



Diagnósticos oscuros y errores instructivos

Lección de Clínica quirúrgica (I)

POR

GREGORIO AMUNATEGUI

«Delante de vosotros se encuentra un desgraciado que sufre, que está grave y que pone en vuestras manos toda su confianza. Para apreciar vuestra conducta hay un solo juez inexorable: la conciencia. No existe sanción penal; sólo queda el remordimiento de haber podido ignorar *aquello* que salva en ocasiones una vida en peligro.»

Esta es la idea filosófica, expresada con palabras brillantes por el profesor Murry, el eminente clínico de Boloña, en una de sus últimas lecciones que consagra a demostrar las responsabilidades que incumben al médico práctico en el humanitario ejercicio de su sagrada misión.

(I) 5 de Abril de 1915.

Aquello que salva una vida es el *tratamiento*. La humanidad lo exige del médico y él se lo debe para recompensar su confianza. Médico o quirúrgico, curativo o paliativo, sólo sintomático a veces, es menester que alivie en todo caso, y, cualquiera que sea, el tratamiento exterioriza el saber del práctico, funda su reputación, su fama y le procura fortuna y bienestar, dones que no siempre se atribuyen con justicia. Pero nosotros los médicos sabemos que ante todo importa el *diagnóstico*; el tratamiento deriva de él por sí solo.

Al iniciar sus estudios en la Clínica, el alumno posee, o debe poseer, todos los conocimientos fundamentales necesarios para aplicar en un caso determinado, para reconocer una enfermedad, para formular un diagnóstico. En los años preparatorios ha comprendido su importancia; cada monografía que ha leído le consagra su mejor parte, y también ha podido vislumbrar ya las dificultades que encierra este acto intelectual. Una de las cuestiones más difíciles en un examen de promoción o de internado, es el diagnóstico diferencial de tal o cual enfermedad con otras que presenten síntomas análogos, y aún no ha desaparecido del todo la anticuada idea de que, en una prueba práctica, el alumno que conoce el diagnóstico del enfermo que examina ha salvado el principal obstáculo, aun cuando salte a la vista su incompetencia para proceder con método a un examen que habría de conducirlo lógicamente a su diagnóstico probable.

Más aun, quien quiera que recorra la literatura médica ha de convenir en que son escasos y deficientes los tratados generales de diagnóstico. Los hay en su forma más elemental que bosquejan los síntomas culminantes que los procesos inflamatorios, traumáticos o neoplásicos producen en cada región, en cada órgano; otros sintetizan estos mismos síntomas en ejemplos artificiales que resaltan las diferencias de dos enfermedades; es corriente que cada capítulo especial consagrado a una afección la diferencie de otras con las cuales podría confundirse, empleando a cada paso términos y expresiones *relativas*, de ninguna utilidad práctica,

como «más blando o menos duro», «mayor temperatura local o menor enflaquecimiento», «un dolor más intenso o menos prolongado», olvidando que cada organismo reacciona de un modo diferente; le dan también una importancia primordial a un factor que, por desgracia, no siempre la tiene entre nosotros, tal es la anamnesis, difícil de obtener con la suficiente veracidad en nuestra clientela hospitalaria; tampoco se debe contar, sobretodo en cirugía de urgencia, en la cirugía abdominal aguda por ejemplo, con los cambios que se efectúan cuando es posible la expectación y que muchas veces disipan las dudas, observándolos durante un tiempo prolongado. Por fin hay libros de diagnóstico diferencial, muy instructivos para un profesor, basados en observaciones clínicas exactas y cuidadosas, agrupadas alrededor de algunos síntomas culminantes, como el dolor según el sitio de su mayor intensidad, los vómitos, el icterus, la dispnea, la hematuria, pero que tienen mucho artificial porque dichas observaciones se resienten de la necesidad de dar mayor colorido al síntoma en torno del cual el autor quiere clasificarlas.

La verdad es que las enfermedades son fenómenos naturales. Para descubrirlos hay que valerse del único medio que lleva al conocimiento de la naturaleza: el *método inductivo*, que asciende lógicamente de los medios o fenómenos particulares a una conclusión general, que es la ley o principio que virtualmente los contiene. Ahora bien, la primera regla de la inducción es *observar* y la observación clínica no se estudia en los libros ni se aprende en los apuntes. A pesar de los progresos realizados por la ciencia, a pesar de la nueva dirección impresa a las investigaciones médicas, la observación clínica continúa siendo, no sólo la base del diagnóstico, sino la base de todos los estudios de patología.

