
GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO.

PATOLOGÍA INTERNA.

ABSCESO INFRADIAPHRAGMÁTICO IZQUIERDO.

PERFORACIÓN DEL DIAFRAGMA Y DEL PERICARDIO.

PIO-PERICARDIAS.—ABERTURA ULCEROSA DEL VENTRÍCULO CARDÍACO DERECHO

POR EL DR. D. ANDRÉS MARTÍNEZ VARGAS.

SEÑORES ACADÉMICOS:

Momento de gran satisfacción es para mí éste, en que aprovecho gustoso la primera ocasión que se me ofrece propicia, para demostrar á esta Ilustre Academia la inmensa gratitud que le tengo por la distinción inmerecida que me dispensara al nombrarme socio corresponsal; distinción que me confunde tanto más, cuanto que con ella se me ha representado en toda su desnudez lo escaso de mis méritos y con todo su brillo el esplendor de esta Corporación, representante el más genuino y autorizado del desarrollo y horizonte de la Medicina en este país: cumbre á do se dirigen las miradas del médico mexicano, como el santuario en donde se guarda la investidura más alta á que puede aspirar; faro, que una vez avalorada la observación, alienta al experimento, trazando por el acuerdo mutuo de varias inteligencias, el camino que deben seguir esos dos procedimientos de la inquisición médica, y órgano, en fin, importante en la universal economía científica, que, con el elemento recibido de fuera y el laboreo constante, autónomo de su personalidad, escudriña hechos, produce ideas y formula deducciones, que circulando por los más apartados países en las páginas de la *Gaceta Médica*, contribuyen al incremento del organismo científico.

No soy partidario, Señores, de que en estos trabajos se distraiga el tiempo con exordios más ó menos retóricos, pues la retórica pasó y hechos son lo que en nuestra época pide el hombre; pero en las circunstancias singulares en que me encuentro, creo indispensable el saludo que ós dirijo: es esta la primera vez que aquí

resuena mi voz, más trémula que nunca por cierto, pues embarga mi palabra la emoción de la gratitud y de la admiración que os tengo y el atrevimiento que consumo. Vengo de muy apartadas regiones; en alas del vapor he cruzado encantadores oasis y desiertos interminables; me he extasiado ante la monótona y à un tiempo imponente majestad del océano; y cuando en unas cuantas semanas habia recibido tal número y variedad de impresiones que habrian bastado à suplantarlo las que en mi memoria grabaran los días de mi pasada edad, si la constitución intelectual consintiera esas sustituciones; cuando se habian agotado las fuerzas de mi admiración, volví la mirada à mi patria, donde habia dejado mis maestros, à la atmósfera que habia sido pábulo de mi inteligencia y cultivo de mi educación médica, à aquellas amplias y repletas bibliotecas, à aquellos museos donde se atesora el caudal científico por la naturaleza ofrecido, à aquellas concurridas clínicas, à aquellos laboratorios en que, si he sentido el amargor que deja en el alma el desencanto de una idea que pareció fácil en teoría y la práctica desmintió friamente, he saboreado también la embriagadora sensación de un experimento comprobado que abre nuevas aplicaciones, satisface necesidades sentidas y deja entrever consoladoras esperanzas para el porvenir.

Por un espejismo de mi imaginación, creí que no llegaría à esa vida mientras no regresara à mi patria; pero bien pronto se desvaneció mi error, tan pronto como pisé este país de los hidalgos pechos y de las nobles aspiraciones. Puesto en roce íntimo con vuestros discípulos, y próximo à vosotros, pude convencerme de que los maestros que esta juventud admira y venera, no son menos venerables, ni causan menos admiración que los míos; y sus bibliotecas, à todas horas abiertas, sus museos en un desarrollo creciente à cada día; sus clínicas repletas de enfermos, campo el más variado y fecundo de los cuadros morbosos vivos, teatro de las operaciones más difíciles y atrevidas, por éxito brillante coronadas, y aplicación de los últimos adelantos que han de reportar alguna utilidad à sus enfermos; su espíritu científico que à todas partes se dirige con una actividad incansable que se traduce en Academias y en Revistas; todo, señores, me absorbió la atención, y dirélo de una vez, me encontraba aquí como en propia casa; vuestra benevolencia y afable trato me colmó de atenciones que nunca agradeceré bastante, y me procuró todas las facilidades. Por ellas he asistido à vuestras clínicas, leído en vuestras bibliotecas, estudiado en vuestros museos, trabajado en vuestros laboratorios, y en vuestras operaciones he intervenido como uno de los ayudantes. Llegué, pues, à no echar de menos à mis antiguos compañeros y à mis maestros; y aquí, donde me figuraba tan lejano de mi vida y de mis costumbres, por la comunidad de ideas, de procedimientos y de fines de nuestra ciencia, así como por la bondad vuestra, he llevado la misma vida y practicado iguales costumbres que allá, y sentido como nunca, con toda la fuerza de su magnitud, esas dos sentencias, à saber: que la medicina es ciencia porque es una y no

tiene fronteras; pues semejante al águila imperial, solo puede vivir en las regiones puras y etéreas, adonde los accidentes del terreno y las divisiones de los pueblos no llegan á estorbar el majestuoso andar de sus alas ni á impedirle que domine el planeta; y que, el médico jamás acabará su estudio, pues al igual del caminante que allá á lo lejos ve una montaña á cuyo pie termina el camino, y confía en que llegado á ella no tendrá donde andar más; puesto en su cumbre ofrécese á sus ojos un horizonte más vasto y un trecho más largo aún del que lleva recorrido.

Perdonadme esta digresión en gracia de que la corto ya.

Hecho este saludo de rigor, entro en materia.

Someto á la consideración de vuestro elevado criterio una historia clínica, y traigo para el Museo de la Academia dos piezas patológicas y unas preparaciones histológicas y micróbicas.

Pensando en la manera cómo pagaría mi deuda á esta Corporación, el Dr. Altamirano, de cuya amistad tengo ya muchas pruebas, me dió la idea de que presentara aquí esta historia, que es la de un enfermo que vi en compañía de él y del Dr. Barragán.

