contracciones musculares con una aplicación muy súbita de aquella, debiendo ser por lo contrario gradual, se anotará la presencia de signos inflamatorios, de edemas locales y de frotes (de nieve) que indicarán el estado de la superficie peritoneal.

Buscados estos signos, se pasará á constatar la presencia de ascitis y si ella existe, tabicada ó libre.

Hecho lo anterior, se observará lo siguiente en el caso que se presente un tumor:

El estado de la superficie si lisa ó desigual —

pudiendo ser estas últimas de diferente ó del mismo tamaño y consistencia — la dureza ó fluctuación, sea en todo el tumor ó en parte, si el tumor ha conservado ó modificado la forma normal del órgano á que pertenece.

Colocada una mano á través sobre el tumor, y haciendo respirar ampliamente al enfermo, se verá si él es modificado por la influencia que la respiración tiene sobre el abdomen, es decir, si es ó no movible, y en el primer caso que dirección sigue.

Otro dato que puede recogerse con la palpación es la movilidad que puede imprimirse al tumor, desde el simple desplazamiento hasta la completa *tosis*, como sucede cuando se trata de órganos como el riñón y el bazo.

La palpación tendrá entonces la primacía sobre todos los otros medios de diagnóstico, reconocerá la forma normal del órgano, tal cual como si estuviera en su sitio, lo que ayuda mucho para reconocer tumores que tanto se mueven dentro de la gran cavidad.

El bazo y el riñón, que son los órganos que más fácilmente abandonan la región que ocupan, son aquellos á quien la palpación generalmente descubre, corroborada y ratificada después por la percusión.

Percusión

Llega ahora el gran complemento de la inspección y de la palpación.

En efecto, la palpación podrá darnos muchos buenos datos sobre la forma, sitio, etc., del tumor, pero la percusión, indicándonos que aquel forma ó no cuerpo con tal órgano abdominal, habrá completado en muchos casos á aquella.

Otra ventaja que se saca de los signos percutorios es la de permitir reconocer la forma de un órgano como normal, dato precioso tratándose de ciertos tumores que no deforman la víscera que los alberga, y que tienen en ello su característica como sucede con el bazo.

La percusión constituye la base de la clasificación de Tillaux, que tantas excepciones cuenta.

No precisamente con la percusión pura, pero sí con la llamada percusión palpatoria, se obtiene el *frémito hidatídico* que, de no ser tan raro de observar, tendría en él el médico un poderoso auxilio para decidir diagnósticos dudosos y de difícil solución.

Nos referimos al tan común y frecuente quiste hidatídico que, á pesar de visitarnos con tanta asiduidad, no lo sabemos reconocer bien aún. Pues bien, cuando el quiste presenta el signo que señalamos, que le es *patonogmónico*, el diagnóstico ha quedado establecido.

Pero en qué proporción se encuentra en el examen el frémito hidatídico? En muy mínima por no decir que es *rara avis* en la práctica.

Auscultación

El doctor Testi, en su trabajo sobre tumores

del vientre, al ocuparse especialmente de la auscultación del abdomen como medio de diagnóstico, refiere las últimas ideas acerca de la facilidad de oir en determinados sitios de la cavidad, *ruidos* bien explicados en algunos casos, difíciles de constatar generalmente, y lo que es peor, muy inconstantes.

La falta de un sólido material de estudio teórico-práctico hasta el presente, hace que se deba aceptar con muchas reservas la auscultación en el abdomen, razón por la cual nosotros no creemos oportuno en este pequeño trabajo ocuparnos de ella, limitándonos únicamente á señalar aquí la auscultación, á quien los estudios á que nos hemos referido, pretenden colocar entre los medios de investigación para el examen del abdomen.

Punción

Es este un medio de diagnóstico que tratándose de los tumores del abdomen presenta muchas contradicciones.

Por un lado está la práctica de tantos años que ha permitido punzar, sin ningún ó con muy pocos accidentes que lamentar, tumores de órganos que, como el bazo, gozan de mucha movilidad y son fácilmente desgarrables.

Por otro, los que creen que la punción es en algunos tumores seria y que puede llegar hasta poner en peligro la vida del enfermo. Nos referimos á los quistes hidatídicos.

La caída en el peritoneo de algunas gotas del

líquido quístico, produce accidentes tóxicos que se revelan por urticaria, tendencia al síncope, enfriamiento, pulso filiforme é irregular, sudamina, etc.

Tenemos observación propia al respecto, en nuestro internado, con la punción de un tumor que resultó ser un quiste hidatídico del hígado.

El sujeto sufrió inmediatamente de efectuada aquella, un síncope, con relajación de esfínteres, que hizo temer por momentos por su vida, y á pesar de haber triunfado con la oportuna medicación, el enfermo quedó durante dos ó tres días bajo el terrible anatema de los síntomas peritoneales.

Otro hecho que desacredita la punción es, que aquellos quistes hidatídicos que son punzados, al ser operados, en lugar de aquel contenido claro cristal de roca típico, se encuentra un líquido no ya transparente sino algo turbio, que casi siempre termina por supurar, lo que implica mucho para el consiguiente tratamiento.

Supongamos ahora que la punción se hizo para asegurar un diagnóstico. ¿Que provecho de ella se puede sacar?

En el caso de un quiste y de la variedad hidatídica, saldrá un líquido claro transparente *cristal de roca* de 1009 á 1015 de densidad con el $^1/_5$ $^0/_0$ de su volumen de sales inorgánicas, y de estas, la mitad constituídas por cloruro de sodio. El

líquido en cuestión no es albuminoso, dato que debe anotarse porque cuando lo es, el equinococo ha muerto.

Puede además extraerse un exudado ó un transudado.

El exudado es opaco, muy denso, con mucha albúmina, muy fibrinoso, con gran cantidad de sales.

El transudado por el contrario, es poco denso, transparente, poco albuminoso, con pocas sales.

Examen microscópico

El microscopio sirve en los casos de tumores á contenido líquido ó en los derrames para anotar la presencia de las células que contenga: así en el exudado nos demostrará glóbulos blancos, células epiteliales normales y degeneradas.

Sirve, además, para caracterizar los mismos elementos en el contenido de un tumor sólido, indicando la naturaleza histológica del mismo, asegurar ó rectificar el diagnóstico formulado y con ello, fundar muchas veces un pronóstico que es quizás la parte más importante que de él se pueda sacar.

Tacto

Es este un medio importante por muchos puntos de vista, sea para ratificar ó rectificar un diagnóstico ya pronunciado, ó para contribuir poderosamente al diagnóstico definitivo.

El tacto vaginal, el de mayor importancia entre ellos, es el que mejor cuenta da de lo que hemos escrito.

Por él apreciamos las conexiones de un tumor con los órganos genitales femeninos, ya formando cuerpo con estos, ó unido por un simple pedículo, y conocemos también el estado de los fondos de saco.

De modo que en la duda, cuando el crecimiento de arriba hacia abajo ó viceversa, el sitio que ocupa en el momento del examen y los demás síntomas no permiten asegurar un diagnóstico, el tacto se presenta para rechazar del dominio de los órganos genitales un tumor, ó aceptarlo cuando lo nota francamente adherido á ellos.

El tacto rectal en los dos sexos presta también reales servicios. En el femenino completando al vaginal (estado del fondo de saco de Douglas) sea ya en las enfermedades genitales ó en aquellas otras que hacen irrupción en aquel, como sucede con algunas formas de apendicitis.

En el hombre no ofrece la misma importancia, pero se tiene en él un buen colaborador para el diagnóstico de tumores fecales, apendicitis, etc.

Síntomas funcionales

En algunos órganos adquieren estos tanta importancia hasta sobrepasar los físicos. Al hablar de los tumores malignos del estómago hemos expuesto la importancia real que ahí tienen; para no repetir indicamos aquel capítulo.

En general son síntomas de aparición precoz, y mucho antes de que el tumor se haga visible y llame la atención, los síntomas funcionales han

puesto ya al enfermo y al médico en un camino más ó menos seguro.

Pero las excepciones, como siempre, se encargan de destruir todo lo ganado, y cuando algunos tumores del abdomen por la gran extensión que adquieren comprimen un determinado órgano, producen toda la sintomatología propia de aquel y como por otra parte no existe tumor visible, todas las atenciones á ese órgano se dirigen y sin embargo no es quien sufre. El órgano atacado es otro y quizás muy distante del presumido.

Estado general

Toca el turno á los síntomas proporcionados por el estado general, que contribuye no poco cuando el tumor no es aún visible por el sitio de su desarrollo, vísceras muy profundas ó superficiales, pero oculto como pasa con los neoplasmas de la pequeña curvatura gástrica, que se esconden detrás de las costillas.

Esto en cuanto á los tumores malignos que no apreciados en la calidad de *tumores*, no se revelan más que por algunos síntomas funcionales de mayor ó menor importancia, y por el reflejo en el estado general.

Y sería este un caso en que hecho el diagnóstico de tumor, y de tumor maligno, no es del todo fácil precisar el sitio y que demuestra que no es menos importante en ocasiones el diagnóstico de naturaleza que el de sitio.

Por otra parte los síntomas que ofrece el estado

general son *tardíos*, aparecen generalmente cuando la enfermedad ha progresado de una notable manera, y cuando los síntomas funcionales ya han puesto en la vía del diagnóstico. Son síntomas que más que fundarlo ratifican un diagnóstico.

—

Los tumores benignos pueden afectar de una manera más ó menos intensa, el estado general del enfermo, lo que influye mal en el ánimo del que observa, por las dudas que siembra en su espíritu sobre la exactitud de su diagnóstico.

Todos los medios de investigación que hemos pasado ligeramente en revista adquieren, según los enfermos en observación, mayor ó menor importancia, pero á condición de que se unan, de que se haga el examen trayendo á contribución el material que cada uno de ellos puede aportar á la obra común; de lo contrario aisladamente pierden su eficacidad, son insuficientes.

Así cuando alguno de ellos revele síntomas de importancia, será menester ayudarlo complementándolo con el material del que le sigue, que robustecerá ó no la obra empezada por el anterior.

Y si todos ellos no pueden robustecer lo suficiente el diagnóstico, no debemos por eso apelar á recursos operatorios sin antes haber renovado, haber insistido en nuevos y repetidos exámenes, que siempre abren nuevas vías que obligan á fijar mayor atención sobre signos que habrán pasado

desapercibidos, ó que se les había dado escasa importancia práctica.

Recién entonces llega el último recurso, recién se quemará el último cartucho: la laparotomía exploratriz.

Laparotomía exploratriz

Hemos en la introducción condenado bastante ese procedimiento que la práctica diaria — sobre todo la hospitalaria — ha erigido en medio de diagnóstico, comparable á los anteriores.

No repetiremos aquí lo dicho. Al colocar la incisión exploratriz entre los medios de diagnóstico á nuestro alcance, lo hacemos exigiendo sea usada en su verdadero concepto.

Tumores de la pared

Haremos primero diagnóstico de sitio. ¿ Está el tumor situado en la pared abdominal anterior? ¿ Y en qué parte de ella, es subcutáneo, ó está en el espesor de la masa muscular?

Estos tumores hacen apreciable relieve á la inspección, son movibles con los actos respiratorios, y gozan de movilidad á la palpación.

En efecto, la inspección denota un tumor que hace saliencia, que sigue los movimientos respiratorios de atrás hacia adelante, es decir, perpendicularmente al eje mediano del cuerpo.

Pero la palpación constata mejor sus síntomas. Colocada una mano á través en la pared anterior y sobre el tumor, se desplazará en el sentido indicado; la misma mano podrá mover ese tumor con relativa facilidad, siempre con la característica de guardar relación en todos sus movimientos con la pared.

En los de la cavidad no pasa así, como veremos más adelante.

El primer punto está resuelto, el tumor es de la pared, queda á saber si es subcutáneo ó muscular.

Para eso, estando el enfermo en observación, acostado, tomaremos entre nuestras manos el tumor, é indicaremos al enfermo que se siente; cuando efectuado este cambio el tumor sigue siendo movible y se hace más saliente, diremos que es antemuscular.

Mientras que, cuando á pesar de sentirse bien bajo nuestra mano, el tumor se oculta y se hace inmóvil, señal es que pertenece á la masa muscular.

Este diagnóstico de tumor de la pared es de gran dificultad, cuando se quiere distinguir los pertenecientes á la capa celular sub-peritoneal.

Es de gran dificultad y á veces sin resolución, porque pierden sus caracteres que los individualizan, su saliencia y la influencia que sufren por los movimientos.

Se presenta después de haber resuelto el problema anterior la necesidad de resolver qué consistencia tiene el tumor, si se trata de un tumor líquido ó de uno sólido.

Los tumores líquidos tienen como carácter esencial el tener en toda su extensión renitencia y elasticidad; los sólidos la falta de esos caracteres, excepción hecha de aquellos que tienen el signo propio á los tumores líquidos en algunos puntos de su superficie, mientras que en el resto de

ella están perfectamente de acuerdo con la consistencia de los sólidos.

Un lipoma reblandecido, por ejemplo, comprende muy bien nuestra idea.

Ocupémonos ahora de los tumores antemusculares, sólidos generalmente.

Debemos señalar que en la pared se han observado toda clase de tumores por lo que respecta á la naturaleza de ellos, pero con muchas excepciones, en cuanto á su frecuencia, como sucede con los tumores líquidos, que son raros.

El *lipoma* de la línea blanca se presenta como un pequeño tumor, ocasionando vivos dolores y disturbios digestivos, que sirven para despistar por completo el diagnóstico.

Otro hecho que causa muchas confusiones es el punto de que arranca: teniendo su sede en el tejido celular subcutáneo el caso es fácil de decidir, pero naciendo, como nace á veces, del celular sub-peritoneal, es difícil decir si se trata únicamente de un lipoma, ó no es este más que el centinela avanzado de una epiplocele.