Pero no hay que olvidar que la observación exacta, la investigación rigurosa y objetiva es muy difícil, porque, como decía Huxley, «la dote intelectual más rara consiste en ver las cosas como son».

Hasta estos últimos tiempos, el médico era ante todo un observador. Poco a poco fué ayudándose de instrumentos destinados a descubrir las partes ocultas, como el espéculo, oftalmoscopio, laringoscopio, endoscopio y de los rayos Roentgen que la han permitido proyectar o fijar la mayor parte de los órganos o tejidos del cuerpo humano. El diagnóstico ha ido también aprovechando los métodos químicos, histológicos, bacteriológicos.

El examen de la sangre ha venido a suministrar los datos más curiosos e importantes: la numeración de los glóbulos rojos, la numeración y sobre todo la determinación de las diversas especies de leucocitos, la investigación microscópica de los parásitos que viven en la sangre o que pasan a ella; la investigación por la hemocultura de los microbios que viven en este líquido y de las nuevas propiedades biológicas que puede adquirir, como el poder aglutinante, los métodos del índice opsonico y de la desviación del complemento, todos ellos, y muchos otros que paso en silencio, son procedimientos más y más precisos, más y más utilizados. Por fin, la asepsis ha permitido practicar punciones en las serosas, en los órganos, en los vasos sanguíneos; incisiones exploradoras y biopsias, suministrando así los medios de descubrir partes ocultas y de obtener líquidos o fragmentos de tejidos para las diferentes investigaciones científicas.

En estos últimos años el diagnóstico ha sufrido una completa transformación: ha dejado de ser un arte para convertirse en una ciencia, pero, al propio tiempo, ha perdido su primitiva sencillez. El médico debe ejercitarse ahora en las exploraciones de toda naturaleza, debe practicar exámenes histológicos y radioscópicos, hacer cultivos microbianos y análisis químicos. Si no dispone de un laboratorio, si no cuenta con la colaboración indispensable de los especialistas, lo que sólo se consigue en los grandes centros, no podrá poner en obra los numerosos procedimientos científicos. En la práctica es menester contentarse a menudo con los más elementales.

Entre nosotros, la enseñanza de la clínica a los alumnos debe tener por objeto prepararlos para la vida profesional, tomando en cuenta que la mayor parte van a ejercer en medios escasos de los recursos científicos de que nosotros comenzamos a disponer e imperfectamente todavía.

Nos referimos aquí sólo a la *lección* de clínica, una de las múltiples manifestaciones que exterioriza su labor. La *Clínica* está constituida por un conjunto de hombres estudiosos, de diferentes edades, que aspiran a perfeccionar sus conocimientos, examinando enfermos, discutiendo sus diagnósticos, verificándolos con los métodos de laboratorio, para lo cual se auxilian los unos a los otros, ejecutando los procedimientos terapéuticos, operatorios u otros, que creen más modernos, más racionales, más eficaces. En la Clínica estudia el profesor; quien a su vez enseña, cada día, al resto del personal algo práctico, algo de lo mucho que va aprendiendo con la experiencia de los años; en la Clínica estudian el jefe de clínica, los ayudantes, los internos. Este trabajo sostenido no es una lección de clínica, pero es un trabajo efectivo, y de esta manera, y nó de otra, se forman los profesionales honrados que aspiran a ocupar en la enseñanza los puestos de los que se van o que han de dedicarse al ejercicio de la especialidad.

El alumno que anhela ser un médico práctico deberá ejercitarse en observar exactamente los hechos y en interpretarlos con lógica. Es menester sintetizar el mayor número de ellos antes de llegar a las conclusiones, lo que requiere una cultura especial. No es raro encontrar médicos que sepan observar bien y que estén al corriente del movimiento científico y que, sin embargo, en los casos difíciles no proceden con cautela y no emiten siempre un juicio exacto.

Es ya un principio aceptado, en materia de diagnóstico, que no conviene dejarse dominar ni por ideas transmitidas, ni por primeras impresiones. Acoger la desconfianza significa habituar la mente al exámen crítico.