Acepté este consejo al punto, pues lo veía muy útil por dos razones: seguía, primero, una práctica muy en boga hoy y de gran provecho, porque son varias las sociedades científicas dedicadas á la discusión de casos prácticos y á la recolección de sus piezas patológicas, y tengo la convicción que si la «Academia Médico-Quirúrgica Española,» de Madrid, á la cual me honro pertenecer como secretario, ve disputados por numeroso público sus asientos, en sus casi diarias sesiones, se debe en gran parte á que, sus secciones de Medicina y Cirugía consagran la primera hora de la sesión á presentar casos prácticos y discutir los problemas oscuros que entrañan, presentando al enfermo si cura, ó sus piezas patológicas si muere. El interés de esta costumbre salta á la vista. La segunda razón es, que el enfermo de quien voy á hablar trae á juego lo obscuro del diagnóstico en los tumores del abdomen, la importancia del análisis de la orina con el valor diagnóstico de sus cloruros y las indicaciones diagnósticas de la laparotomía: se trata de un absceso infradiafragmático izquierdo que perforó el diafragma, el pericardio y abrió el corazón por la cara posterior y vértice del ventrículo derecho.

Interesa este caso por varios motivos: es muy raro, tanto que Jaccoud en su reciente obra de Clínica, sólo acusa conocimiento de dos abscesos infradiafragmáticos izquierdos; demuestra que la normal sonoridad timpanítica del espacio semilunar puede convertirse en macicez por algo más que el derrame inframamilar, según defendía Traube; aumenta los muy contados casos de abscesos abdominales abiertos en el pericardio, puesto que, de los 249 abscesos hepáticos que el notable médico mexicano Dr. Jiménez ha observado á su satisfacción, no hay más que uno abierto en el pericardio, y aun así no se menciona que

haya perforado ningún ventrículo. La perforación del corazón por el proceso ulcerativo del pus, da á este caso el excepcional interés de la novedad.

Por una de esas exigencias que no permite desoir la amistad, tuve que reconocer el 24 de Noviembre al enfermo cuyos antecedentes son los que siguen: el día 3 de Diciembre fui llamado á una junta en compañía de los Dres. Barragán y Altamirano. Como no hubo uniformidad de opiniones, sino más bien divergencia sostenida por la sanción de diagnósticos racionales, expondré las tres que allí se emitieron.

ANTECEDENTES DADOS POR EL ENFERMO—Era un hombre de treinta y ocho años. En 31 de Julio de 1885 tuvo una calentura que le duró siete días y sus deudos la creyeron un tifo, pues el 16 de Agosto se empalmó con otra que le duró once días y se acompañó de manchas en la piel.

Se encontró bueno y asistió á su trabajo hasta el mes de Febrero de 1886, en que le acometió otra fiebre por espacio de veintiún días, con los caracteres de fiebre intermitente y acompañada en la parte posterior del tronco de manchas análogas á las del mes de Agosto. Por entonces se le hizo perceptible una pesadez del vientre como de algún tumor, y un dolor que le atormentaba de cuando en cuando. Varias veces en el ejercicio de su profesión, capatáz de trabajadores, había recibido en el epigastrio golpes con maderos; el último se remontaba por lo menos á año y medio.

PRIMERA OPINIÓN.—De una talla regular, de un aspecto que recuerda mucho la raza india, de temperamento sanguíneo-linfático, de una constitución fuerte aunque gastada, con buenas carnes y aspecto de gordura; ofrecía este señor la cara propia de un padecimiento profundo, común á enfermedad del pecho y del abdomen. Con un surco naso-geniano marcado, alternaba, en su facies cierto estado de dilatación y estremecimiento de las alas de la nariz, una mirada abatida y corta, párpados medio caídos, cabeza inclinada, ya á un lado, ya á otro, y palabra entrecortada y débil.

Al reconocer su *hábito exterior*, bien pronto se hacía visible á la izquierda del apéndice xifoides y detrás de los cartilagos de la novena y décima costillas, una tumefacción de su costado izquierdo lindante con el tórax y el abdomen. Este tumor, tomando la palabra en su sentido más amplio, era de forma globulosa, disipábase su abultamiento con las partes vecinas, tenía su volumen aparente como unos 8 ó 10 centímetros de diámetro y en su parte central se destacaba una mancha redondeada, irregular, de color rojo obscuro.

Hice la palpación buscando la posición más cómoda para el enfermo é instructiva en cuanto al examen. El abdomen estaba algo abultado en general por la acumulación de grasa, que era muy notable en las paredes de esta cavidad; en la zona del tumor el calor era normal, no más alto del que corresponde á las partes cubiertas por los vestidos; la superficie era esférica, regular y uniforme; la consistencia, la propia de las partes blandas. Paseando la mano por todo el vientre

y subiéndola en plano inclinado dirigida la palma atrás y arriba, no encontré en el abdomen nada anormal, sino á la izquierda de la línea media y tres traveses de dedo por cima del ombligo; en este punto, aunque con la poca claridad que permitían las paredes gruesas del abdomen y la probable acumulación de grasa en el epiplón, percibí un cuerpo redondeado, animado de cierto movimiento, que se extendía hacia el tórax y de un volumen imposible de determinar, pues si bien este punto, que correspondía al borde inferior, me llenaba la mano, no podía precisar los bordes laterales y superior, por confundirse en parte con el hígado y ocultarse en parte bajo las últimas costillas izquierdas. Seguí el procedimiento recomendado por Spiegelberg; pero el tumor y el dolor no permitían á aquella respiración los esfuerzos necesarios para llevar á cabo por completo esa manera de reconocer las zonas profundas del vientre. No obstante lo incompleto de él, me dió este reconocimiento la idea de un tumor de superficie uniforme, de consistencia ni muy dura ni muy blanda y animado de cierto movimiento.