No queda sino la operación para decidir cual de las dos afecciones es la en juego.

Antes de pasar á los tumores intraparietales, digamos algunas palabras sobre el *absceso de la pared.*

Cuando este esté bien constituido en el momento en que se examina al enfermo, no habrá que hacer

gran derroche intelectual para reconocerlo. Tendrá signos bien comunes á todos ellos y en cuanto á su sitio, recordaremos lo dicho para situarlo en la pared.

Pero dada la forma de comienzo que tiene, se presta á muchos errores, que es necesario advertir para no incurrir en ellos.

Mientras la pared no presenta nada de anormal, síntomas funcionales muy variados según los antecedentes del enfermo, y de diferente valor, llaman la atención del médico, pero no naturalmente hacia la pared, sino hacia ciertos órganos abdominales.

Se abre la escena de diversos modos: son ya dolores parecidos á los de la úlcera gástrica, síntomas localizados en el hígado cuando el paciente proviene de países cálidos, síntomas variados en la micción, tratándose de enfermos atacados anteriormente de las vías urinarias.

Y lo que es más, de golpe sobrevienen fiebre, escalofríos, malestar general, constipación ó diarrea.

¿Qué camino tomar, en qué dirección encarrilar el diagnóstico?

Bien fácil es pensar que en tales casos se deje la palabra á la evolución de la dolencia, porque no queda otro recurso, salvo que la etiología indicara verdaderos rumbos.

Cuando se encarga á la evolución esa solución del problema, se verá pronto despejarse la incóg-

nita, el dolor aumenta de intensidad, se localiza en un punto determinado—donde se situará el tumor—y transcurridos siete ú ocho días aparecerá un empastamiento duro, resistente, de formas variables, acompañado por síntomas generales.

La afección concluirá con una de las formas con que lo hace la inflamación y cuando lo haga por supuración la fluctuación se encargará de completar el cuadro.

Ya constituído el absceso, acordándose de los caracteres que presentan los tumores parietales, movilidad con la respiración y movilización amplia, se podrá distinguirlos de los símiles de algunos órganos intra-abdominales.

~

Se ha encontrado al tumor que es sólido y situado en la pared muscular. Se trata de un fibroma, un sarcoma?

El primero tiene los siguientes síntomas: tumor situado en la fosa ilíaca, generalmente de pequeñas dimensiones, poco doloroso (excepcionalmente muy doloroso), duro, con ligera elasticidad, adherente á la cresta ilíaca.

Tumor que ofrece naturalmente los caracteres de *intra-parietal*, y que se presenta con suma frecuencia en la mujer.

El sarcoma puede confundirse con un fibroma: pero su gran dureza, la marcha excesivamente rápida, que le es común, la caquexia y la poca

repercusión ganglionar, hacen fundar el diagnóstico.

Tumores de la cavidad

¿El tumor que se estudia pertenece á la cavidad?

Se observará el sitio por él ocupado, la movilidad que presente y en qué dirección.

Los tumores movibles con los actos respiratorios son aquellos que pertenecen á la pared superior del abdomen ó á los órganos unidos á la misma, y se mueven de arriba hacia abajo, es decir, paralelamente al eje mediano del cuerpo.

La palpación completará el dato de la movilidad y á más permitirá la siguiente exploración.

El enfermo acostado, se tiene entre las manos el tumor que se quiere examinar, haciéndole cambiar de posición, sentándose el paciente el tumor no es más palpable, debido á la contracción muscular que forma un verdadero plano resistente.

De los dos caracteres apuntados el que sin duda alguna tiene mayor valor es el último. Numerosas excepciones se constatan de tumores pertenecientes al hígado y al bazo, quienes, por adherencias contraídas con los órganos vecinos han perdido su movilidad.

Una vez que situamos el tumor en el abdomen averiguamos su consistencia sólida ó líquida.

Con estos datos pasaremos al diagnóstico de los tumores de cada órgano.

Bazo

Los medios de examen nos guiarán para caracterizar el tumor como perteneciente al bazo.

Estos tumores ocupan generalmente cuando son pequeños, el hipocondrio izquierdo. Pero este dato no nos guía sino relativamente, el mismo tumor crece, aumenta considerablemente de volumen y gana el flanco ó la fosa ilíaca correspondientes.

A más el bazo se desplaza, como veremos más adelante, y el sitio ocupado por el tumor es bien otro muy diferente.

No olvidemos que aunque el sitio sea preferente para el bazo, los tumores del riñón, con relativa frecuencia, invaden el hipocondrio simulando en todo un tumor correspondiente al bazo y como excepción quizás, pero digna de tener en cuenta, un enorme tumor del lóbulo izquierdo del hígado que pasa el epigastrio y llega al hipocondrio.

En cuanto á un tumor que ocupase el gran fondo de saco del estómago, no podría en rigor diagnosticarse como perteneciente á uno ú otro órgano.

El sitio, pues, por sí solo, no basta para caracterizar estos tumores, como ninguno de los que ocupan el hipocondrio.

La inspección siempre, nos revela un tumor movible con la respiración, característica de los tumores de este órgano que los diferencia muy bien de los otros mencionados.

Seguimos, y la palpación nos da también un elemento de algún valor.

Conservan frecuentemente la forma normal del bazo los tumores que en él se radican. Alargados, elipsoides, terminan en punta, teniendo en su borde anterior el hilo con sus escotaduras.

Pero más arriba decimos elemento de *algún* valor porque tiene sus excepciones. Ya las encontraremos.

La percusión de los tumores que ocupan el bazo es siempre mate, elemento este sí de gran valor que permite esclarecer agregados á los anteriores, el diagnóstico con un túmor del riñón.

Tillaux habla á este propósito de casos muy raros en que estando recubiertos por alguna porción del aparato digestivo, como pasaría á los tumores que tomaran nacimiento en la cara interna del bazo por detrás del hilo, rechazarían el estómago y el ángulo del colon hacia adelante y de ese modo serían sonoros á la percusión.

Como los del riñón lo son siempre, ha tratado el autor citado de diferenciarlos, dando como

carácter á los primeros una sonoridad más ó menos variable dependiente de la mayor ó menor distensión de los órganos situados por delante, mientras que cualquiera que sea, tratándose de los segundos, el volumen del colon situado en su cara anterior la franja sonora no cambiará de sitio.

Hemos puesto á contribución algunos de los medios clínicos á nuestro alcance, para hacer diagnóstico de sitio, y suponemos que á ello nos han conducido.

Hemos reconocido como sólido al tumor. Queda por saber qué clase de tumor es.

Tumores sólidos

Desplazamientos. — Desde el simple ascenso y descenso, su inversión, hasta el bazo movible, todo queda incluido en los desplazamientos.

Estos son efectuados por este órgano, debido á sus conexiones con el estómago, que le permite, por medio del ligamento gastroesplénico grandes movimientos, muy amplios, y sirviéndose de eje del mismo órgano, al cual está unido.

El bazo movible puede ocupar sitios muy variados; abandona su hipocondrio, puede ir á la región umbilical, la fosa ilíaca y según algunos autores, hasta la misma cavidad pelviana.

Es una afección menos frecuente que el riñón flotante, lo que sirve en parte para diferenciarlos.

Los caracteres más importantes de este tumor son: forma oblongada con escotaduras en su borde anterior, masa que huye á la presión, que con

relativa facilidad vuelve á su sitio normal, pero para volver á caer inmediatamente. A similitud del riñón flotante, puede provocar síntomas reflejos gástricos, y síntomas nerviosos.

Ya veremos al hablar del riñón movible el diagnóstico diferencial entre ambos.

Esplenomegalia.—Esta enfermedad es de un diagnóstico generalmente fácil, sobre todo cuando se trata de esas considerables hipertrofias de que se afecta generalmente el bazo, á causa del paludismo.

Tumor movible, regular, liso y duro, que conserva la forma normal de la víscera que lo hospeda, que se desplaza con facilidad, mate á la percusión, ocupando el hipocondrio izquierdo, es seguramente un tumor que ha crecido á expensas de la hipertrofia del bazo.

Cuando desciende é invade otras regiones, como ser la umbilical, pudiendo llegar hasta la fosa ilíaca derecha, quedarán siempre en pie para caracterizar al tumor de que hablamos, los signos típicos señalados más arriba.

Tumores malignos.—Son raros en el bazo y más aún de desarrollo primitivo.

Secundarios, por lo general, afectan una forma irregular, tienen abolladuras múltiples en su superficie, son de consistencia muy dura.

Esto en cuanto al tumor.

Son acompañados por hipertrofia del hígado, con ictericia y hemorragias nasales.

Los enfermos presentan ascitis, edemas de los miembros inferiores, y por fin, caquexia.

El sitio ocupado por el tumor, sus caracteres, la presencia de otro de la misma naturaleza en otro órgano, harán seguro el diagnóstico de tumor maligno del bazo.

Tumores líquidos

Estamos ahora en presencia de un tumor líquido. ¿Se trata de un quiste hidatídico?

El bazo no es muy afectado por el quiste hidatídico.

En la estadística que al respecto trae el libro de los doctores Herrera Vegas y Cranwell, se registran 30 observaciones sobre un total de 970 casos.

Durante mi internado, se ha presentado al Hospital un solo enfermo de quiste hidatídico del bazo.

Esta enfermedad, generalmente indolente — indolente al principio, dolorosa después, en la observación que publicamos en otro lugar — pasa desapercibida por mucho tiempo, y es recién, cuando el tumor hace prominencia, que el enfermo nota la deformación que lleva en el hipocondrio correspondiente y que acude á lo de un médico.

¿Cuáles son los elementos de juicio que éste tiene para formular su diagnóstico?

Cuando el quiste no abandona el hipocondrio

se presenta bajo el aspecto de un tumor liso, regular y renitente.

Tumor que sigue ó no á la respiración en sus movimientos (por las adherencias que contrae con diversos órganos).

En la enferma que motiva nuestra observación núm. 1, el tumor no acompañaba á la respiración.

Palpando el bazo, se le encuentra deformado, es decir, que no se halla ya su borde anterior con sus escotaduras características, lo que es bueno tener presente para relacionarlo con lo dicho más arriba.

Ahora bien, los tumores del bazo conservan, generalmente, la forma al órgano, pero con excepciones, y hela aquí señalada.

Los mismos tumores, por sus conexiones con el diafragma, ascienden y descienden con él, lo que hemos visto no sucede con los quistes.

Consideremos ahora el caso de un tumor hidatídico del bazo, que crece enormemente y abandona el hipocondrio.

¿Cómo lo reconoceremos? En primer lugar, por la dirección en que se efectuó el crecimiento, de arriba hacia abajo, dato que el mismo enfermo nos lo puede suministrar.

Pero es que en los grandes tumores, que bajan hasta ocupar el hipogastrio, el dato suele ser de poco valor; más, si se trata con enfermos poco atentos, que no hacen sino inducir en error.

En la citada historia eso ocurre; la enferma afirmaba el crecimiento de abajo hacia arriba.

Otro elemento de diferenciación es la percusión sonora en el hipogastrio, que pierde todo su valor cuando el quiste en su descenso llega á invadir esa región.

Llegado á este punto, en que tan difícil se hace la resolución del problema, se presenta la punción ó la laparotomía como únicos recursos de diagnóstico.

Consecuentes con lo manifestado al hablar de la primera, la rechazamos, por los peligros que presenta.

No queda sino la laparotomía, y se echará mano de ella cuando se hayan agotado todos los recursos. Nunca antes.

Abscesos.—Sobrevienen en individuos cuyo estado general está seriamente afectado, como pasa con el escorbuto, la fiebre tifoidea de forma grave, etcétera, ó en aquellas personas que han estado sometidas á grandes fatigas corporales.

Son raros. Síntomas propios que llamen directamente la atención no tienen; pero en cualquiera de los enfermos mencionados que se presente de pronto una tumefacción dolorosa del hipocondrio izquierdo, con temperatura, y nuestra investigación debe llevarse hacia el absceso del bazo.

Por el mismo derecho que da el estado general de esos enfermos, toda vez que sin sobrevenir sín-

tomas locales en la víscera de que hablamos, aparezca fiebre típica de supuración, también interrogaremos el bazo como otros órganos, pero con cierta predilección, insistiremos en aquel.

Estómago

Reconozcamos al tumor el origen en este órgano.

La inspección señala un tumor situado en el epigastrio: hay presunciones en su favor.

Pero hay que advertir que no siempre ocupan esa región, y que según la parte del órgano afectado, toman los tumores del estómago una ú otra dirección.

Los tumores que nacen en la pequeña curvatura, cubierta ésta como lo está por el hígado, no son visibles, á más tienden á esconderse debajo de las costillas.

Los de gran fondo de saco se desvían hacia la izquierda y no es raro el verlos ocupar el hipocondrio correspondiente.

Los del píloro se reconocen á la derecha de la línea mediana y por encima del ombligo; pero no comúnmente, porque recubiertos por el hígado, no hacen relieve á menos de descenso del estómago.

Los de la cara posterior no son visibles. En cambio los pertenecientes á la anterior, son los que hacen mayor saliencia, los que más se prestan al examen.

Esta variedad de sitio por lo que respecta al mismo estómago; ahora los órganos vecinos se encargan de ocupar el epigastrio y con no poca frecuencia.

Así los tumores del lóbulo izquierdo del hígado invaden la región citada, lo que pasa también en muchas ocasiones con los del bazo.

El diagnóstico de sitio en este órgano, tiene quizás menos valor que en los otros de la cavidad.

Siempre inspeccionando, nos fijamos si el tumor que observamos sigue los movimientos respiratorios y no los sigue.

Tenemos en esto un dato de gran valor comparativamente al hígado y al bazo.

La palpación nos suministrará datos sobre la forma, consistencia, dureza, desigualdades de superficie que en el tumor podamos encontrar, y después sobre su movilidad.