El profesor Roger, con su reconocida y brillante autori-

dad, aboga por el examen puramente clínico y cree que ha llegado el momento de reaccionar contra la excesiva confianza que los estudiantes y los médicos jóvenes tienen en los procedimientos nuevos. Aun cuando su valor sea innegable, dice, los resultados suministrados por los análisis científicos deben ser discutidos; son signos que agregados a los otros se completan, pero ninguno puede suplantar a los demás. No es posible desdeñar los caracteres clínicos, pero, para basar sobre ellos el diagnóstico, es menester haber frecuentado largo tiempo el hospital, haber visto un considerable número de casos, haber adquirido una experiencia que no se obtiene sino después de muchos años. Es precisamente esta dificultad, concluye, la que desalienta a muchos que prefieren servir de otros procedimientos, la mayor parte de los cuales no saben utilizar de una manera correcta.

Aun cuando estas ideas generales que he apuntado están impresas en muchos tratados y son conocidas de todos, he creído oportuno recordarlas ahora, porque señalan un verdadero programa de enseñanza, marcan el rumbo que he de seguir en mis lecciones.

Concretándome a un tema dado, voy a ocuparme del diagnóstico de las afecciones abdominales, tal como se presentan en la práctica, sin entrar en clasificaciones teóricas. Los tumores, los neoplasmas, las afecciones inflamatorias agudas y las crónicas ofrecen a nuestro examen con frecuencia síntomas tan semejantes que justifican los errores de diagnóstico. Es verdad que, a veces, son debidos a un examen incompleto o a la mala interpretación de los síntomas, y, aun cuando en general sea muy exacto «que se cometen más errores por falta de observación que por falta de conocimientos», en más de una ocasión el diagnóstico es imposible; el diagnóstico clínico ha sido exacto, pero no el diagnóstico anatómico, o vice-versa. Hay casos en que es menester contentarse, en beneficio del enfermo cuyo estado grave no per-

mite demora para intervenir, con un diagnóstico de ocasión, un verdadero diagnóstico de urgencia.

Esto ocurre justamente en las afecciones abdominales: en este terreno nuestros métodos de investigación son primitivos e incompletos todavía; el tórax y los miembros nos ofrecen menos dificultades, porque sus afecciones son accesibles a una observación directa y porque ha hecho grandes progresos la técnica de la auscultación, percusión y radiología aplicadas a la cavidad torácica las tres y a las extremidades esta última.

Las afecciones abdominales agudas requieren un diagnóstico de urgencia, que muchas veces, sobre todo en el medio hospitalario, no puede beneficiar de los datos tan importantes suministrados por la anamnesis. Las afecciones crónicas, inclusive los neoplasmas, revisten, en más de una ocasión, todos los caracteres de un proceso agudo: el carcinoma del intestino puede evolucionar en los ancianos casi sin síntomas; súbitamente se produce el ileus: el cirujano ignora la causa del proceso mórbido, no conoce el estado anterior o lo conoce imperfectamente, tampoco puede esperar la evolución ulterior. En el estado actual sólo aprecia un grupo de síntomas, de manifestaciones, es decir, un solo anillo de una larga cadena.

Un síntoma dado es debido a muchas causas y sus interpretaciones son múltiples; para llegar a la verdadera es menester excluirlas una a una. Por otra parte, varios síntomas o manifestaciones mórbidas pueden derivarse de una misma causa, atribuyéndolos, con grandes probabilidades, a una sola enfermedad, a una afección frecuente; después de un examen detenido y minucioso, y sólo por exclusión, es lógico aceptar el diagnóstico de una afección extraordinaria.

Las causas de error en materia de diagnóstico abdominal son tan numerosas que los mejores clínicos no siempre han sabido evitarlas, confirmación que «debe hacernos indulgentes y modestos e impedirnos sonreír ante la falta de los otros» (Roger).

La Clínica debe enseñar la observación exacta de los hechos y la interpretación lógica de los hechos observados, factores primordiales que conducen por sí solos al diagnóstico en la mayoría de los casos. Aun cuando éste sea sintomático, por decirlo así, el tratamiento operatorio aclara las dificultades y el resultado satisface los esfuerzos, pero a condición de que el cirujano posea un criterio seguro, que lo guíe y una técnica bien reglada que lo escude. De esta manera la operación verifica el diagnóstico clínico, no sólo sin perjuicio, sino con ventajas para el enfermo.

La Clínica debe enseñar también que se pueden cometer errores derivados de diagnósticos confusos, por no decir de faltas de diagnósticos, en los casos difíciles. Su discusión es altamente provechosa, cuando, dejando a un lado la vanidad mal entendida, no se ocultan esos yerros, sino que se publican y se comentan.

Estos *errores instructivos* preparan una verdadera disciplina operatoria; en casos análogos, el cirujano no es tomado ya de sorpresa y sabrá cómo desarrollar su intervención en las mejores condiciones.