No estaba adherido á las paredes del vientre. Por la textura anatómica del hueco epigástrico, no es fácil, aun en estado normal, coger un pliegue grueso de esta pared poniendo los dedos en la dirección del plano transversal; y no obstante que así no encontraba sospechas de adherencias, tomé un pliegue en el sentido vertical, en cuya dirección es fácil comprender casi todo el grosor de la pared abdominal, y averiguar, por consiguiente, qué relación guarda esa pared con los órganos contenidos dentro. El pliegue fué muy grande y no hubo resistencia alguna para cogerlo; además deslizaba con toda holgura sobre las vísceras.

Apreté ligeramente con mi índice en diversos puntos de la zona tumerosa, hundi mi dedo cuanto lo permitía el dolor que se aumentaba, y al levantarlo no percibí más sensación que la producida por la pared del abdomen al enderezarse, ni otro movimiento distinto del que causa su elasticidad al recobrar su posición ordinaria. Profundamente nada pude observar ni aun golpeando en las paredes del vientre mientras tenía hundido mi índice izquierdo en el tumor.

Me serví de la *percusión*. La hice muy superficial sin hundir las paredes abdominales: el sonido era en toda ella bastante obscuro, como corresponde á la infiltración serosa de las paredes ó á un estado de obesidad con gran engrosamiento de la capa grasosa subcutánea.

PERCUSIÓN PROFUNDA.—Comencé de abajo arriba en el vientre, pues iba así de la región sana y conocida á la enferma y oscura. Siguiendo varias direcciones y poniendo mi dedo pleximétrico muy profundo, llegué á encontrar en el vientre y en el tórax la zona de macicez siguiente: en el hígado, esta zona era un poco mayor de la normal en su borde inferior, excepto al nivel de un centímetro á derecha del apéndice xifoideo; desde allí, con límites muy claros, se extendía hacia abajo hasta tres traveses de dedo por cima del omblí-

go y á la izquierda hasta una línea vertical que pasara dos centímetros por fuera de la tetilla; por *arriba*, la vibración de macicez se extendía muy poco más de lo normal, á la derecha de la región hepática; al llegar al borde derecho del esternón, subía hasta la quinta costilla, y en el lado izquierdo se confundía con la zona de macicez del corazón, es decir, con la línea mamilar, hasta la octava costilla; desde este punto extendíase dos centímetros más, hasta alcanzar la línea que bajara mentalmente dos centímetros por fuera de la tetilla izquierda. La zona del bazo, normal, dejaba percibir un sonido claro, de una estrecha faja situada entre esta viscera y el tumor. Teníamos, pues, un cuerpo de forma redondeada, que libre por abajo, se confundía con el lóbulo izquierdo del hígado y con el diafragma y la punta del corazón por arriba. Siento no tener aquí un esquema de los que usamos diariamente en la clínica de Madrid para dibujar en él la forma supuesta de ese tumor, supliendo con ese dibujo la insuficiencia de la descripción.

Apliqué la *auscultación*. Para investigar primeramente el estado del peritoneo y de las capas superficiales del abdomen, apliqué mi oído suavemente; así no hay riesgo de producir ciertos pequeños sonidos como cuando se aplica el estetoscopio, ni de ocultar por una compresión los que son consecuencia de lesiones superficiales, transitorias y poco intensas. No oí ruido ni sonido alguno próximo á mi oído; deduje, por tanto, que no había inflamación, engrosamiento, rugosidad, ni adherencia del peritoneo á las paredes, corroborando esto el examen que con los pliegues había hecho.

Hice después la *auscultación profunda*, para lo cual me fué indispensable el estetoscopio. Aplicado sobre el tumor y hundiéndolo paulatinamente, percibi primero un ruido de soplo isócrono al latido arterial y de cuando en cuando cierto chasquido, algo semejante al desplegamiento de las válvulas, con la diferencia de ser más fuerte que éste, más rudo.

Este soplo se oía en toda la superficie del tumor con una intensidad mayor, sin embargo, en el centro; puesto el estetoscopio por debajo de la masa y á los lados y línea media del vientre, dejaba de auscultarse semejante ruido. En la cara posterior del tronco ya no se percibía sino muy débilmente y esto sólo al lado izquierdo de la columna vertebral.

Al mismo tiempo notaba el levantamiento del estetoscopio simultáneo con la producción del soplo.

Pasé acto continuo á examinar lo restante, los aparatos orgánicos.

APARATO DIGESTIVO.—Lengua ancha y húmeda, apetito regular, pero como después de comer, á poco que llenara su estómago sentía aumentarse el dolor correspondiente al tumor, tenía que renunciar á las comidas ó comer muy frugalmente. Deposiciones frecuentes, cuatro ó cinco al día, de color normal.

APARATO RESPIRATORIO.—Dilatadas las alas de la nariz; no podía hacer inspiraciones profundas por cierta dificultad material y por el dolor. La percusión

no descubrió nada peculiar á enfermedad pulmonar: la auscultación percibió un murmullo vesicular aumentado en el pulmón derecho, disminuido en el vértice del izquierdo y perdido en absoluto en la base de este pulmón; nada de otro signo; tos ligera, sin expectoración; respiraciones de 30, 40 ó 50 por minuto.

APARATO CIRCULATORIO.—Aplicada la mano á la región precordial, difícilmente sentía la palpitación, el latido; buscándolo en esa región no fué posible descubrirlo sino en forma de movimientos débiles: algo había que ocultaba ese sonido á las paredes del tórax. La *percusión* limitó perfectamente la base del corazón y bordes; mas no así la punta ni la mitad inferior, pues el sonido obscuro de estas partes se confundía con la zona de macidez tumoral. No obstante, trazando mentalmente las líneas de Traube en la parte del corazón accesible á los límites de la percusión, se comprobó que no rebasaba ni la línea externa ni la mamilar: en su mitad superior, al menos, el corazón no estaba aumentado de volumen. **Auscultación.**—Mal podía aplicar el estetoscopio sobre los latidos cuando no se apreciaba el punto en que chocaba el corazón. Oí muy disminuidos de intensidad los ruidos en la base, y con su timbre normal, pero no se percibía el tic tac puro, sino que el segundo ruido parecía alargarse un poco y descomponerse en más de un ruido y cambiar de timbre. El pulso latía 76 á 90 veces por minuto.