La percusión de estos tumores es mate con eco timpánico, la llamada matitez timpánica, á una percusión superficial, francamente sonora con percusión fuerte; hechos que sirven también para separar los tumores del hígado y del bazo, siempre mates cuando percutidos.

Con las reservas que en el camino hemos hecho

notar, podremos diagnosticar tumor del estómago, pero nos adelantamos á decir que los signos físicos ceden, por regla general, el sitio de honor á los funcionales.

Por muchas razones. Constituido ya el tumor, no se hace visible, y guiándonos únicamente por los síntomas físicos, no podríamos diagnosticar ni siquiera suponer la existencia del neoplasma (nos referimos á tumores malignos), como sucede con los tumores de la pequeña curvatura, mientras que los funcionales, si no autorizan, por lo menos inducen á suponer un neoplasma de esa región.

Reconocido el asiento estomacal y la consistencia sólida, qué clase de tumor es el considerado. Un carcinoma en la gran mayoría de las veces.

Tumores sólidos

Los tumores benignos, lipoma, fibroma, son sumamente raros y de poco interés clínico, más son hallazgos de autopsia.

Volvamos á la palpación. Nos indica en estos casos dos sensaciones diferentes: ó bien una masa dura, irregular, con abolladuras en su superficie circunscripta, movible, con timpanismo á la percusión, ó si no un empastamiento resistente y duro.

En el primer caso, junto con los datos funcionales que recogeremos, el diagnóstico se impone.

Pero no es este el problema que debe resolverse generalmente, cuando la enfermedad no está tan

avanzada, y cuando hay realmente un interés práctico para con el diagnóstico diferencial.

En el segundo, la sensación obtenida no deberá confundirse con la contractura de los músculos de la pared, causada por la impresión de las manos frías.

En otras ocasiones los signos funcionales estomacales hacen presumir una neoplasia maligna del órgano, y cuando se quiere asegurar y ratificar esa presunción ó casi certeza con el examen físico, éste se enmudece, quedando en muchos casos únicamente librado el diagnóstico á merced de la evolución de la enfermedad.

Se nos permitirá aquí una digresión — quizás no del todo justificada.

Hemos considerado el caso de un tumor típico, al diagnóstico exacto del cual conducen un buen interrogatorio y examen físico, y dijimos que no era ese generalmente el problema más serio. Y no lo es.

La clase de tumores de que nos ocupamos, exige, á más del diagnóstico de sitio y de naturaleza, común á todos, un diagnóstico precoz.

Qué dificultades debe vencer el clínico delante de un enfermo caquéctico, con metástasis, que acompañan al tumor que lleva en el estómago? Ninguna, y lo que es peor.

Qué ventajas y qué provechos reportan al enfermo un diagnóstico que arrastra consigo un pro-

nóstico fatal en breve espacio de tiempo? Tampoco ninguno.

Y por eso queremos decir dos palabras al respecto, eligiendo el estómago por ser el órgano que mejor nos servirá de ejemplo para demostrar lo que sigue, y el que mayor provecho pueda sacar mediante una ingeniosa operación, con un diagnóstico precoz.

Cuando valiéndonos de algún medio de investigación podamos descubrir los tumores del estómago en el comienzo de su desarrollo, habremos obtenido al par que un triunfo de diagnóstico, uno de tratamiento, sobre todo este último.

Podremos entonces llamar al cirujano á hacerse cargo del porvenir del enfermo con una operación que en muchos casos puede alargarle considerablemente la vida, lo que es siempre una ventaja.

Pero hasta que no sea un hecho lo que decimos en el párrafo anterior, faltando el tumor y á pesar de todas las probabilidades que pueden dar los síntomas funcionales, no nos queda más que dos recursos: la expectación y la laparotomía exploratriz.

Véase frente de un enfermo que se enflaquece rápidamente, y á quien se ha colocado en el vidrioso y resbaladizo terreno de la expectación armada — por no haber suficientes razones clínicas para entregarlo al cirujano — la enorme responsabilidad del médico que, probablemente llenará esa

indicación cuando las probabilidades de éxito de una intervención serán muy pocas, sino nulas.

No nos corresponde discutir por otra parte si se debe echar mano de la laparotomía exploratriz, como muy á menudo se hace. Y decimos que no nos corresponde discutir el punto porque hemos desechado anteriormente la incisión como medio de diagnóstico obligado.

Nosotros después de lo dicho nos contentamos con patentizar la inmensa importancia práctica para el pronóstico y tratamiento del paciente, de un diagnóstico precoz.

Cuando los signos funcionales gástricos, no son acompañados por los físicos para el diagnóstico, ó que los primeros no bastan por sí solos habrá que resolver el problema de la diferenciación de la úlcera redonda y del carcinoma del estómago.

El cuadro siguiente indica mejor que nuestra descripción los caracteres de una y otra enfermedad.

Úlcera redonda		**Cáncer**
(Frecuente entre los 20 y 40 años)		(Más frecuente después de los 40 años)
Hiperclorhidria anterior		*Herencia*
	SANGRE	Disminución de hematies Aumento de leucocitos. Disminución de la hemoglobina.
No tiene		*Repercusión ganglionar*
		Dilatación de estómago.

DOLOR	Punto xifoideo y raquídeo	Epigástrico.
	Se propaga.	Sin propagación.
	Intensidad cambia con posición.	No sufre variación.
	Se origina y aumenta con la ingestión de alimentos.	No es modificado por la ingestión alimenticia.
	Exaspera más á las tres horas de digestión.	Tampoco por la digestión
HEMORRAGIA	*Gran cantidad.*	*Poca cantidad.*
	Sangre roja.	*General. borra de café.*
	Desde principio existe.	*Al final cuando se ulcera*
	Aum. con el movimiento	No.
VÓMITOS	Se producen con la ingestión.	A las 24 hor. de ingestión
	Alimenticios.	Alimentos fragmentados, sin digerir.
	Después de vomitar el enfermo se calma.	No.
	Muy ácidos (H. Cl.)	Mucho ácido láctico.

Los tumores de la gran curvatura pueden confundirse con los del colon sobre todo en mujeres neurópatas, en quienes la acumulación de varios días de materia fecal, constituye un tumor que por el sitio y consistencia puede inducir en error.

Buena manera de evitarlos en lo posible es recetando purgantes que contribuyen á la desaparición del tumor.

Hígado

Ocupan los tumores de la glándula hepática el hipocondrio derecho. Es un signo éste, que como

siempre sufre excepciones, por los desplazamientos de la víscera misma y por la ocupación de la región citada por tumores de otros órganos.

Las regiones ocupadas después de la señalada son el epigastrio, con mayor frecuencia, el hipocondrio izquierdo muy rara vez, la región umbilical, etc.

En la observación número 2, vemos ocupar el tumor el epigastrio y el hipocondrio derecho. En la número 3, ocupar únicamente el epigastrio.

Después de indicarnos la situación ocupada por el tumor sabremos por la inspección, si es movible con los actos respiratorios y en este caso lo será.

En la primera de las observaciones citadas el tumor se movía de atrás hacia adelante, lo que constituye una excepción. Es propio, ya lo dijimos, de los tumores de la pared superior del abdomen, ó de los órganos á ella unidos, el tener movimientos de arriba hacia abajo, mientras que el carácter presentado por el tumor que pertenece á nuestra observación número 2, corresponde á los tumores de la pared anterior.

La palpación ayuda más que el medio de diagnóstico anterior, sobre todo tratándose de hígados patológicos.

Por ella conoceremos el estado del borde inferior, su consistencia, su forma; sabremos además cuando examinamos el tumor su forma, su super-

ficie si lisa é igual, su consistencia y ratificaremos los datos que sobre la movilidad nos suministró la inspección.

Percutiendo, obtenemos un sonido mate que se continúa sin ningún obstáculo, con la matitez hepática.

Salta á la vista que es con la palpación y percusión que tenemos poderosa guía para el diagnóstico de sitio.

Tillaux señala como excepción, la sonoridad de los tumores que ocupan la cara inferior del hígado. Pero es una verdadera excepción, que en este caso no daña la regla sentada.

Podemos asignar al hígado el tumor que se nos presente con los caracteres señalados.

Falta completar el diagnóstico diciendo qué clase de tumor es. Veámos primero los líquidos.

Tumores líquidos

Pensamos siempre en lo más frecuente entre nosotros, que es el quiste hidatídico.

Decimos más frecuente primero, por lo común en la República y después, por ser la glándula biliar la más afectada por el equinococo.

El diagnóstico de quiste hidatídico es fácil en general y por eso, y por la frecuencia ya señalada es que se abusa de él formulándolo paso á paso cuando el problema que se quiere resolver no presenta fácil solución.

Un tumor que ocupe la cara superior del hígado, y preferentemente el lóbulo derecho, liso, de su-

perficie igual, indolente al principio, que sigue los movimientos propios del hígado, de desarrollo lento y gradual, mate á la percusión, matitez que se continúa con la del hígado, que ha originado después dolores aunque de poca intensidad, irradiándose al hombro derecho, con producción de urticaria, el todo en un sujeto que viene de la campaña es casi seguramente un tumor hidatídico.

Y si presenta además el *frémito hidatídico*, el caso no admite dudas.

Ahora llega el caso para demostrar lo que más arriba decimos. Cuando notamos en el hígado un tumor difuso ocupando su espesor y que no lo ha deformado, también diagnosticamos quiste y hacemos el diagnóstico por exclusión.

De los quistes del hígado á desarrollo torácico no nos ocupamos porque no nos corresponden.

Los situados en la cara inferior, tienen como lo hace notar el profesor Tillaux, percusión sonora; los antecedentes, la marcha del tumor, los datos revelados por la palpación, son los puntos de mira que nunca se deben olvidar cuando se hagan diagnósticos diferenciales, que por cierto no estarán exentos de grandes dificultades.

Cuando el tumor hidatídico termina por supuración, fácil es diagnosticarlo cuando primeramente se hizo el recocimiento de quiste. En una palabra, en un sujeto que se sabía afectado por esa enfermedad, que le sobrevenga dolor en la región del

hipocondrio — que anteriormente faltaba ó era de muy poca intensidad — acompañado con fiebre remitente ó intermitente, sudores, ictericia y agravación del estado general, deberá pensarse lógicamente en quiste supurado.

Pero consideremos el caso de esos tumores hidatídicos que indolentes é insidiosos por mucho tiempo, no han aún llamado la atención del enfermo y que de un momento á otro supuran. ¿Cómo diferenciarlos de un absceso hepático? Veremos despues como se hará el diagnóstico.

Absceso hepático. — El abceso hepático es relativamente común entre nosotros, á diferencia de ciertos países de Europa, donde se le observa poco lo que contribuye á dificultar más el diagnóstico.

En un enfermo que acude á la Clínica con antecedentes *disentéricos* que ha vivido en países cálidos, que presenta fiebre remitente ó intermitente, con un tinte amarillo de la piel, ictericia anterior y con los siguientes síntomas físicos: aumento de volumen hepático, edema de la pared, fluctuación profunda, no debemos dudar para diagnosticar absceso hepático.

Pero no siempre es así tan fácil el problema, no se presenta el absceso con sus síntomas cardinales tan claros y entonces se hace necesario, antes de llegar á ese diagnóstico, pasar en revista

otras enfermedades que pueden con él confundirse.

La falta de antecedentes disentéricos, la menor reacción febril y del estado general, los síntomas locales de supuración menos acentuados, harán conocer á un quiste hidatídico supurado.

Con un absceso de la pared abdominal.

Véase el siguiente cuadro:

Absceso hepático.	**Absceso de la pared.**
Antecedentes disentéricos.	ANTECEDENTES { Gástricos. Hepáticos. Urinarios.
Dolor sordo y profundo.	Más superficial.
Aumento matitez hígado.	No hay.
Coloración ictérica de la piel.	Inconstante.
	Tumor con caracteres de los parietales

Con una colecistitis calculosa. Al hablar de esta enfermedad haremos el correspondiente diagnóstico diferencial.

Vesícula biliar

Al hacer el examen del hígado la palpación dando cuenta del estado del borde inferior, servirá pare reconocer la vesícula biliar.

Los tumores de ella hacen saliencia por debajo de las falsas costillas derechas, sobre el borde externo del músculo recto abdominal. A todo se le agrega los *antecedentes de cólico hepático* y el diagnóstico de sitio quedará hecho.

Otra cosa sucede cuando el tumor aumenta y gana otras regiones; poco ayudará la palpación y será la percusión, la que indicando la intima

conexión del tumor con el hígado hará suponer, y nada más que suponer que aquel pertenezca á la vesícula.

Hecho diagnóstico de sitio, queda el de la naturaleza.

Un tumor que ocupa el sitio indicado, de consistencia dura, de gran tamaño, *bosselèe* es decir, con desigualdades en su superficie, con estado general bueno, con ruidos de frote (muy raro) en un enfermo que es un calculoso no puede ser otra cosa que un tumor por cálculos.

El mismo tumor se presenta de otra manera: no es ya aquella superficie irregular sino que por lo contrario es lisa, de consistencia blanda, fluctuante, *ocupando la región de la vesícula* y sin provocar síntomas inflamatorios. Es además indoloro.

¿Pertenece á la vesícula, ó es un tumor hidatídico?

Es éste un diagnóstico sumamente difícil; si los antecedentes calculosos ó no, si el *frémito hidatídico* no basan el diagnóstico, no quedará más que la punción exploratriz ó la laparotomía hecha con el mismo objeto, para decidir la cuestión.

Cuando la vesícula es grande y dolorosa, muy sensible, que le acompañan síntomas generales y locales de pus, se formulará: colecistitis supurada.

Deberá sin embargo separarse esta del absceso hepático y de uno de la pared. Véase el diagnóstico con el primero.

Absceso hepático.	**Colecistitis supurada.**
Antecedentes disentéricos.	De litiasis biliar.
Dolor propagándose al hombro.	No.
Aumento de volumen del hígado que es doloroso.	Palpación de la vesícula es grande y dolorosa.