Un ejemplo es la observación que paso a relatar:

El 5 de Julio del año pasado (1914) se presenta a la Clínica un individuo de 29 años, flaco, con abdomen abultado, globuloso, indoloro a la presión; se trata de una ascitis considerable. Los límites superiores del hígado, normales; los inferiores no se aprecian. Aparatos respiratorio, circulatorio y urinario, normales. Tiene alzas de temperatura, hasta 37.5, en las tardes.

La historia de la enfermedad es sencilla. Desde hace tiempo sufre de perturbaciones digestivas, estitiquez y diarreas. Un mes antes de entrar al hospital notó una tumefacción blanda e indolora en el hipocondrio izquierdo, que fué extendiéndose gradualmente a todo el vientre. En esta época, después de un viaje en tren, tuvo dolores abdominales agudos que necesitaron morfina para calmarlos. Desde enton-

ces, dice el enfermo, la estitiquez se acentúa y se ve obligado a purgarse con frecuencia.

Ha notado que el enflaquecimiento y la adinamia iban acentuándose por días.

Dice que no bebe y que no ha padecido enfermedades anteriores de importancia.

Síntomas culminantes: perturbaciones digestivas, fenómenos inflamatorios crónicos en el abdomen, ascitis y meteorismo, gran enflaquecimiento.

Diagnóstico clínico: *Peritonitis tuberculosa de forma serosa*, una vez eliminada la cirrosis hepática (ausencia de icterus y de hipertrofia esplénica), a pesar de que es frecuente la combinación de ambas afecciones (10%), debido probablemente al alcoholismo que conduce a la cirrosis y predispone a la tuberculosis.

Operación el 10 de Julio. Laparotomía media infra-umbilical con narcosis clorofórmica. Incindiendo el peritoneo, que estaba engrosado y sin brillo, se derrama un líquido turbio al principio y hemático en seguida. Se presentan en la serosa *granulaciones tuberculosas*. Además, adherencias que fijan y tiran las asas intestinales. Se rompen las bridas más resistentes, se seca la cavidad; lavado con éter y suturas.

La intervención estaba indicada porque, no habiendo lesiones aparentes de tuberculosis en los otros órganos, podía ayudar a la mejoría. Era conveniente eliminar la masa de líquido que dificultaba la circulación; los dolores agudos y las perturbaciones digestivas podían atribuirse verosímelmente a las adherencias, como quedó confirmado.

La convalecencia se hace normalmente, sin temperaturas. A los 11 días se cortan las suturas; cicatrización per primam.

Cinco días después, alza de temperatura, de 38 grados, y el enfermo siente un gran decaimiento y se queja de una tumefacción en el epigastrio e hipocondrio izquierdo. Se comprueba efectivamente, el 2 de agosto, una reproducción del derrame peritoneal, pero esta vez en forma enquistada, en la parte supra-umbilical hacia el hipocondrio izquierdo, lo que

se explica por adherencias del colon trasverso con el peritoneo parietal.

Al día siguiente de este examen, laparotomía supra-umbilical. Aparece una membrana gruesa que se supone el peritoneo modificado como es frecuente en su tuberculosis. Se le incinde y se evacua líquido sero-purulento primero y sanguinolento en seguida y, por fin, la membrana típica dé un quiste hidatídico.

El enfermo sufre en este momento un *shok anafiláctico* intenso: palidez, pulso imperceptible, sudores, síncope respiratorio, que se combaten con éxito con la adrenalina, la estriocnina, el alcanfor.

Se hizo en seguida, sin pérdida de tiempo, el formolaje y la marsupialización del quiste.

Diagnóstico post-operatorio: quiste hidatídico supurado del lóbulo izquierdo del hígado, que se había roto anteriormente y que había dado origen a una peritonitis hidatídica pseudo-tuberculosa.

El enfermo fué dado de alta sano, completamente restablecido en Diciembre (1914).

Comentarios. Este caso se prestaba al error; felizmente el buen resultado operatorio absuelve al clínico.

Reconstituiré ahora, como lo hice entonces, la observación. Insistiendo posteriormente en la anamnesis, el operado refiere que, dos meses antes de entrar al Servicio, recibió un recio golpe en el abdomen, jugando box. Este traumatismo, que pasó desapercibido al recoger los datos o que el enfermo no mencionó entonces, fué posterior a las perturbaciones gastro-intestinales, pero anterior al hinchamiento abdominal.