CALORIFICACIÓN.—Según las referencias hacía muchos días que no tenía fiebre, ni el más ligero escalofrío ó trastorno que pudiera hacerle sospechar un aumento de calor. En el momento de la exploración estaba fresco, con el calor normal.

SECRECIONES.—Normales según las apreciaciones del enfermo y sus datos.

SISTEMA NERVIOSO.—No tenía dolor de cabeza ni interrupción del sueño, pero sí un dolor fijo siempre en el hombro izquierdo muy agudo algunas veces y que por varias observaciones había notado que se aumentaba al compás que el del tumor. Las piernas se adormecían de cuando en cuando pero muy ligeramente. Los sentidos bien. Las fuerzas generales disminuidas más por expresión dolorosa que por debilidad, pues las carnes no habían disminuido.

En este cuadro morboso se revelan dos fenómenos dominantes: *enfermedad del corazón y un tumor del abdomen.*

DISCUTAMOS LA PRIMERA.—Nada hacía sospechar la existencia al enfermo, ni daba siquiera datos de haber padecido algo en esa región. Así resalta, pues, la utilidad del análisis semeiótico, que en vista de pocos signos físicos, descubre enfermedades en donde ni aun se sospechan. La disminución del choque del corazón, y entiéndase que no digo la punta, la falta de ese latido y la percepción obscura de los sonidos del órgano, hacían suponer la existencia de algo, que interpuesto entre el plano de producción de esos fenómenos físicos y la pared, atenuaba la transmisión de la intensidad de ellos. En vano busqué un ruido de roce; signo de tanto interés y de fuerza tal, que ha bastado para diag-

nosticar pericarditis donde no había otro síntoma ni derrame alguno. Los cambios de posición no modificaban las impresiones. Debíamos suponer que las dos hojas del pericardio, la parietal y la visceral, estaban tan lisas como de ordinario; de lo contrario, bien pronto habría rozamiento y con éste producción de un ruido perceptible.

Menos podría preguntar á la manera cómo el corazón verificaba su sistole y diástole; es decir, si había retracción no acostumbrada de la punta después del sistole ó si esa retracción dejaba de ser limpia y breve, lo cual indicaría una especie de aglutinamiento de la punta á la pared.

Tampoco percibi frotamiento alguno con la mano. Acostado, no oía soplo anormal en el orificio de la arteria pulmonar, ni de la aorta; no debía suponer la existencia de líquido en el pericardio, que al comprimir el origen de esas arterias fuera causa de ruidos. No obstante, senté al enfermo, y tranquilo ó agitado, respirando ó suspendida esa función, no noté por parte del pericardio el más ligero trastorno. La disminución ligera en la fuerza de los latidos cardíacos á la mano y al oído, no se acompañaba de ningún otro trastorno que pudiera esclarecer la causa de ello.

Volví á auscultar el corazón. Percibi un soplo en el segundo tiempo, es decir, simultáneo con el diástole cardíaco; se oía en los intervalos del latido de la radial, cuando los ventriculos están relajados. Auscultando al enfermo tranquilo ó agitado, en decúbito supino ó sentado, con el cuerpo echado adelante; de pie y después de dar algunos paseos, respirando ó sin respirar, siempre el ruido anormal se oía en el mismo tiempo; con la diferencia que el tono primero del corazón sonaba más intenso estando el enfermo sentado ó inclinado hacia adelante, y que el soplo se percibía más fuerte cuando el enfermo se había agitado. La respiración no influía sino en la claridad con que se percibía, mayor por supuesto cuando se suspendía aquella, porque no había mezcla de sonidos. Llevando el estetoscopio en las direcciones convenientes para descubrir el punto máximo de auscultación del soplo, llegué á encontrarlo entre el quinto y sexto espacio intercostal, y tirándose algo hacia la axila. Estaba, pues, en el foco del orificio auriculo ventricular izquierdo. Los clínicos de más reputación han comprobado que el máximo del soplo mitral se prolonga en esa dirección. Cuando auscultaba después de agitar un poco al enfermo, el soplo, que era suave y profundo antes, se oía rudo y como seccionado, es decir, que sufría un desdoblamiento, siendo en la segunda parte de su auscultación más fuerte que en la primera.

Doy estos detalles porque logré percibirlos, y para utilizarlos más adelante no porque crea en ciertas filigranas diagnósticas, pues hoy, fuera de algunos casos excepcionales, no es fácil diagnosticar por solo las condiciones del soplo, si hay engrosamiento hipertrófico y rigidez de las válvulas, como pretendía Bouillaud oyendo un soplo áspero ó rudo, ó descubrir un reblandecimiento ó

fungosidad de las válvulas, como sucedería en la endocarditis ulcerosa con presencia de un soplo enronquecido y bajo: estas afirmaciones no pueden tener el fundamento de la verdad en la práctica, mientras la acústica no nos ponga en las manos diapasones especiales que, al par de darnos idea de la intensidad de un soplo, nos descubra su timbre y su tono en relación con el estado normal, y aun la profundidad á que ese sonido se produzca.

Pero no obstante, nuestro oído puede apreciar el fraccionamiento de un mismo ruido. Una ley de física fisiológica, de observación diaria con la corriente de los ríos enseña, que aumentando la fuerza ó acelerando la rapidez de una corriente en un vaso, se aumenta la intensidad de los ruidos normales ó anormales, descubriéndose por el mayor rozamiento y vibraciones, otros que en estado de reposo no se apreciarían.