Con el absceso de la pared:

Absceso de la pared.	**Colecistitis supurada.**
ANTECEDENTES { Gástricos. Hepáticos. Urinarios.	De litiasis biliar.
Tumor que presenta caracteres parietales.	Palpación de la vesícula grande y dolorosa.
Inconstante.	Ictericia.

Riñón

Así como los tumores del bazo ocupan generalmente el hipocondrio izquierdo, los del riñón izquierdo se sitúan en el flanco del mismo lado, cuando son pequeños.

Cuando crecen hasta adquirir grandes desarrollos, pueden hacer saliencia en otras regiones del vientre.

Sucede que esos tumores nacidos en el flanco, al aumentar de tamaño, se llevan hacia el hipocondrio principalmente, hacia la región umbilical, la fosa ilíaca, etc.

Por eso hemos empezado hablando del sitio ocupado por los tumores del bazo y del riñón

izquierdo, que mientras no invade otros terrenos que el que le corresponde, se diferencia bien de los propios al bazo.

Sin embargo, si el tumor señalado ha aumentado de volumen y ocupa á más de su flanco el hipocondrio izquierdo, la confusión es posible y hay que evitarla.

Pero un dato poseen los tumores del riñón cuando ocupan el hipocondrio; su masa principal quedará siempre en el flanco, lo que no sucede con los del bazo. Esto en cuanto á la situación. La palpación ayudará también para diferenciar los tumores de ambos órganos, por medio de la forma y de la ausencia de movilidad de los mismos.

Los tumores renales son redondos, no es dable con el tacto reconocer particularidades de su superficie, los del bazo conservan la forma normal del órgano que los lleva, al que se le puede reconocer su superficie característica.

Son además poco movibles, carácter que no hay que olvidarlo, los del bazo gozando—salvo honrosas excepciones—de una gran movilidad con los actos respiratorios.

Llega la percusión y nos presenta un tumor mate con una banda timpánica, á causa del intestino que tiene por delante.

Hemos así llegado al diagnóstico de situación; el tumor es renal. ¿Es sólido ó líquido? Veámos los primeros.

Tumores sólidos

Riñón flotante.—Es una afección que empieza de dos maneras distintas.

En unos casos se trata de un traumatismo, de un gran esfuerzo, y el enfermo aprecia en el acto un dolor intenso en el flanco, comparable á *algo* que se rompe, que se desliza. Sigue luego el dolor, sensación de peso, imposibilidad de estar de pie; *es éste el riñón movible doloroso.*

En la otra forma que difiere completamente de la anterior, todo se pasa de una manera insidiosa, lenta y generalmente desapercibida para el enfermo.

Ya constituído el riñón flotante, presenta algunos síntomas que merecen señalarse.

Síntomas neuropáticos. Desde la simple excitabilidad, desde los simples nerviosos, así llamados vulgarmente, hasta el neurasténico y la histérica, todos los estados imaginarios se ven con frecuencia en el riñón flotante.

No es difícil que algunos enfermos al ser visitados por un médico, á quien no le dé mayores datos sobre el comienzo de su enfermedad (forma lenta é insidiosa), les diagnostique histeria ó neurastenia, sobre todo, tratándose de mujeres.

Lo propio decimos de los síntomas gástricos que ahora señalaremos, que sin un examen atento y minucioso, son atribuidos á enfermedades del estómago ó á reflejos de los órganos genitales femeninos.

Tanto los síntomas nerviosos como los gástri-

cos, acompañan muy á menudo al riñón flotante, pero es necesario darle á cada uno de ellos, el lugar que les corresponde.

Durante las crisis, los enfermos acusan náuseas y vómitos, pero aun fuera de ellas, también suelen quejarse con frecuencia de síntomas gástricos é intestinales.

La dilatación con flatulencia, dispepsias, constipación, timpanismo, etc., son señaladas por los enfermos como síntomas del comienzo de su enfermedad.

El dolor del que lleva un riñón flotante, adquiere en ocasiones los caracteres iguales á los del cólico nefrítico (con su comienzo, propagación, etc.); otras veces siente el enfermo una sensación de peso continuado, ó de tironeamiento que aumenta con los esfuerzos, hasta hacer imposible la marcha en alguno de ellos.

Los signos físicos ayudan mucho al observador.

La inspección, según algunos autores, tiene gran importancia, permite ver una depresión en el flanco correspondiente, pero prácticamente no es considerada como tal.

La palpación es el gran medio para el examen del riñón movible. Hace percibir un tumor duro, regular, reniforme, movible, que puede inmovilizarse entre las manos.

El riñón flotante se diagnosticará, pues, basándose más en los sintomas físicos que los funcio-

nales, y de entre los primeros, en la palpación.

Es fácil darse cuenta que flotando el riñón libremente en la cavidad abdominal, pueda confundirse con muchos órganos cuando su forma esté alterada.

Diagnósticos diferenciales muchos habrá que hacer para separar al hígado, bazo, mesenterio, etcétera, del tumor que nos ocupa.

Con un tumor del bazo, el bazo movible. En otro lugar damos sus caracteres, aquí en el cuadro siguiente subrayamos los signos más importantes para el diagnóstico.

	Riñón flotante	**Bazo movible**
	Más frecuente.	—
TUMOR	*Reniforme.*	*Forma oblongada.*
	Regular.	Con *escotaduras* borde anterior.
	Desplazable.	*Desplazable.*
	Que puede llevarse á su sitio.	Estos caracteres también los presenta el bazo movible.
	Que puede inmobilizarse.	
	Que cae fácilmente.	
EMPIEZA	Lentamente.	—
	Ó de golpe.	
DOLOR	*Sensación de peso*	—
	Ó igual al del *cólico nefrítico*	
SÍNTOMAS DIGESTIVOS	Náuseas, vómitos	*Puede provocar los mismos síntomas.*
	Dilatacióu de estómago.	
	Dispepsia.	
	Constipación.	
	Neurastenia é histeria.	También el bazo.

Con un tumor del mesenterio. Damos al hablar de ellos el diagnóstico diferencial.

Riñón poliquístico. — Los síntomas propios á esta enfermedad podemos decir que son nulos.

Se le atribuyen síntomas comunes de las enfermedades renales, dolor con su propagación clásica y hematuria, á la que no se ha designado ningún carácter especial.

De eso se desprende que el diagnóstico de degeneración quística renal sea hecho generalmente en la mesa de operación ó en la autopsia.

Sin embargo, los síntomas mencionados llamarán la atención del médico hacia el riñón y los medios de investigaciónn diagnóstica, por medio de la palpación, se encargarán de levantar el velo, de hacer lo demás.

Se apreciará un tumor grande, con los caracteres propios á los del riñón, con irregularidades en su superficie, y la particularidad de encontrarse los dos riñones afectados por la misma lesión.

Cuando así sucede, el diagnóstico es fácil porque ninguna otra enfermedad bilateral del riñón lo altera así.

En nuestras observaciones números 6 y 7, vemos las dificultades bien serias que se presentan en la práctica.

En la primera, palpando se aprecia únicamente un riñón aumentado de volumen, se cree estar en

presencia de cálculos renales y la operación nos enseña un riñón en degeneración quística.

En la segunda se notan muy bien las irregularidades de su superficie en el riñón izquierdo, pero en cambio el derecho se tocaba liso y regular.

Se muere la enferma y se encuentra á la autopsia que el riñón derecho también era poliquístico en su parte superior, donde no se podía palparlo.

Lás enfermedades con quienes más se puede confundir el riñón quístico, son el cáncer y la tuberculosis renal.

En el siguiente cuadro van estas afecciones, y comparando los diversos síntomas con los del riñón quístico, resaltará más fácilmente sus diferencias.

	Tuberculosis	**Carcinoma**
	Generalmente secundaria.	*Idem*
DOLOR	Precoz más comúnmente.	Falta en un 50 % de enfermos
	Se propaga como el del cólico.	Sí.
	—	Se exaspera de golpe y sin causa
	Exaspera-do por marcha ó cualquier movimiento.	Marcha y movimientos *no tienen ninguna influencia.*
HEMATURIA	Precoz con prodromos.	Tardía.
	Más común.	un 50 % de enfermos.
	Sin cólicos.	Con cólicos.
	No hay en período de estadío.	Sí hay.
	Pasajeras.	Orina bien en intervalos.
	No.	Sangre completamente unida á la orina.

PIURIA.	Tardía.	
	Orinas turbias.	Muy rara.
	Poliurias ídem de Guyon	
CISTITIS.	-- Concomitante.	No hay.
ORINA.	Ácida. — Urea normal.	Ninguna modificación característica.
	Aumento de cloruros y de fosfatos.	
	Hematies. — leucocitos.	
	Ligeramente albuminosa.	
Conserva su volumen normal por mucho tiempo.		
TUMOR	Con caracteres de tumor renal.	

Ocupémonos ahora de los tumores líquidos.

Flegmón perinefrítico.— Esta enfermedad ofrece dos clases de síntomas: locales y generales. Tumores líquidos

Estos últimos, representados por la fiebre, á tipo intermitente primero, continua después y por algunos síntomas digestivos, como son náuseas, vómitos, constipación y diarrea.

Los síntomas locales prevalecen y formulan el diagnóstico.

Dolor agudo y profundo, constante, con las irradiaciones propias del dolor renal, exagerado por los movimientos, situado á lo largo del borde externo de la masa sacrolumbar, es el síntoma que puede acusarnos el enfermo, antes de que el tumor se constituya.

Cuando éste empieza á designarse, el dolor se hará más agudo y violento, y es entonces que la fiebre se hace contínua con exacerbaciones vesperales.

La tumefacción ocupa el flanco correspondiente al riñón tomado; es lisa y renitente.

No sigue los movimientos de la respiración, carácter que es de mucha importancia, porque permite tener ya un poderoso punto de mira, cuando, por el aumento excesivo de volumen adquirido por el tumor, ha ocupado éste otras regiones, como ser la fosa ilíaca, hipocondrio derecho, etcétera.

Después la piel de la región se hace caliente, se vasculariza, se encontrará fluctuación, aunque vaga, todo lo cual indicará que el proceso está en su apogeo.

Varios diagnósticos diferenciales hay que resolver. Con un absceso superficial. La situación más próxima á la pared, la imposibilidad de palparlo, á través de la pared abdominal anterior, la menor repercusión en el estado general, un tumor que tiene los caracteres propios de los parietales y de entre estos de los antemusculares, son los signos diferenciales, que servirán para hacer diagnóstico.

Con una pielonefritis es difícil el diagnóstico. Los antecedentes no sirven para ayudar á ninguna de las dos enfermedades. Pero la pielonefritis es de desarrollo abdominal, presentándose como un tumor liso, bien limitado con peloteo, y el flegmón perinefrítico es de desarrollo lumbar, ofrece el aspecto de una masa difusa, irregular, con gran empastamiento.

Ahora, además, por la situación que puede afectar el tumor, dijimos que podía confundirse con lesiones del bazo (cuando situado á izquierda) y con las del hígado, cuando situado á derecha.

Por mayor extensión que haya adquirido el flegmón perinefrítico, siempre quedarán como síntomas importantes: el punto de partida, el mayor punto doloroso, las propagaciones de éste, los antecedentes de enfermedades renales.

El diagnóstico con un absceso del bazo se hará sabiendo que este es más raro, que aparece en sujetos debilitados, palúdicos, tifoideos, escorbúticos, etc., la falta de propagación hacia el testículo, la menor extensión del foco inflamatorio.

Con un absceso hepático, véase cómo se puede fundar:

Absceso hepático	**Flegmón peri-nefritico**
Antecedentes disentéricos.	Etiología variada.
Dolor en el hipocondrio derecho con propagación al hombro.	Dolor en el flanco con propagación al testículo y pene.
El tumor ocupa el hipocondrio derecho.	TUMOR: Empieza en el flanco, donde siempre estará más perceptible.

Teniendo en cuenta lo que decimos en otra parte de la tesis sobre abscesos pelvianos, y los caracteres que dejamos asignados al flegmón que tratamos, fácil será distinguirlos cuando este último por su extensión, descienda á la pelvis ó que el

absceso de la misma se manifieste por la localización lumbar.

Hidronefrosis.— La enfermedad que va á ocuparnos aquí evoluciona silenciosamente.

Durante largo tiempo la palpación, que es el medio de diagnóstico obligado, no revela ningún tumor.

Más tarde, cuando la enfermedad avanza, las cosas cambian; la misma palpación nos señalará un tumor grande, ocupando sea el flanco únicamente ó ya habiendo invadido además el hipocondrio correspondiente.

La inspección podrá en muchos casos acompañar á la palpación, indicando la forma, situación del tumor, y señalando la inmovilidad del mismo á la respiración.

Ya constituida la hidronefrosis, se presenta como un tumor de forma ovoide, mate á la percusión, que pelotea, poco movilizable, sea vertical ó lateralmente.

De los síntomas funcionales el dolor es el más importante.

Poco acentuado en el comienzo de la enfermedad, se acentúa después poco á poco hasta adquirir la forma de crisis, caracterizando así la forma intermitente de la hidronefrosis.

Situado en la región lumbar, tiene las propagaciones típicas del dolor renal, y cuando se ca-

racteriza por crisis, va acompañada por náuseas y vómitos.

En la orina no hay ninguna modificación en cuanto á la cantidad, salvo en la forma intermitente, en que la poliuria es constante.

Cuando esta enfermedad se presenta bajo esta forma, cuando es intermitente no podrá quizás confundirse con ninguna otra renal.

Pero presentándose como lo hace con un desarrollo lento, no provocando disturbios urinarios, que haya pocos antecedentes de enfermedades renales anteriores y el diagnóstico diferencial se hará muy difícil, sobre todo con el del quiste hidatídico renal.