En este enfermo teníamos una *estrechez mitral*. La sangre caía como siempre de la aurícula al ventrículo, tan pronto como éste entraba en relajación; esto se verificaba en la segunda mitad del segundo tiempo ó pequeño silencio; como entonces caía por su propio peso sin que nada la empujara, pues la aurícula no se contraía, pasaba tan sólo la sangre que el calibre del orificio permitía; no había gran rozamiento: la fuerza y la rapidez de la caída no eran bastantes á producir vibraciones y con ellas soplo. Pero llegaba el tercer tiempo, la aurícula se contraía para empujar la sangre, y como el paso de este líquido al ventrículo no era ya acto pasivo, había rozamiento fuerte y vibración; se producía el soplo. Esto en el caso de una circulación tranquila, lenta; cuando por paseos ó un esfuerzo se le aceleraba, ya no había ese primer tiempo de caída pasiva de la sangre, pues la rapidez de la revolución cardíaca acortaba esos tiempos y se producía desde el primer momento la frotación fuerte de la sangre al pasar por las hojas de la válvula mitral, y el soplo se oía desde que cesaba el primer ruido, es decir, más pronto y por espacio mayor que cuando la circulación era tranquila.

Hubiera deseado aplicar el esfigmógrafo para estudiar los caracteres del trazado del pulso; pero no traía conmigo ni el de Marey, ni el de Blondel, y me fué imposible unir á esta historia ese dato.

No notaba signos de insuficiencia. El primer ruido tenía todos los caracteres del normal.

Concretando, pues, y sometiendo los orificios y corrientes sanguíneas á la clasificación del clínico mexicano Dr. Carmona, de *orificios de entrada y orificios de salida*, de *corrientes de salida y corrientes de entrada* para el estudio de los soplos, nos encontramos con un *soplo* producido en el orificio de entrada aurículo-ventricular izquierdo y por una corriente de entrada: tenemos una *estrechez mitral*.

¿Qué relación guardaba esta lesión con el resto del corazón funcional y anatómicamente considerado? Hasta el presente la lesión estaba equilibrada; en los

demás orificios no se descubrieran trastornos de ninguna especie; para sostener el equilibrio, el corazón no había tenido tampoco que hacer gran esfuerzo, pues la nutrición de él no se había aumentado, su volumen era normal, según lo daba á entender la percusión. La lesión cardíaca estaba en el periodo de los trastornos hemodinámicos perfectamente marcados por el Dr. Espina, de Madrid.

Vamos al segundo punto de este enfermo: ¿De qué naturaleza era el tumor que tenía en el abdomen? La mano aplicada profundamente, así como el estetoscopio, experimentaban un levantamiento más brusco cuanto más se ahondaba en esa cavidad; al mismo tiempo el oído percibía un soplo y hasta sonido de chasquido.

Deseché una causa de error que los clínicos han tenido por muy frecuente; algunas veces una dilatación exagerada del estómago por gran acumulación de gases ha sido buen conductor de los latidos del corazón y de sus ruidos, haciendo sospechar una lesión cardíaca cuando no había más que pneumatosis estomacal que obraba como caja de resonancia. La percusión profunda y el percibir esos movimientos en el tumor y en el corazón con algunas diferencias de intensidad y tiempo, demostraba que éstos se producían en distinto foco; no se trataba en manera alguna de una sencilla propagación y de exageración de los ruidos. Como este tumor estaba algo metido debajo de las costillas, cual si buscara el refugio del diafragma, podía sospecharse que parte de esos movimientos y ruidos fueran propagados por el tumor golpeado por el corazón: la auscultación desechaba también esa causa de error.

Hubiera yo querido, para que el examen particular de esta región fuera más expedito, someter este enfermo á la acción de un purgante y de una lavativa, para que vacíos los intestinos, despejaran el terreno; pero como no era enfermo de quien yo dispusiera, me ví privado de este auxilio. No hubiera empleado sin embargo, la cloroformización ó eterización para relajar las paredes abdominales como muchos aconsejan, pues no lo juzgo necesario.

Concretándome á ese punto enfermo repetí los nuevos métodos de examen.

INSPECCIÓN.—Practiqué el consejo de Greene para percibir los movimientos ligeros, y que mirados de arriba abajo pasan desapercibidos. Acostado el enfermo me arrodillé á su lado y puse mis ojos al nivel del tumor; ví tangencialmente á éste y con claridad distinguí los movimientos ritmicos de levantamiento de abajo arriba. Suspendida la respiración seguía igual ese movimiento.

En unas rodajitas de cera planté unos palitos muy delgados con banderolas de papel en su punta; las pegué en tres puntos repartiéndolas entre el pericardio y el tumor; suspendiendo la respiración los movimientos de ellas eran de elevación y descenso, y como las del corazón subían menos que las del tumor y éstas se movían en distinto tiempo que aquellas, juzgué que los movimientos del corazón y los del tumor no eran determinados solo por sistole y diástole cardíaco, sino que eran independientes y cada cual tenía su producción *in situ*.

Se ha dado como carácter diferencial de estos movimientos de los tumores, el que, en un aneurisma, el movimiento es de expansión y retracción, se extiende á toda la masa, y únicamente en un punto central, en la cúspide del saco se observa más fuerte, más intenso; la retracción es breve y comprende asimismo toda la superficie tumerosa. Por el contrario, en los tumores que se mueven porque reciben los latidos de una arteria á la que están unidos: en tal caso el movimiento es una elevación en masa, sin que en ésta se note, como en los aneurismas, la expansión uniforme y como producida por una fuerza que desde un centro se irradia á una superficie esférica; la retracción es también brusca, no de empequeñecimiento de la masa; y cuando el tumor no está adherido fuertemente al vaso, no es arrastrado por la retracción de éste, y el movimiento es casi imperceptible.

Semejantes detalles, señores, podrán apreciarse fácilmente si se quiere en tumores superficiales, en los del cayado aórtico que rebasen el esternón ó los de las arterias de los miembros; pero un tumor como el presente, con paredes abdominales gruesas y con un epiplón lleno de grasa, sin que la vista éntre en juego y las manos sean las únicas encargadas de apreciar ese fenómeno, me parece inútil ó por lo menos no se puede utilizar ese signo diagnóstico. Percibiase aquí un movimiento, no se distinguía si de expansión ó de levantamiento de la masa. Por último: en sacos aneurismáticos, de forma irregular, la expansión es muy difícil observarla; no es uniforme.

Otro síntoma: la *fijeza* del tumor. Con las manos intenté dislocarlo ya suave, ya fuertemente, mas no logré desviarlo de su sitio. Hice respirar al enfermo variando la intensidad de las inspiraciones; y aunque éstas no podían ser muy profundas, pues las impedía el tumor por su volumen y el vivo dolor que se despertaba, sin embargo, aplicadas las manos sobre el hígado y el tumor, noté que aquél descendía en el abdomen en proporción de lo que era empujado y subía lo mismo, al paso que el tumor quedaba fijo, sin moverse.

FLUCTUACIÓN.—La apreciación de este dato serviría de mucho. Estaba yo inclinado á que era un tumor blando y desechara todo neoplasma propiamente dicho, según lo que ya he manifestado; percibir una fluctuación marcada era de gran interés. No la encontré, pues según he expuesto ya, sentí resistencia elástica pero no fluctuación clara. Este síntoma fácil de sorprender en tumores superficiales, no lo es tanto ni mucho menos en los tumores encerrados en el abdomen, máxime cuando las paredes son como las de este enfermo. Prueba de ello los errores frecuentes que han sufrido los clínicos más reputados y más duchos en esto de adivinar síntomas. Notaba Jaccoud en un hígado muy abultado cierta fluctuación muy distinta, que se extendía desde el apéndice xifoides al ombligo y resaltaba con la dureza del resto del órgano. Introdujo un trocar y no salió nada, solo una gotita de sangre; como seguía esa fluctuación, punccionó á los pocos días dos veces más en distintos sitios con resultado negativo.

Dos meses después parecía superficial ese fenómeno y Chauffard no pudo resistir la tentación: hundió su trocar hasta 12 centímetros, y tampoco fué más afortunado.

Se trataba de una cirrosis biliar hipertrófica, en la que la blandura del hígado hace creer en la fluctuación de un absceso ó quiste. P. Ollivier ha consignado esa causa de error con motivo de un enfermo puncionado con un mes de intervalo, por Bouley y N. Guillot: de las mismas equivocaciones hablan en sus tesis Hanot y Sabourin.

En estas condiciones la *fluctuación* es un signo muy equivoco cuando no inapreciable.

Estudié el fenómeno de *flote*. Puse mi índice izquierdo en el dorso al nivel de las últimas costillas izquierdas ó de sus espacios, y con mi mano derecha di unos ligeros golpes é hice depresiones en el tumor; no observé fenómeno alguno de corriente líquida que se formara al golpear. Mi índice izquierdo no sintió choque.

PERCUSIÓN.—El tumor parecía domiciliado además de otras partes del abdomen, en el llamado espacio semilunar por Traube, desde 1868. Sabemos que esta zona está colocada en la parte inferior é izquierda del tórax y tiene por límites, arriba, una línea curva de concavidad inferior extendida desde la extremidad external casi del sexto cartilago costal izquierdo hacia abajo y afuera hasta la articulación condro-costal de la novena ó décima costilla; su límite inferior es el borde torácico. Su longitud en la parte media, que corresponde á la línea mamilar, mide unos diez centímetros próximamente, y forman esa zona la pared costal, pleura-parietal y diafragmática, estómago y colon. El pulmón apenas llega á la parte superior de ella. El sonido normal de esta región es timpánico puro, como abdominal, de tono elevado. Faltan, además, las vibraciones vocales y los otros signos pulmonares.

Ahora bien: en este caso el espacio semilunar daba un sonido muy obscuro y estaba ocupado por un tumor. Como no había síntomas del aparato respiratorio, deseché al punto la idea de pulmonía fibrinosa del lóbulo inferior del pulmón; la pleuresía izquierda con derrame abundante ó escaso, denominada pleuresía inframamilar; la sínfisis freno-costal ó adherencias establecidas por falsas membranas entre el pericardio, el borde inferior del pulmón y diafragma por un lado con la pleura costal por otro. Percutí de nuevo sobre el hígado, el tumor y el bazo.

Ya he dicho que entre el bazo y el tumor notaba una zona estrecha clara; esto me hizo suponer que eran independientes. No así el hígado: aunque las respiraciones fuertes me daban á entender que el tumor y este órgano eran independientes y la percusión mostraba en las líneas axilar y mamilar separación del sonido macizo de uno y otro, en cambio en la línea media, antes bien, desde la línea paraexternal derecha, se confundían sus zonas oscuras. Dado este hecho,

¿había simple contacto? ¿había unión y dependencia ó adhesión floja? La respiración abogaba por lo primero. Cambiando la posición del enfermo siempre el sonido obscuro permanecía en un mismo punto; no había dislocación.

AUSCULTACIÓN.—No podía, he dicho, usar la acción limpiadora del purgante, y por eso ausculté de mañana cuando el enfermo no había comido ni bebido desde el día anterior, pues conocía las probables equivocaciones por los trabajos de Natanson de Varsovia acerca de la auscultación del tubo digestivo, incluso el estómago.

Hundí el estetoscopio en la zona tumorosa, y cuantas veces auscultaba oía al par del levantamiento un soplo suave acompañado de cuando en cuando de un murmullo y chasquido, como si una ola líquida fuera á chocar con algún objeto. Este soplo era único, acompañado de ese movimiento de levantamiento y expansión y lo oía tan sólo en la zona del tumor, y tanto poniendo el estetoscopio casi horizontalmente contra la pared inferior como vertical; ausculté por detrás con la oreja sola, y no aprecié nada de ese soplo ni de ese chasquido, sino ligeros indicios junto al borde izquierdo de la columna vertebral.

Casos hay muy conocidos en que independientes de la aorta, se han oído en el abdomen soplos vasculares. Raeser afirma que en el caso de ingurgitación avanzada del bazo, se oye un ruido de soplo de la arteria esplénica, que es un *ruido continuo como venoso*; la percusión nos descubría aquí un bazo normal, esto aparte de la distinción que se estableció por solo el soplo.