Con la punción se creyó encontrar para esas circunstancias un gran elemento de diagnóstico, pero no es así. La orina contenida en la hidronefrosis no posee urea, hecho que dificulta considerablemente el diagnóstico, porque de existir ese elemento, sería típica la diferenciación con cualquiera otra enfermedad.

Más abajo haremos notar la diferencia con el quiste hidatídico del riñón.

Después de lo que queda señalado acerca de la forma lenta de aparición de la hidronefrosis, bien poco podemos agregar á propósito del *quiste hidatídico* ó si queremos de los *quistes renales*.

Pasan, naturalmente desapercibidos por el enfermo, son de desarrollo lento, son indoloros, y recién cuando una tumefacción en la región correspon-

diente al riñón hace saliencia, tumefacción, que será lisa, y con peloteo se podrá pensar en un quiste.

Seguirá éste aumentando progresivamente, hecho que sirve para diferenciarlo, se notará renitencia ó fluctuación en su superficie y sobre todo, no repercutirá sobre el estado general del enfermo.

Se comprende, pues, que entre un quiste y una hidronefosis de forma lenta é insidiosa que no ha sido intermitente — único carácter distintivo — bien difícil es el diagnóstico diferencial y que no teniendo siquiera en la punción un real apoyo de diagnóstico deba ser una intervención la que en muchos casos resuelva el asunto.

Páncreas

Es difícil el hacer diagnóstico de sitio y de naturaleza de los tumores de este órgano.

El sitio anatómico tan profundo, ocupado por el páncreas, hace que sus tumores no sean visibles.

Cuando llegan á serlo, ocupan la línea mediana y son movibles, movilidad imprimida por la palpación, que es mucho menor que la ofrecida por los tumores del mesenterio.

Los signos físicos poco ayudan. Los funcionales dan más datos.

En términos generales se puede considerar la estearrea como el sintoma más importante de los trastornos del páncreas. Y si no tiene ese síntoma todo el valor deseado, es debido á las numerosas excepciones que echan por tierra la regla.

Un tumor del canal colédoco, del duodeno que comprima al páncreas, produce la misma sintomatología.

Supuesto que el tumor que se estudia pertenezca al páncreas, de qué consistencia es?

Tumores líquidos

Considerémoslo primero líquido. A pesar de su rareza pensamos en *quistes*.

Los síntomas que se le atribuyen consisten: en diarrea frecuente, estearrea, rara vez glicosuria, dolores abdominales vagos. La enfermedad tiene un principio insidioso.

Tiempo después, el dolor sordo y profundo de la región epigástrica aparece siempre con vómitos y diarrea.

Cuando el tumor hace saliencia, se le constatará liso, redondo, fluctuante, submate á la percusión, que servirá también para separarlo del hígado y del bazo por la interposición de una zona sonora.

Tumores sólidos

De éstos, el más frecuente es el carcinoma.

La palpación lo revelará como un tumor duro, de forma alargada transversalmente, por lo general sonoro á la percusión por el intestino que tiene por delante.

Inútil es agregar que no hay que contar mucho

con los elementos de juicio que nos puedan dar la palpación y percusión.

El dolor que existe desde el comienzo de la enfermedad, es pasajero primero y en forma de crisis después, profundo, con su mayor intensidad en la región epigástrica y en la columna vertebral.

Con los cambios de posición y movimiento se exagera, calmándose mucho cuando el enfermo echa el cuerpo hacia adelante.

Otro síntoma que tiene importancia es la ictericia, que es por retención, con sus síntomas propios, *progresiva, continuada*, que aumenta cada día más y que puede aparecer bruscamente.

También tiene gran valor la dilatación de la vesícula biliar, que se palpa debajo de las falsas costillas.

El hígado está generalmente aumentado de volumen, síntoma que como el anterior, tiene su razon de ser en la retención biliar consecutiva al tumor.

Tienen parte activa también en la sintomatología los siguientes síntomas: bulimia, dispepsia, *estearrea*.

El enflaquecimiento rápido es muy común, no así la glicosuria, sobre todo en los últimos períodos de la enfermedad. La urea está considerablemente disminuida.

Quedan señalados, pues, como mejores síntomas: la retención biliar, el dolor y la presencia del tumor.

Produce además el carcinoma del páncreas compresión del píloro, con dilatación gástrica consecutiva, de la vena cava, con edema de los miembros inferiores, de la vena porta, con la correspondiente ascitis, progresiva y á repeticiones.

Mesenterio y epiplón

La explicación de los datos que el mesenterio suministra al examen y al diagnóstico de sus tumores, debe buscarse en la Anatomía Descriptiva.

Al indicarnos ésta su situación, las relaciones con el paquete intestinal y consecuentemente la movilidad de que gozan, nos ha dado el trípode de mejor sustentación que tienen los tumores de este repliegue del peritoneo.

El mesenterio, situado en la línea mediana, todo tumor que en él se desarrolle ocupará el mismo sitio, tendrá gran movilidad y en todo sentido—limitación de los movimientos de abajo hacia arriba—y, como rechazan delante de sí al intestino, serán timpánicos á la percusión.

Estos típicos caracteres se podrán aplicar á los tumores pequeños, bien limitados. Cuando se trata de tumores de gran desarrollo, que ocupan gran parte del abdomen, que han adquirido adherencias, aquellos se hacen de difícil aplicación.

Y entonces, antes de llegar al diagnóstico de situación, habrá que distinguir un tumor del mesenterio de los del riñón, y de entre estos especialmente, del riñón flotante.

Ya hemos indicado los signos de estos tumores en sus respectivas secciones. Véase aquí el cuadro que hace resaltar bien la diferenciación.

Riñón	Mesenterio	Riñón flotante
Ocupan el flanco.	Línea mediana.	Regiones variadas.
Redondos.	Variadas.	Forma caracterist.
Fijos.	Movilidad en todo sentido, limitada de abajo hacia arriba.	Tienen movilidad, pero fácilmente se llevan á su sitio.
Franja sonora cara anterior.	Bien sonoros.	—
	Faltan los síntomas funcionales del	riñón flotante.

Falta ahora la naturaleza del tumor. Consideremos los tumores líquidos.

Tumores líquidos

La palpación nos presenta un tumor liso, regular, fluctuante, que ha empezado de dos maneras distintas, bajo la forma dolorosa, por accesos que aumentan con el menor movimiento, acompañados por trastornos digestivos. Es la forma más frecuente.

Ó insidiosamente, tan es así, que es necesario la aparición de una afección intercurrente para poner en aviso al enfermo del tumor que lleva.

En los dos casos podremos diagnosticar *tumor quístico* del mesenterio. De qué clase?

Es un punto bien difícil de dilucidar clínicamente. Si el tumor está acompañado por un quiste hidatídico situado en otro órgano abdominal, se podrá pensar que aquel sea de la misma naturaleza.

De lo contrario, la punción ó la laparotomía indicarán su verdadera composición.

Los tumores benignos del mesenterio son raros y de poca importancia. Tumores sólidos

En cuanto á los malignos, véase lo que á prosito diremos al hablar de los tumores del epiplón.

~

Se sitúan generalmente los tumores del gran epiplón en el mesogastrio. Tienen movilidad, sea transversal ó vertical, más limitados los movimientos de arriba hacia abajo.

Tienen percusión mate. He ahí sus características principales.

Para completar el diagnóstico de sitio, nos fijaremos que el tumor no forme parte de los órganos genitales femeninos, el tacto vaginal nos dará ese dato.

Á más, será posible delimitar de la escavación pelviana á un tumor que ocupa el epiplón mayor.

Percutiendo sabremos si pertenece ó no al hígado y al bazo. Si entre el tumor y estos órganos hay zonas de sonoridad interpuesta, el tumor será también del epiplón.

Naturaleza del tumor. — Tumores sólidos que Tumores sólidos

se encuentren con mayor frecuencia en el epiplón, son los lipomas y los tumores malignos.

El primero se diagnosticará por la falta de síntomas generales, la consistencia blanda del tumor y la falta de dolor.

En cuanto á los neoplasmas, se podrán reconocerlos cuando sean pequeños y de corta evolución.

Sucede que estos tumores crecen de una manera tan rápida, invaden las regiones vecinas, contrayendo grandes adherencias, y cuando el enfermo se presenta ante un médico, este constata grandes masas que por los caracteres de dureza, etc., fácilmente se atribuyen á tumores malignos, pero cuando quiere *situarlos*, choca con el grandísimo inconveniente siguiente: que ese inmenso tumor no presenta caracteres que puedan hacerlo atribuir ya al epiplón ó al mesenterio.

Y aquí señalamos otro caso en que hecho diagnóstico de naturaleza no podemos saber su situación.

Los tumores malignos del epiplón presentan en su evolución un hecho que debe señalarse, y es la poca repercusión que ejercen sobre el estado general del enfermo.

Tumores líquidos

No repetiremos aquí lo dicho á propósito de ellos en los tumores del mesenterio.

Todo aquí tiene aplicación, es bastante común al observar quistes hidatídicos en el epiplón que haya uno ó más en otras partes del abdomen.

Intestino

Los tumores del intestino no hacen saliencia generalmente, no se manifiestan al exterior y hasta entonces ó hasta que se produzcan síntomas de obstrucción no son diagnosticados.

No tienen signo alguno típico para el diagnóstico de sitio, sobre todo los que ocupan el intestino delgado por la gran movilidad de este que hace ocupar al tumor las más variadas regiones.

De modo que es necesario diferenciar al tumor presunto del intestino de uno perteneciente al epiplón mayor ó al mesenterio.

Estos últimos son medianos, de gran movilidad y timpánicos á la percusión.

Los del epiplón ocupan el mesogastrio, tienen menor movilidad y son mates á la percusión.

En cuanto á los del intestino veremos al hablar de los tumores malignos que en él se radican sus caracteres.

Tumores sólidos

Los tumores benignos del intestino tienen escasa importancia clínica.

El cáncer del intestino se sitúa con preferencia en el intestino grueso y en el recto.

Por mucho tiempo desapercibido, no es raro ver aparecer el tumor como primera manifestación de la terrible enfermedad, pues á los síntomas fun-

cionales anteriores á él no se les habrá podido atribuir tal significación diagnóstica.

El tumor se ha hecho visible y se manifiesta duro, superficial, fácil á circunscribir, ó profundo y difícilmente delimitable, mate á una percusión superficial, sonoro á una profunda.

Los síntomas funcionales que le acompañan son el dolor vivo, continuado ó paroxístico, lancinante en ocasiones, bajo forma de cólicos en otras; la constipación que generalmente es precoz y continuada alternada con diarrea ya simple ó sanguinolenta sobre todo en el último período de la enfermedad; los vómitos serosos, biliosos, ó fecales en el caso de obstrucción; meteorismo con eructos y náuseas.

Como síntomas generales, caquexia, presencia de ganglios inguinales, y ganglio de Troisier.

Estos síntomas funcionales tienen épocas de verdadera aparición, como que son de pequeña obstrucción intestinal; en los intervalos el enfermo tiene lapsos de tiempo con retorno casi por completo de la salud.

Cuando el tumor ocupa la fosa ilíaca derecha puede confundirse con el llamado *tuberculoma hipertrófico del ciego.*

Al hablar de las formas crónicas de la apendicitis señalamos sus principales síntomas.

Confróntese aquí en el cuadro siguiente los caracteres diferenciales:

Carcinoma	Tuberculosis
Adenopatias: inguinal y clavicular	Ausencia.
Presencia no constante de melena.	Más rara.
Ausencia.	Tuberculosis pulmonar.
Caquexia precoz.	Tardía.

Apendicitis

Es esta una afección que demuestra á claras lo que en otra parte decimos, dificultad de diagnóstico de sitio á veces y de naturaleza en otras.

Afección de diagnóstico desconocido hasta hace pocos años, es hoy después de mejores estudios de relativa facilidad, pero se presta aún y se prestará á muchas sorpresas.

Cuando aparece con su triada clásica: defensa muscular, hiperestesia marcada en la fosa ilíaca derecha y punto doloroso de Mac Bourney (situado en la mitad de la línea que va desde el ombligo á la espina ilíaca superior y anterior) y la palpación de la región denota una masa profunda, globulosa, renitente ó fluctuante el diagnóstico, es de suma facilidad, máxime cuando todo lo anterior ha sido precedido por los otros síntomas, de menor importancia, como son la constipación, náuseas, algunos vómitos, etc.

No está en nuestro ánimo hacer un estudio completo de los síntomas que presenta la tan común enfermedad abdominal, sino mencionarlos y explicar los diversos modos de presentarse ésta, pasando á hacer los diagnósticos diferenciales que nos parecen más importantes de señalar.

Constituida ya la enfermedad, sea comenzando por la forma benigna, sea por los cólicos apendiculares, nos guiaremos por los síntomas ya anotados, casi siempre constantes, como los de mayor valor; palparemos en seguida la fosa ilíaca correspondiente donde se hallará en algunos casos el tumor con los caracteres descriptos; en otros, un simple empastamiento difuso y doloroso; y con todos esos datos concluiremos con el diagnóstico de apendicitis.

Pero es en las muchas excepciones, que ofrece la situación del tumor, que encontraremos las dificultades.

Afortunadamente, aquellas no son muy frecuentes y están constituidas por las peritonitis enquistadas de origen apendicular, explicadas por los diferentes sitios ocupados por el apéndice.

Así, cuando éste se dirige directamente hacia abajo, queda constituido *el absceso íleo-inguinal*, situado en la parte inferior de la fosa ilíaca derecha, por encima del arco de Falopio.

—

El absceso *prerectal.* situado entre el recto y la vejiga en el hombre, entre el recto y la vagina en la mujer, es menos frecuente que la anterior y se produce cuando el apéndice íleo-cecal se sitúa hacia dentro.

Puede otras veces situarse el apéndice por detrás del ciego, constituyendo los abscesos *retro-cecales.*

Se han observado, además, enfermos con absceso apendicular en la cavidad de Retzius.

En todas estas localizaciones adoptadas por la apendicitis, habrá que diferenciar á esta última de lesiones muy variadas y múltiples.

El diagnóstico se basará principalmente: en el modo de comienzo de la enfermedad, sujeto por lo general en buen estado de salud, que presenta los síntomas mencionados en la región citada y á quien el tacto rectal (acompañado por la palpación ilíaca), que es fuente preciosa en estos casos, señalará la tumefacción indicada, completando así los datos del interrogatorio y del examen físico.

Cuando la colección se hace ascendente, puede simular el absceso perinefrítico. Hemos dado al hablar de él sus caracteres; aquí indicamos en este cuadro cómo basar el diagnóstico con la apendicitis.

	Absceso perinefrítico	**Apendicitis**
	Antecedentes: enfermedad renal anterior.	Sujeto sano. Se enferma de golpe.
DOLOR LUMBAR QUE SE PROPAGA Á	Ingle. Testículo Muslo.	Punto Mac. Bourney. No se propaga.
SITIO COLECCIÓN	*Lumbar* aún descen al hipocondrio ó á la fosa, queda allí con más preferencia.	*Fosa ilíaca*, mayor intensidad.
FOSA ILÍACA DERECHA		Defensa muscular. Grande hiperestesia

Cuando la apendicitis forma su colección en la fosa ilíaca derecha, y cuando se manifiesta de una manera francamente aguda, poco hay que dudar para el diagnóstico.

Pero, en ciertos casos, la infección situada en la misma región, no termina por supuración, sino que fórmanse falsas membranas, grandes adherencias, en una palabra, que muy exuberantes imponen al que examina como una masa lardácea, fibrosa.

Este proceso aumenta; poco á poco se extiende al íleon, mesenterio, epiplón, etcétera, dando á la palpación la sensación de un tumor cecal ó pericecal.

Los síntomas con que se presenta esta forma de apendicitis son los siguientes: dolor, sensación de peso en la fosa derecha, anorexia y vómitos, diarrea, aunque no es rara la constipación.

Si las adherencias mencionadas han provocado algún ataque agudo de apendicitis, el diagnóstico no se discutirá, pero cuando así no proceden es necesario distinguirlas del citado tuberculoma.

El estado general ofrecido por el enfermo no ayuda gran cosa, pues en ambos padecimientos habrá enflaquecido considerablemente.

El carácter que puede bien resolver la cuestión es la concomitancia de una efección tuberculosa en el pulmón, que sea ó no consecutiva, acompaña á menudo á la tuberculosis del ciego.

Esta se manifiesta por violentos dolores abdominales, localizados preferentemente en la fosa ilíaca derecha, dolores que van aumentando de intensidad.

De evolución lenta, perduran mucho tiempo, pudiendo pasarse temporadas en que no se manifieste.

Acompaña al dolor, diarrea sin melena generalralmente, sin tenesmos, sin cólicos, de duración larga.

Aparece después el tumor en el sitio indicado, de volumen y formas variables, doloroso á la presión y movible.

Su superficie es indurada, é igual.

Obstrucción intestinal

Pertenece ésta á los constipados habituales á aquellas personas que por muchas causas llegan á edad avanzada, habiendo sufrido siempre de una marcada y tenaz estitiquez.

La obstrucción estercoral tiene como síntomas más importantes: la constipación, que ya queda dicha, presentándose de mil variadas formas, llegando á poner en dudas, en muchas ocasiones, de tener que hacer con un tumor fecal.

Absoluta á veces por espacio de tiempo variable, suele ser alternada con pequeñas evacuaciones fecales, ya sea naturalmente, ó ayudadas por medios terapéuticos.

Pero lo que más induce en error es la manera con que se presenta el bolo en algunos enfermos;

mientras éste se constituye, lejos el paciente de estar constipado, puede tener sus evacuaciones semilíquidas ó sólidas, á raíz de pequeños trayectos, que en el tumor se forman, y que permiten su pasaje.

En otras circunstancias es la diarrea la que despista, más ó menos continuada é intensa, producida por la irritación estercoral sobre la mucosa, que reacciona por la hipersecreción.

En fin, otros enfermos evacúan, diariamente, algunos pequeños trozos muy duros de materia fecal, que les hace creer que queda indemne su intestino, y en cambio, la acumulación fecal aumenta en él periódicamente.

Si aparecen precozmente los síntomas de coprostásis, sirven, ayudados por los anteriores, y corroborados por la existencia del tumor fecal, al diagnóstico. Consisten en cefalalgia, vértigos, hipotermia, náuseas, anorexia.

El tumor fecal se hace visible, generalmente, cuando ha adquirido grandes proporciones, y no ayuda con su presencia gran cosa al diagnóstico, salvo en los casos muy típicos, cediendo, por lo común, á los síntomas funcionales la prioridad diagnóstica.

Tumor que ocupa los sitios más variados, que tiene cierta predilección por el colon descendente y la S ilíaca, de tamaños más variables aún, que ofrece relativa movilidad, mate á la percusión,

con la característica de deprimirse por el dedo con una palpación profunda pero gradual, guardando la impresión, son los signos que ofrece el bolo fecal.

Por la lectura de éstos se verá que no queda sino uno como signo de gran valor: la depresión digital y esta no es fácil de constatar en los tumores de consistencia pétrea.

El diagnóstico de la afección que nos ocupa salta á la vista en ciertos enfermos, pero en otros tiene sus reales dificultades.

En la observación número 8, referente á un tumor maligno del epiplón, se verá la confusión habida al principio con una obstrucción estercoral.

En estos casos de duda, principalmente, el tacto rectal ayudará al diagnóstico, sobre todo cuando el tumor esté situado en el recto ó en la S ilíaca.

El dedo que explora reconocerá la presencia de una masa generalmente blanda, que es movible, y que permite la impresión digital.

Fácil será, por la falta de síntomas propios de la obstrucción estercoral, y además por la gran movilidad en todas direcciones que poseen, la situación mediana ventral y la percusión sonora, distinguir un tumor del *mesenterio* de un *bolo fecal*.

La distinción con un *tumor del intestino* es sumamente difícil. Hemos visto que frecuentemente son aquellos de naturaleza maligna.

Sabemos, además, que la obstrucción estercorácea suele presentarse con tinte subictérico de la piel, y lo que es más con coloración paja sucia, y si por casualidad está acompañada por infartos ganglionares, habrá muchas razones para dudar al hacer el diagnóstico diferencial.

Los antecedentes, los signos de coprostasis, la depresión digital del tumor, ratificada por el tacto rectal, serán los síntomas principalmente á considerar en el bolo.

El dolor, la constipación continuada ó alternada con diarrea, vómitos, acompañados por un tumor con los caracteres propios al carcinoma intestinal, servirán para la diferenciación, llena de puntos obscuros y de dificultades.

Abscesos pelvianos

La dificultad que presentan estos abscesos para el diagnóstico, estriba en las emigraciones adoptadas por la colección purulenta á diferentes regiones.

Constituída en el tejido celular subperitoneal, al principio puede, siguiendo los trayectos que señalaremos después, recorrer diversas vías que desorientan completamente, como sucede con la localización lumbar.

Los síntomas precoces poco ó nada ayudan: el dolor situado por encima del arco de Falopio en la fosa, ilíaca bastante intenso, que aumenta á la presión, irradiándose hacia el miembro inferior siguiendo las ramas del plexo lumbar, fiebre y escalofríos, es todo lo que al principio puede encontrarse.

Los movimientos del miembro inferior, que está generalmente en extensión, son dificultosos y muy dolorosos.

En nuestra historia número 10, la enferma tenía sus miembros en flexión, lo que perjudicaba al diagnóstico.

Todos los síntomas apuntados van progresivamente aumentando, sobre todo el dolor, y según el trayecto seguido por el pus surgirán las dificultades.

El lugar en que se sitúa con mayor frecuencia la colección, es la fosa ilíaca, por encima del arco crural, le sigue después la pared abdominal anterior.

A pesar de los inconvenientes locales para el examen en esas regiones, el diagnóstico se funda con relativa facilidad.

Pero la colección sigue por el tejido subperitoneal toda la fosa ilíaca interna y hace su aparición en la región lumbar ó, siguiendo la vaina de los vasos flenorales se presenta en el anillo crural.

Y entonces no es siempre fácil reconocer el origen del tumor.

En cualquiera de las regiones señaladas que se sitúe el absceso ya constituído, tendrá como guía los síntomas cardinales de toda masa purulenta. Es este el caso de hacer fácilmente diagnóstico de naturaleza y de dudar acerca del diagnóstico de sitio.

Qué diagnósticos diferenciales habrá que resolver para descubrir una colección de la fosa ilíaca interna?

En primer lugar con la soitis. Afección mucho más rara, que empieza súbitamente, después de una fatiga, con fenómenos generales graves y muy intensos, que obligan al enfermo á ocupar una posición especial con su miembro inferior para dejar reposar su músculo soas, como es la de estar en rotación hacia adentro, muslo flexionado sobre la pelvis. Los movimientos son imposibles de efectuar como en el caso anterior.

Otro carácter diferencial lo da la situación que ocupa el absceso en la soitis; la región del pequeño trocánter es la favorecida en este caso, donde es necesario, á pesar de la profundidad y de la gran sensibilidad de la región, explorarlo y diagnosticarlo. Quedan, pues, como tipos diferenciales:

Soitis		**Absceso pelviano**
Mayor rareza.		—
Comienzo *súbito* después de *fatigas*		Paulatino.
Absceso: región *pequeño trocánter*	ABSCESO SITUADO	Región *lumbar*.
		Por encima *arco*.
		En la pared *anter*
		Anillo *crural*.

MIEMBRO INFEEIOR	En *rotación interna* y *flexionado* sobre *la pelvis*.	En *extensión*.
Pronóstico:	*fatal*.	*Benigno*.

La confusión con una peritonitis enquistada se podrá evitar, á pesar de ocupar ambas la fosa ilíaca, acordándose: de los antecedentes del enfermo, la presencia de fenómenos peritoníticos, dolor vivo, el tumor más blando y fluctuante desde sus comienzos.

En una *coxalgia* la posición viciosa adoptada por el miembro inferior es *tardía*, precoz y súbita en el absceso.

Con un absceso simple de la pared: véanse sus diferencias:

Absceso pelviano	**Absceso de la pared**
Iniciación con síntomas *generales*	INICIACIÓN CON SÍNTOMAS GENERALES: Gástricos / Hepáticos. / Urinarios.
Dolor situado por encima del arco femoral.	En puntos muy variables.
Imposibilidad de los movimientos del miembro inferior.	
Sitio preferente del tumor en la *fosa ilíaca*.	No tiene.
Tumor de la cavidad.	Caracteres de tumor antemuscul

OBSERVACIONES CLÍNICAS

HOSPITAL «TEODORO ÁLVAREZ»

OBSERVACIÓN I

SERVICIO DEL DR. HANSEN

Sala 4.ª—Cama número 14.—agosto 14 de 1902

L. R., 48 años, argentina, casada.

Antecedentes hereditarios.—No conoció á sus padres, sus hermanos son sanos.

Antecedentes personales.—Viruela en la niñez. Regló á los quince años; sus menstruaciones fueron siempre normales hasta hace un año, en que se suspendieron sin haber vuelto hasta la fecha.

Ha tenido cinco partos, normales todos, siendo sanos los hijos, así como el marido.

Enfermedad actual.—Hace tres años, más ó menos, accidentalmente notó la presencia en el vientre de un tumor situado un poco por debajo y á la izquierda del ombligo, indoloro, no movible y del tamaño de una naranja. En esa época la enferma no experimentó molestias de ninguna naturaleza y se encontraba perfectamente.

En junio de 1901, estando un día entregada á

sus quehaceres, experimentó bruscamente una sensación de ahogo y además *algo* que le subía, dice la enferma, del epigastrio hacia la garganta, arrojando en seguida sin toser, tres ó cuatro bocanadas de sangre roja y líquida.

Siguio á ésta, una violenta tos y expectoración purulenta (vómica) de muy mal olor.

Todo lo relatado sucedió en la mañana del día citado, continuando la enferma todo ese día con expectoración purulenta y una fuerte punzada en el hipocondrio izquierdo.

En los días siguientes sobrevino fiebre, escalofríos, sudores, pérdida de apetito y mucho adelgazamiento.

Desde entonces permaneció cuatro meses en cama con los mismos fenómenos, teniendo temporadas en que la expectoración disminuía, así como los demás síntomas, alternados con días en que éstos recrudecían.

Durante este intervalo tuvo otros dos nuevos vómitos de sangre de mayor cantidad que al principio.

Se levanta del lecho en septiembre del mismo año, algo mejorada, con más apetito y sin la fiebre continua que la aquejó desde el principio.

La tos era violenta y la expectoración siempre purulenta, pero de menor abundancia. La enferma sumamente debilitada tenía cada cuatro ó cinco días, al anochecer, pequeños accesos de fiebre que por la mañana terminaban.

Notó al abandonar la cama, que el tumor del vientre habia aumentado considerablemente de volumen y que ya no era indoloro como antes, sino muy doloroso; los movimientos en el lecho, el caminar, provocaban un dolor en arco en la parte izquierda del abdomen por debajo del nivel del ombligo. Este aumento se ha realizado, (según cuenta la enferma) de *abajo* hacia *arriba*, de una manera relativamente rápida, hasta que en estos últimos tiempos ha invadido el tumor todo el costado izquierdo del vientre, produciendo disnea y un aumento del diámetro de la cintura.

Cuando busca el reposo en el lecho, lo hace en el decúbito lateral izquierdo, porque del derecho no le es posible á causa de sobrevenirle tos y expectoración purulenta que le impidide dormir.

La enferma continuó con fiebre á intervalos, tos con expectoración, punzada de costado, dolores en el vientre por espacio de cinco meses más.