Herbert Daires describió en 1863 un murmullo continuo variable con la inspiración en la región epigástrica, á la derecha, que se oía en un hombre de cuarenta y seis años afecto de cirrosis, el cual soplo era producido por la dificultad en la circulación de la vena porta y por el desarrollo de la circulación colateral á través de las venas epigástricas: denominó Davies á este ruido *murmullo venoso epigástrico*.

Incliné el cuerpo del enfermo adelante, procurando que se separaran las paredes abdominales anterior y posterior y estableciendo cierto vacío entre las vísceras contenidas dentro: el tumor estaba á la misma profundidad, latía de igual manera y se producía el soplo de siempre; el chasquido era menos constante.

¿Podía aceptarse por esos latidos la existencia de las palpitations de la aorta tan bien estudiadas por Laenec? No son pocos los casos de mujeres histéricas en que con una pared abdominal delgada y ese trastorno nervioso de la aorta abdominal, se ha creído en un aneurisma. La existencia de un tumor compañero de esos latidos imposibilitaba tal suposición; además, fuera de la masa no se percibía ni movimiento ni soplo; en esos latidos fuertes por causa nerviosa, el movimiento y el soplo se oyen en un trayecto muy largo, y sin aumento de volumen del vaso.

Estudieemos el *soplo*: Si con motivo de algunos aneurismas del cayado aórtico

se ha estudiado la transmisión de los ruidos normales del corazón á una larga distancia, lo cual hace difícil en ocasiones el diagnóstico de estos aneurismas, en este caso estamos libres de tal duda; si hubiera propagación se oirían los dos ruidos; solo oíamos uno, el sincrónico al sistole; tampoco podíamos sospechar que ese único soplo fuera transmitido desde el corazón, porque está averiguado que la transmisión no alcanza á la aorta abdominal, por estar muy distante de aquel órgano. Rechazaba también esa sospecha, la ley de acústica fisiológica siguiente: un soplo pierde al transmitirse algo de su intensidad en proporción de la distancia; pero conserva completo su timbre y tono primitivos. El soplo en cuestión tenía distintos timbre y tono que el primer ruido cardíaco; era más suave ó más rudo que él, según la rapidez circulatoria; no era, pues, transmitido; se producía en el tumor.

La causa de los ruidos vasculares está en las vibraciones de la pared del vaso ó en las de la columna líquida. Producirá estas vibraciones, todo lo que aumente el frotamiento brusco con impulsión lateral desarrollados normalmente en cada onda líquida arterial, y todo lo que haga mayor la fuerza y la rapidez de la sangre circulando en las arterias: de esta manera se aumentan los frotamientos y se multiplican las vibraciones; así se engendran los soplos.

Por consiguiente, las lesiones de la membrana arterial interna, arrugamientos, membranitas desprendidas y flotantes, engrosamientos, placas de ateroma ú osi-calcáreas; dilataciones parciales, estrecheces bruscas, compresión del vaso, paso de la sangre de un vaso á otro por orificio estrecho, cuyos bordes vibren, etc., etc.: todo esto producirá soplos.

Muy raras son las lesiones aisladas y circunscritas á un punto de la aorta; pero como el soplo que ellas producen se transmite á lo lejos, lo que no sucedía en nuestro enfermo, y como teníamos un tumor y ruido de chasquido y latidos, abandoné esas hipótesis y acepté la existencia de un *aneurisma de la aorta abdominal inmediatamente debajo del diafragma*.

Uní á estos datos la falta de adherencias, el latido débil de ambas arterias femorales y el enfriamiento habitual de los miembros inferiores y cierto adormecimiento de ellos, que contribuían al apoyo de ese juicio.

El diagnóstico directo me llevaba á esa opinión.

No se me ocultaban, sin embargo, las equivocaciones, pues no están muy acordes los clínicos en qué un diagnóstico semejante pueda alcanzar la comprobación debida, y que, realizable en el diagnóstico de otras enfermedades, hace imposible toda duda ó error.

El mismo soplo que es signo muy peculiar de un aneurisma no es unívoco: conocemos ya sus causas múltiples que acabamos de enumerar.

Por otra parte, Richard Barwell, cirujano del hospital de Charing Cross, de Londres, ha visto muchos aneurismas sin soplo, y tumores no aneurismáticos que lo tenían: su ausencia hubiera sido poco significativa.

Varios cirujanos, después de largos ensayos, dan como signo patognomónico de un aneurisma, el siguiente, que era impracticable en nuestro caso, porque la situación anatómica no lo permitía: consiste en comprimir la arteria por cima del tumor; si es aneurisma, desaparecen los signos vasculares; pero, sobre todo, el tumor disminuye rápidamente de volumen; al separar la presión y establecerse el paso de la sangre, el tumor adquiere al instante su volumen primitivo.

Dicese, además, que un movimiento de reducción del tumor al tiempo del sistole arterial, es signo positivo de aneurisma y excluye la idea de que un tumor comprima el vaso. Pero ese signo de reducción es, como ya he expresado, muy difícil de apreciar si no imposible.

A propósito de esto, el Dr. D. Manuel Dominguez ha pintado de mano maestra la historia de un enfermo¹ muy obscuro, en quien se aplicó el cardiógrafo, se hicieron punciones exploradoras, se examinó al microscopio el líquido extraído con éstas, seroso las más veces, sanguinolento otras, y á pesar de estos datos tan esmeradamente recogidos y de la existencia de los síntomas clínicos de los aneurismas, se desechó el diagnóstico de aneurisma: la autopsia demostró que el tumor que se había examinado y juzgado un neoplasma sifilitico, era un saco aneurismal.

Citaré dos casos más de error, aun contando el clínico con los latidos y demás movimientos: una mujer de cuarenta y dos años, del servicio de Headland murió de *mal de Bright*; poco antes de espirar, se le había diagnosticado un aneurisma abdominal. El tumor, distante cinco centímetros del apéndice xifoideo, llegaba hasta el ombligo y se extendía á la izquierda, donde estaba todo el cuerpo de la masa. Richard Barwell, que la examinaba con detención, tenía próxima á esta enferma otra con un aneurisma abdominal bien comprobado; como ejercicio diagnóstico, todos los días reconocía cuidadosamente á una y otra enferma. La expansión era idéntica en los dos tumores; pero en ninguno se oía ruido de soplo. Cuando murió aquella enferma, de los riñones, la autopsia demostró que el pretendido aneurisma de diagnóstico sancionado por la comparación de un caso evidente, era un lóbulo anormal del hígado que abrazaba casi por completo á la aorta, la cual latía contra sus paredes.