En marzo de 1902, fué á Gualeguay, donde ingresó al Hospital; á los pocos días de su estadía tuvo una vómica análoga á la vómica inicial.

Llega julio y los síntomas han disminuído en algo.

Su estado general es sensiblemente mejor, no tiene ya fiebre, la tos y la expectoración son menores, persisten sinembargo los dolores en el lado izquierdo del tórax y del vientre, el apetito falta en ocasiones.

En este estado decide regresar á Buenos Aires é ingresa en el hospital el 11 de agosto.

Estado actual. — La inspección del abdomen lo revela irregular, saliente en la parte izquierda sobre todo al nivel del ombligo. El tumor no parece seguir á la respiración en sus movimientos.

La palpación denota un tumor netamente fluctuante, que ocupa todo el costado izquierdo del abdomen, desde el arco costal hasta cerca de la cresta ilíaca, no movible con la respiración, de forma redonda, desprovisto de conexiones con los órganos intrapélvicos.

Los movimientos comunicados son poco extensos; se puede levantar al tumor de abajo hacia arriba hasta cerca del ombligo, pero no más allá. Avanza hacia el costado derecho donde encuentra asas intestinales formando una gran masa de sonoridad exagerada.

La percusión da matitez en toda la extensión del tumor, continuándose con la del bazo. Del hígado está separado por una faja de sonoridad.

El espacio de Traube es mate á la percusión, en su parte externa.

Se piensa en un quiste hidatídico del bazo.

Se decide la laparotomía.

Operación. — Interviene el doctor Aranguren el 18 de agosto, haciendo laparotomía lateral izquierda á cinco centímetros por debajo del arco costal, sobre el borde externo del recto mayor

Se encuentra un tumor, redondeado, de coloración rojo azulado, fluctuante que se punza dando salida á un líquido claro y transparente.

Se incinde, y se evacúa por completo su conte nido, extrayendo una gran membrana intacta. No hay vesículas hijas.

Buscando las relaciones de este quiste, se le ve unido al bazo en su extremidad inferior, como un apéndice. El bazo ha conservado su forma normal y el tumor está fuertemente adherido en su parte inferior.

El operador decide cerrar el quiste con un *surget* de catgut que lo continúa en los planos profundos de la pared abdominal.

Puntos cutáneos con crin que se sacan á los ocho días de la operación. Alta el 28 de agosto.

Diagnóstico: *quiste hidatídico del bazo. Quiste hidatídico del pulmón.*

OBSERVACIÓN II

SERVICIO DEL DOCTOR ARANGUREN

Sala 8.ª. — Cama número 5. — Enero 15 de 1903

C. G., 32 años, argentino, jornalero.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia alguna.

Antecedentes personales. — Ha tenido viruela en la niñez. A mediados del año pasado tuvo varios chancros que le aparecieron cinco días después de efectuado el coito.

El interrogatorio y la falta de manifestaciones sifilíticas, hacen pensar en chancros blandos.

Enfermedad actual. — Data de tres años atrás.

El enfermo acusó un dolor no constante, sin irradiaciones, situado en el flanco derecho, y un pequeño tumor en la misma región.

Ese dolor no ha sido continuado, en ocasiones el enfermo no se quejaba, pero volvía después con mayor intensidad irradiándose entonces hacia la región lumbar.

El tumor que al principio era del tamaño de una nuez, fué aumentando progresivamente hasta adquirir el tamaño qne ahora presenta.

El enfermo dice haberse enflaquecido.

Estado actual. — Pulmones y corazón, normales.

La inspección revela la presencia de un tumor del tamaño de la cabeza de un feto, situado en el hipocondrio derecho en parte y en el epigastrio, que no sigue los movimientos de la respiración, sino que se ve mover de atrás hacia adelante.

Á la palpación se ratifican los datos anteriores y á más, se nota la consistencia dura en algunos puntos, renitente en otros, la forma irregular, lo doloroso á la presión del tumor.

A más del tumor principal, se palpan varios nódulos del tamaño de una nuez, de superficie lisa, de consistencia dura, de los cuales hay uno más grande.

La percusión del hígado lo revela aumentado de volumen, pero con su forma normal, el límite superior en el cuarto espacio intercostal, el inferior, á seis traveses de dedo del reborde costal.

En vista de las divergencias de opiniones para el diagnóstico, se resolvió una laparotomía exploratriz, la que se efectuó el 1.° de febrero.

Se encontró un gran quiste hidatídico de la cara inferior del hígado, con su membrana quística de considerable espesor, y lleno de vesículas hijas.

En las inmediaciones de éste, varios quistes de la misma naturaleza, representando los pequeños nódulos que acusaba la palpación.

Por la gran cantidad de vesículas hijas, el operador, doctor Aranguren, resuelve marsupializar y drenar el quiste.

Este supuró hasta el 15 de marzo.

El enfermo es dado de alta, completamente curado.

Diagnóstico: *quiste hidatídico del hígado.*

OBSERVACIÓN III

SERVICIO DEL DOCTOR ARANGUREN

Sala 8.ª — Cama número 4 — Agosto 28.

C. V., argentino, 16 años, soltero.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Son buenos; dice el enfermo haber gozado siempre de buena salud.

No hay antecedentes de enfermedades venéreas.

Enfermedad actual.—Empezó en julio próximo pasado, con un dolor localizado en el epigastrio, de poca intensidad, continuo, sin ninguna irradiación.

No ha tenido vómitos, hematemesis, ni ninguna otra perturbación digestiva.

Estado actual.—La coloración de la piel es normal; la inspección de la región afectada no da ningún resultado práctico.

La palpación del epigastrio revela la presencia de un cuerpo de consistencia más bien dura, redondeado, del tamaño de un huevo de gallina, que sigue los movimientos respiratorios.

El hígado, de tamaño normal, es un poco doloroso á la palpación, en el sitio del tumor.

El doctor Posadas lo opera el 31 de agosto, habiendo diagnosticado *quiste hidatídico del hígado.*

Hace una laparotomía mediana, y llegado al hígado, encuentra un tumor que hace saliencia en su cara superior, á dos traveses de dedo de su borde anterior, duro, liso. El peritoneo que lo recubre está espesado y con exudados.

Reseca el tumor, que tiene todos los caracteres macroscópicos de un núcleo *carcinomatoso.*

Ignoramos si el examen microscópico ratificó el diagnóstico.

Suturada la piel, sin dejar drenaje, supura la herida superficialmente.

El 15 de septiembre el enfermo es dado de alta.

OBSERVACIÓN IV

SERVICIO DEL DOCTOR HANSEN

Sala 4.ª — Cama número 4. — Septiembre 19.

A. R., argentina, 28 años.

Antecedentes hereditarios. — La madre murió tuberculosa; el padre es sano.

Antecedentes personales. — Sin importancia alguna.

Enfermedad actual. — Cuatro días antes de su ingreso en el Hospital empezó la dolencia que le molesta, con una punzada brusca en la región epigástrica, vómitos de coloración amarillenta al principio y biliosos más tarde.

Al día siguiente, el dolor epigástrico cesa, se fija en la fosa ilíaca derecha, donde se hace continuo y terebrante.

Desde el día que se enfermó sufre de constipación.

Estado actual. — A su ingreso la enferma está en el mismo estado. Poco después le aparece alta temperatura, enfriamiento general, sudores fríos y recrudescencia de los dolores en la fosa ilíaca derecha.

La enferma tiene una facies demacrada, coloración pálida de la piel, estado general malo.

La inspección del vientre lo demuestra con dos

abovedamientos, uno en el hipocondrio derecho y otro en la fosa ilíaca del mismo lado.

La palpación indica un empastamiento marcado de la fosa ilíaca, que la percusión revela submate.

A más existe dolor intenso en la misma región, espontáneo, dolor que aumenta con los movimientos respiratorios ó con la palpación, gran defensa muscular é hiperestesia cutánea.

En el día anterior á la operación el estado general se agrava, sobreviniendo vómitos porráceos, el pulso se hace pequeño é irregular.

Se interviene, haciendo en la fosa ilíaca derecha la incisión de Mac Burney, se encuentra el apéndice íleocecal muy hipertrofiado; la atmósfera que lo rodea sin ninguna alteración.

El doctor Aranguren lo extirpa, haciéndole un capuchón seroseroso.

El cirujano quiso explorar, aprovechando la incisión practicada, que la agrandó, la vesícula biliar; la que la encontró grande, muy dura, desbordando el borde inferior del hígado. Palpó, además, en el canal biliar un cuerpo duro, casi leño leñoso, que le hizo pensar en un cálculo.

Una vez cerrada la herida de la fosa, hizo una incisión paralela al borde externo del gran recto y por debajo de las falsas costillas, llegando á la vesícula biliar, quien confirmó los datos que la palpación había hecho sospechar.

Se suturó la vesícula á la piel.

La enferma, restablecida, es dada de alta.

OBSERVACIÓÑ V

SERVICIO DEL DOCTOR HANSEN

Sala cuarta.—Septiembre 15 de 1902

E. A., 23 años, argentina, casada.

Antecedentes hereditarios.—El padre es diabético. Madre y hermanos son sanos.

Antecedentes personales.—Cuando niña, tuvo difteria. Hace siete años, una pleuresía con derrame, que evolucionó espontáneamente.

Enfermedad actual.—Hace un año tuvo fuertes dolores en el hipocondrio derecho, primero localizados, generalizados después, sin ictericia; duraron alrededor de una semana, después de lo cual, la enferma no acusa ninguna novedad hasta el 26 de Diciembre de 1901, que comienza á sentir dolores vagos en la misma región, presentándose de trecho en trecho al principio, van acentuándose hasta hacerse continuados.

Como aparecieran en algunas ocasiones con mucha violencia y en la noche, siempre en la misma región, acompañados por vómitos alimenticios en un principio, biliosos después, hubo que recurrir á practicar inyecciones de morfina para poder calmar la enferma.

Quince días antes de ingresar á este Hospital, la enferma logra palpar en la región dolorosa una

pequeña masa (bolita, dice la enferma), que al siguiente día no constató más.

Sin embargo, el médico de cabecera, pudo, en otro examen, verificar la exactitud del dato.

Examinada por el doctor Alejandro Posadas, éste diagnostica colecistitis calculosa.

Estado actual.—La inspección del vientre en general y del hipocondrio derecho en particular, no da dato alguno.

A la palpación, á pesar de los numerosos exámenes á que se sometió á la enferma, no fué posible recoger dato de alguna importancia que guiara en el diagnóstico.

La palpación y percusión del hígado es normal.

Operación.—Interviene el doctor Posadas, haciendo una laparotomía lateral derecha, sobre el borde externo del recto mayor; incindidos los diversos planos llega á la vesícula biliar, la que la encuentra sumamente espesada, llena de mocopus y de gran cantidad de cálculos.

Hace una ligadura en masa y extirpa la vesícula. Sutura metálica de la piel.

Pocos días después de la intervención, supuran algunas puntadas superficiales.

Diagnóstico: colecistitis crónica supurada.

OBSERVACIÓN VI

SERVICIO DEL DOCTOR ARANGUREN

Sala octava.—Cama número 19.—Julio, 27 de 1902

L. C., italiano, 46 años, jornalero.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Son óptimos; dice nunca haber estado enfermo.

Enfermedad actual.—Data de seis meses atrás, empezando con un dolor poco intenso, no continuo, localizado en el flanco izquierdo, dolor que se propagaba hacia el testículo del mismo lado, retraído contínuamente.

Los grandes movimientos, las marchas, esfuerzos, etc., exasperaban el dolor, que disminuía con el reposo continuado.

Tuvo, además, hematurias en poca cantidad. Este síntoma experimentaba las mismas alternativas de aumento y disminución con el movimiento ó el reposo, á semejanza del dolor.

Estado actual—Los síntomas arriba mencionados, continúan en la misma forma.

El enfermo no presenta ninguna otra perturbación en la emisión, cantidad y calidad de la orina.

El interrogatario de los síntomas de cólico nefrítico, es negativo.

La inspección de la región lumbar izquierda, no denota ningún signo que merezca mención.

La palpación aprecia un aumento notable de volumen del riñón mencionado, sin *otro dato.*

Es examinado por el doctor Posadas, quien diagnostica *cálculo renal,* por lo que le propone una intervención quirúrgica, que es aceptada por el enfermo.

Operación—Se efectúa el 27 de Julio, haciendo una incisión en el flanco, paralela al reborde costal.

Abierto el riñón no se encuentra en él ningún cálculo; el órgano sumamente aumentado de volumen, está en *degeneración quística.*

Con una ligadura en masa, el doctor Posadas lo extirpa. Sutura metálica de la piel, que cicatriza por primera intención.

En los días posteriores á la operación, el enfermo orina bien. Alta el 11 de Agosto.

Diagnóstico: riñón poliquístico.

OBSERVACIÓN VII

SERVICIO DEL DOCTOR HANSEN

Sala cuarta — Cama número 14 — 27 enero de 1903

P. C., 38 años, paraguaya, soltera.

Antecedentes hereditarios. — No tienen importancia.

Antecedentes personales. — En la niñez, viruela y sarampión. Desde muy joven padece de asma y de bronquitis á repetición.

A los quince años le apareció su primera menstruación, éstas han seguido presentándose normalmente hasta hace tres años en que se le han suspendido sin volver nunca más.

Enfermedad actual. — Empezó un año hace, con un dolor sumamente intenso al orinar, gran hematuria y micciones frecuentes.

A los dos días todo cesó menos la hematuria que se ha prolongado un mes más.

Apareció después un dolor en el flanco izquierdo, dolor que se exageraba con los movimientos y la fatiga, que no se propagaba.

Preguntada la enferma sobre los caracteres de la orina, refiere que ha sido siempre de buena coloración, sin pus, que nunca ha observado la presencia de cálculos ni arenillas. En varias ocasiones, sin embargo, aparecían algunos coágulos sanguíneos.