Otro caso: puede desarrollarse una bolsa quística alrededor de la aorta; ó formarse un absceso alrededor de un saco aneurismático. Haen tuvo ocasión de abrir un absceso desarrollado alrededor de un aneurisma; oyó soplo y creyó que era producido por la compresión del pus. Con efecto abrió la bolsa purulenta; se vació todo el pus y cuando creía en un alivio del enfermo, es decir, á los ocho días de esto, se rompió un aneurisma en el que no se había creído, y sobrevino la muerte.

Aun en casos en que la equivocación era menos posible, por estar los tumores más accesibles al observador; aun en tumores de los miembros se han rea-

1 "Escuela de Medicina," 1883-1884, pág. 292.

lizado esas equivocaciones. Erskine Masson y varios consultantes tomaron un sarcoma del hueso poplíteo, por un aneurisma; Duning, de New York, creyendo que cierto tumor era un sarcoma del hueso poplíteo, incindió, y resultó un aneurisma. Jessops de Londres ligó la arteria femoral creyendo que se trataba de un aneurisma del tercio inferior del muslo, y se demostró después de la muerte que era un fibroma. El caso de Moore, el de J. Paget y de tantos otros que me llevarían muy lejos, demuestran lo fácil que es equivocarse en el diagnóstico de los aneurismas.

Los cánceres vasculares pueden producir movimientos de expansión con retracción progresiva, el estremecimiento ó ruido de soplo, más nunca desarrollan el ruido de chasquido, ni alcanzan el volumen tan exagerado que el tumor de este enfermo.

Aun teniendo presentes los chascos que estos tumores han dado al ojo clínico más certero, no había otra enfermedad que explicara tan bien como un aneurisma, los síntomas de este enfermo; por esto el diagnóstico de aneurisma se hacía el más aceptable.

Pensé si no podría tratarse de un *absceso hepático*. La enfermedad se remontaba á muchos meses: por lo menos había comenzado en Febrero último, tiempo en el que percibió el enfermo los primeros signos físicos del tumor. Había tenido en verdad distintos accesos de fiebre; pero no se sabían con firmeza sus accidentes de manera que pudiéramos aprovecharlos como elemento diagnóstico. La primera fiebre, conforme con todos los datos, fué un tifo; las restantes, cuando ya debió haber comenzado el tumor, según todas las probabilidades, parecían realmente fiebres intermitentes; pero éstas, que pudieran apoyar el diagnóstico del absceso, no son secuela única del paludismo. ¡Cuántas veces sin tener parte alguna el germen palúdico, se presenta esa intermitencia en la fiebre, que no es otra cosa que un preludio de endocarditis, como hay de ello multitud de ejemplos!

La endocarditis parcial, por lo menos, había existido en este hombre; había dejado sus huellas en la válvula mitral. Y sabemos que Leyden, que ha estudiado un sinnúmero de endocarditis, las ha clasificado en cuatro grupos, de los cuales el tercero y el cuarto, sobre todo aquél, está constituido por endocarditis que se acompañan siempre en los comienzos, de fiebre intermitente, que no cede á las dosis más altas de quinina, y que, al declinar sus accesos, estallan con aspecto alarmante los síntomas más terribles de una endocarditis en plena evolución.

Los antecedentes febriles lo mismo podían inclinarse á una opinión que á otra, y hacerlos servir sin gran esfuerzo de lógica para defender una hipótesis cualquiera.

El estado general no era tampoco más favorable á la idea del absceso. El enfermo no estaba demacrado; su cuello, redondeado como el resto del cuerpo,

no denotaba una consunción que correspondiera á una tan extraordinaria colección de pus indicada por el volumen del tumor.

TRASTORNOS DIGESTIVOS.—No eran muy acusados entonces; habitualmente no tenía diarrea ni estreñimiento; si se exacerbaba el dolor cuando comía en abundancia era indicio de que el estómago tenía empujada su cavidad por la compresión, la cual podía ejercerse de igual manera por un aneurisma que por un absceso. Por último, el Dr. Carmona ha observado que los trastornos gastro-intestinales no son de gran valor en estos casos, pues faltan muchas veces y aun no faltando, son de manifestación diversa.

MANCHA DEL TUMOR.—No era ésta signo inflamatorio: su color era violáceo tenía límites irregulares pero claros, no se confundían ambos colores, no desaparecía por compresión ni se acompañaba de calor, propio de un absceso que amenazara abrirse, antes bien, esta parte estaba fría. Yo la juzgué consecuencia del éxtasis sanguíneo por la compresión que en las capas internas producía el tumor.

Además, Barwell consigna como hecho de observación, que la rubicundez de la piel, la inflamación y aun la forma acuminada de la superficie tumoral, no desechan la existencia del aneurisma; por eso da como consejo á pesar de ser cirujano, que en esos casos de duda no se debe operar sino aguardar temporizando.

(Concluirá.)

ACADEMIA DE MEDICINA.

SESIÓN DEL 30 DE MARZO DE 1887.—ACTA NÚM. 25, APROBADA EL 13 DE ABRIL.

Presidencia del Sr. Dr. Domínguez.

A las siete y treinta y cinco minutos de la noche se abrió la sesión, y después de haber sido leída el acta de la anterior, se puso al debate.

El Sr. SEMELEDER interpela á la Mesa á fin de que se sirva informarle cuál ha sido la solución del asunto relativo á las aguas minerales, pues esta cuestión no figura en el programa de hoy.

El Sr. PRESIDENTE contesta que no ha tenido solución definitiva, y que aunque no figura en el programa de esta noche, la Secretaría tiene en su carpeta ese asunto para sacarlo al debate en su oportunidad.