Desde el año pasado expectora sangre roja, espumosa, siente dolores erráticos en el pulmón.

La enferma no ha enflaquecido y conserva buen apetito.

De cinco meses atrás sufre de constipación y de diarrea, alternativamente, habiendo empezado este estado con una enteritis sumamente intensa sin causa apreciable.

Estado actual. — Á pesar de manifestar la enferma no haberse enflaquecido, presenta un estado de nutrición lamentable, junto con una palidez intensa de la piel.

El examen de los pulmones da lo que sigue:

Pulmón derecho. — Vibraciones torácicas disminuídas, exageración de la sonoridad normal á la percusión; á la auscultación, inspiración ruda sobre todo marcada en el vértice, expiración prolongada

con *craquements* secos; auscultación de la voz, normal.

Pulmón izquierdo. — Mismos síntomas pero menos intensos que en el otro pulmón.

El examen del corazón no merece mención.

Abdomen. — A la inspección se nota, la forma abovedada del vientre, circulación colateral bien marcada.

Se notan á la palpación frotes de nieve, que son mejor percibidos á la auscultación. No hay ascitis.

En el flanco izquierdo se aprecia un tumor del tamaño de un huevo de avestruz, globuloso, duro, irregular, que pelotea, no movible con la respiración, indoloro y sonoro á la percusión.

Las irregularidades que presenta el tumor, consisten en nódulos redondeados, de tamaño variable y de igual consistencia.

En el flanco derecho se palpa un tumor del tamaño de una toronja, *liso*, *regular*, duro, que pelotea, tampoco movible con los actos respiratorios, no doloroso, recubierto por sonoridad.

Se examinan las orinas con el siguiente resultado digno de mención:

Urea 8.96.

Elementos fijos 9.32.

Albúmina 0.75 $^{o}/_{oo}$.

Hay indicano.

Al examen microscópico, leucocitos granulosos (pus).

El análisis de los esputos no revela *bacilos* de *Koch*.

Se hace el diagnóstico probable de degeneración quística renal.

La enferma sigue empeorando, y muere el 14 de febrero de 1903.

Autopsia. — Enfisema generalizado en ambos pulmones. Congestión pasiva de las bases.

Corazón é hígado normales.

Riñones. El izquierdo sumamente aumentado de volumen, presenta en su superficie numerosos quistes de distinto tamaño, llenos de líquido sanguinolento algunos, urinosos otros.

Al corte se nota la casi desaparición de la substancia cortical, en la medular, una serie de tabiques que dividen el órgano en cavidades de distintas dimensiones.

El derecho, de menor volumen que el anterior, presenta únicamente en su parte superior las cavidades quísticas, mientras que en lo restante del órgano es liso y redondeado.

Al corte, mismo aspecto que el izquierdo.

Diagnóstico: *Riñones poliquísticos*.

OBSERVACIÓN VIII

SERVICIO DEL DR. HANSEN

Sala cuarta — Cama número 12. — Agosto 23 de 1902

L. A., S. 28 años, argentina.

Antecedentes hereditarios. — Muy buenos.

Antecedentes personales. —En la niñez tuvo sarampión escarlatina y viruela. Su primera menstruación apareció á los trece años, han sido siempre abundantes después apareciendo en épocas fijas y duraban tres días.

Se casó á los 24 años, ha sido siempre sana.

A los trece meses de matrimonio dió á luz su primer hijo, criatura que es sana. Abandonó el lecho diez días después, sin notar molestia alguna.

A consecuencia del amamantamiento de su hijo se le suspendieron sus reglas hasta marzo de 1901.

Enfermedad actual. —En abril del mismo año, á consecuencia de un disgusto tuvo una metrorragia muy abundante que le causó, durante varios días, malestar general y curvadura.

Pensando que á la hemorragia fuera debido su malestar no le dió mayor importancia, sin embargo la enferma da el siguiente dato: entre las toallas que usara para su pérdida, encontró su lavandera un *bulto* del tamaño de una pequeña naranja.

Pasado este incidente la enferma se repuso, volvió á tener sus menstruaciones normalmente hasta diciembre de 1901.

Volvieron á faltarle en enero de 1902, coincidiendo con signos de embarazo.

En julio la invade un tenaz insomnio que no sabe á que atribuir lo que la induce, por precaución, á consultar á una partera la que le manifestó previo examen, que su preñez era gemelar.

El examen de orina que se practicó debe, aunque la enferma no lo asegura, haber revelado albúmina porque consultado un médico prescribió régimen lácteo, reposo absoluto y un diurético. Para vencer su insomnio fué menester recurrir al cloral.

En este estado de cosas, la paciente fué sorprendida el 2 de agosto por un ataque de eclampsia, que se repitió ocho veces más durante el mismo día.

Inmediatamente fué provocado el parto extrayendo un feto de siete meses.

Á pesar de haber ya librado, se nota la presencia de un tumor, que la misma partera refiere á un embarazo doble.

Llamado un médico, niega su existencia, ó por lo menos de ser embarazo, sería á su entender extrauterino; otro facultativo diagnostica tumor fecal.

Veinte días después del parto la examina el doctor Posadas, quien encuentra un tumor pequeño con los caracteres que á continuación se expresa.

Estado actual. — Enferma muy enflaquecida que ha disminuído considerablemente de peso, coloración blanco amarillenta de la piel.

La inspección del vientre acusa un tumor situado en el epigastrio, extendiéndose á los hipocondrios, tumor movible.

Á la palpación, se encuentra un tumor duro, irregular, movible en todas direcciones, con menor

movilidad hacia arriba, mate á la percusión en su parte inferior, timpánico más arriba, tumor que está separado de la pelvis.

Vuelta á examinar, después de veintitrés días, por el doctor Posadas, encuentra que el tumor ha casi triplicado de volumen. Hay gran cantidad de ganglios inguinales.

Fué operada por el mismo cirujano el 23 de agosto, haciéndose una laparotomía exploratriz mediana.

Se encuentra con un tumor del epiplón de naturaleza maligna, que ha invadido los ganglios mesentéricos.

Sutura la piel con crin, la herida cura por primera intención y la enferma es dada de alta el 1.º de septiembre, próximo pasado.

Diagnóstico. — *Sarcoma del epiplón.*

OBSERVACIÓN IX

SERVICIO DEL DOCTOR HANSEN

Sala cuarta. — *Cama número 11.* — *Julio 2 de 1902*

A. V. de M., española, 38 años, casada.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Comenzó esta brúscamente.

Hallándose sana, experimentó el 15 de junio por la tarde, fuertes dolores en la fosa ilíaca de-

recha, acompañados de náuseas; estos dolores se irradiaban hacia todos los puntos del abdomen, pero presentaban sn mayor intensidad en la mencionada región.

Á las náuseas sucedieron vómitos repetidos, abundantes, muy dolorosos, que postran á la enferma.

Desde entonces sufre de constipación.

Según los datos que suministra la enferma, no presentó fenómenos febriles al principio, sobreviniéndole á los pocos días un fuerte escalofrío acompañado de calor y sudores. Estos fenómenos aparecieron cuando los síntomas iniciales habían disminuído, aunque con persistencia, de la constición y del estado nauseoso.

En este estado ingresa al hospital, quince días después del comienzo de su malestar.

Estado actual. — El interrogatorio ratifica los hechos de la enfermedad ya indidicados.

Á la inspección del abdomen, nada se observa.

La palpación de la fosa ilíaca es dolorosa, más á una presión profunda, permitiendo aquella reconocer un tumor irregular del tamaño de un huevo de gallina, con gorgoteo en su parte anterior.

Nada más, digno de notarse en el resto del abdomen. La percusión del tumor es mate.

Persiste la constipación.

El examen de los demás órganos es nulo. Se diagnostica apendicitis.

El 2 de julio interviene el doctor Posadas. Inci-

sión de diez centímetros por encima y paralela al arco en la fosa ilíaca derecha. Separa los diversos planos hasta el peritoneo.

Explorando en la herida se da salida á una colección purulenta de mal olor, situada por detrás y hacia fuera del ciego. Se coloca drenaje con un tubo de vidrio pequeño.

En los días que siguen, sale por la herida pus mal ligado y de olor fecalóide.

Se administra un purgante que desembaraza completamente el intestino, y hace desaparecer una tumefacción que se había formado por encima del ciego.

La enferma es dada de alta, curada el 28 de julio.

Diagnóstico: *apendicitis. Absceso periapendicular.*

OBSERVACIÓN X

SERVICIO DEL DOCTOR HANSEN

Sala cuarta. — Cama número 5. — Junio 11 de 1902.

T. S., 50 años, española, casada.

Antecedentes hereditarios.— Sin importancia.

Antecedentes personales. — Viruela, sarampión en la niñez. Reumatismo en una sola ocasión.

Regló siempre bien; no ha tenido fenómenos mórbidos del lado del útero y anexos. Se casó á los 35 años, teniendo tres abortos, después de los cuales no concibió más.

Su marido es sano, y según ella, no ha sufrido

más que de una enfermedad uretral, que curó mediante sondajes.

Enfermedad actual.—Data de cuarenta días, según cuenta la enferma. Estando sana, sintió repentinamente un fuerte dolor en el muslo izquierdo, que le impidió caminar. Este dolor propagóse en el transcurso del día y en el siguiente, hacia la cadera y la rodilla y poco después á todo el miembro izquierdo.

Tuvo que guardar cama y desde los primeros días se sintió atacada por fiebre continua, según la enferma, acompañada de fuerte cefalalgia, pérdida de apetito y mucho adelgazamiento.

El dolor fué contemporáneo con una tumefacción del mismo miembro, más marcada al nivel de la cadera y que aún persiste.

Hace dos días, antes de ingresar al servicio, sintió dolores en la ingle izquierda, junto con una tumefacción, que ha ido paulatinamente aumentando hasta su entrada.

Los dolores en el resto del miembro persisten con los mismos caracteres del comienzo de la dolencia.

La enferma sufre, desde hace quince días, de constipación.

Estado actual.—Enferma en decúbito dorsal, muslos flexionados sobre la pelvis y piernas sobre los muslos.

Puede cambiar de posición pasando al decúbito

lateral derecho; no así al izquierdo. Se sienta con dificultad, conservando la flexión de los muslos.

El miembro inferior derecho puede extenderlo sin dificultad; el mismo movimiento en el izquierdo produce fuertes dolores, lo propio que pasa con los movimientos de rotación.

La inspección reconoce deformación de la cadera izquierda (muy aumentada de volumen), piel algo tensa, lisa y brillante, que contrasta con la flacidez del lado opuesto; una tumefacción en la región inguinal izquierda, rojiza con piel que comienza á descamar.

Esta tumefacción edematosa y ligeramente fluctuante se extiende, por encima del arco crural, cuatro centímetros. Se nota además venas colaterales, dilatadas en la parte inferior é izquierda del abdomen, algunas también en la derecha.

La palpación del miembro izquierdo es dolorosa en toda su extensión, pero lo es más en la cadera.

El examen de la columna vertebral no revela nada de patológico. Los demás órganos bien.

En los días siguientes los fenómenos generales han persistido con los caracteres del principio.

Se prescribe un purgante, que produce marcado efecto (materias fecales duras, gran cantidad de gases).

Los fenómenos locales se han acentuado más y más; la tumefacción alcanza á quince centímetros por encima del arco.

Se decide la intervención. A dos traveses de dedo por encima del arco y en su parte media, paralela al mismo, se practica una incisión de cinco centímetros, que da salida á una gran cantidad de pus amarillo verdoso, bien ligado y sin olor.

Este disminnye en los días siguientes, lo mismo que los dolores; persistendo la flexión delmiembro, que tratada de reducir, es muy dolorosa. En la fecha del alta, 9 de agosto, ha desaparecido, pudiendo la enferma caminar apoyada en una muleta.

La herida ha cerrado bien.

Diagnóstico: *absceso de la fosa ílíaca interna.*

E. Garassino.

Buenos Aires, marzo 23 de 1903

Nómbrase á los señores: Académico, doctor José Penna; profesor titular, doctor Francisco Sicardi, y profesor suplente, doctor Ricardo Colón, para que, constituidos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. T. Baca

Zenón Aguilar

Buenos Aires, marzo 28 de 1903

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el exalumno señor Ernesto E. Garassino.

«En el local de la Facultad, á 27 de marzo de 1903, reunida la comisión examinadora que subscribe, encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el exalumno señor Ernesto E. Garassino, que versa sobre «Diagnóstico diferencial de algunos tumores del abdomen» resolvió admitirla. Con lo que terminó el acto. (Firmado): *José Penna.*—*Francisco A. Sicardi.*— *Ricardo Colón.*—*Carlos Robertson*, prosecretario».

Zenón Aguilar

Buenos Aires, marzo 28 de 1903

Entréguese esta tesis á su autor para la impresión, fijándose por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. T. Baca
Zenón Aguilar

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico diferencial entre los tumores líquidos del hígado y de la base del pulmón derecho.

II

El mejor pronóstico de los tumores malignos del estómago está en su diagnóstico precoz.

III

Diagnóstico de los tumores relacionados con la aorta abdominal.

BIBLIOGRAFÍA

L. Concato.—La diagnosi generale dei tumori addominali.

» —Diagnosi della sede.

A. Testi.— La diagnosi dei tumori addominali.

Brouardel, Gilbert. -Traité de Médecine.

P. Tillaux.—Traité de Chirurgie clinique.

Le Dentu et Delbet.—Traité de Chirurgie.

Duplay et Reclus.—Traité de Chirurgie.

A. F. Plicque.—Diagnostic Chirurgical.

Ribera y Sans.— Diagnóstico diferencial de los tumores del abdomen.

A. Pousson.— Précis des maladies des voies urinaires.

Duplay, Rochard, Demoulin. — Manuel de Diagnostic Chirurgical.

H. Tillmans. — Trattato de Patologia generale e speciale Chirurgica.