La interpretación de estos hechos me conduce a aceptar como verosímil que ese golpe produjo la ruptura de un quiste hidatídico del hígado, que antes no había ocasionado aún trastornos notables.

La frecuencia de la rotura intra-peritoneal de los quistes, la banalidad de las causas que la ocasionan son dos hechos

evidenciados por los trabajos de Dévé, de Rouan. Y, si es verdad que el cuadro clínico de la rotura del quiste en el peritoneo es solemne y característico cuando su sintomatología es completa, hay también numerosos ejemplos en los que esos síntomas han sido muy fugaces y casi inapreciables a tal punto que han sido ignorados. Después que el mismo Dévé hubo demostrado la transformación de los escolex directamente en quistes sin pasar por un animal intermediario, recomienda explorar el hígado cuando se opera un quiste de la cavidad abdominal para encontrar el primitivo. Así lo habría hecho yo si hubiese sospechado el verdadero origen de la peritonitis en el caso que relato.

Ahora bien, las consecuencias de esa rotura, en general, pueden ser mortales, graves o benignas en apariencia. En este último caso, que es el de nuestro enfermo, se presentan malestar, perturbaciones digestivas, dolor al vientre, un exudado ascítico poco abundante que no tarda en reabsorberse. Es ésta una tregua durante la cual va a germinar la simiente específica para manifestarse en seguida sea por una franca equinocosis secundaria, sea por un coliperitoneo hidatídico, sea por una *seudo-tuberculosis hidatídica*. Así llama Dévé «a una lesión de origen hidático que por su distribución, por sus caracteres objetivos y hasta por ciertos rasgos de la constitución histológica recuerda el aspecto y la estructura de las *granulaciones tuberculosas verdaderas*».

No insisto en la patología de tal afección; tendré ocasión de hacerlo en el curso del año.

Para descargo de conciencia por el error de diagnóstico transcribo una opinión autorizada. «Por sí misma, en verdad, la *seudo-tuberculosis hidatídica* del peritoneo no tiene expresión clínica; queda silenciosa i latente. El examen clínico ha hecho pensar en una peritonitis tuberculosa por el derrame peritoneal, y el operador observa en la superficie del peritoneo parietal, visceral o epiploico granulaciones blanquecinas o ligeramente amarillentas que recuerdan *exactamente*, por sus caracteres elementales y su diseminación, las

lesiones de la peritonitis tuberculosa, induciendo al equívoco a varios cirujanos». (Dévé).

Además, cuando el quiste hepático primitivo se ha roto, generalmente supura merced a la infección biliar secundaria. Entonces se observa que el enfermo, restablecido ya y que comenzaba a levantarse después de la operación abdominal, presenta fenómenos dolorosos y aumento de volumen del hígado, acompañados de altas temperaturas y a veces de sub-ictericia.

El caso clínico anteriormente analizado ha seguido, etapa por etapa, la evolución de un quiste hidatídico del hígado que se ha roto, con la pseudo-peritonitis tuberculosa y la supuración del saco consecutivas.

Para no omitir ningún detalle, debo recordar que la prueba de la tuberculina de von Pirquet, practicada antes de la primera intervención, fué negativa, lo que no tiene, por lo demás, un valor absoluto. El análisis del líquido peritoneal, hecho después de la operación, dió sólo un 8 por mil de albúmina (en la tuberculosis la proporción es de 4 a 7 por ciento, y en los quistes solo hay indicios), pero, en cambio, se comprobó una gran linfocitosis en favor de la tuberculosis.

El examen de la sangre y del líquido del saco, *examen póstumo*, realizado después de la operación y sólo como trabajo de laboratorio, dió 5 por ciento de eosinofilos (1 por ciento lo normal; es positiva de hidátides desde el 4 o 5 por ciento). El examen microscópico directo denotó en el líquido numerosos ganchos, cabezas y vesículos de tenia equinococcus.

El tema «diagnóstico abdominal» es demasiado vasto para abarcarlo en una sola lección; es menester que su desarrollo sea progresivo, aprovechando en cada enfermo que se nos presente el estudio de alguno de sus síntomas más culminantes que, bien observados y bien interpretados, han de

servirnos para fijar las ideas en una materia de tan vital importancia.

Entre dichos síntomas, los unos son motivados por la *perturbación funcional* del órgano enfermo y necesitan una investigación especial (diagnóstico funcional del riñón, examen del quimismo gástrico); pudiendo manifestarse por signos generales como el icterus intenso, la uremia, el edema, la fiebre, la caquexia o por signos locales como las hemorragias. Estos *síntomas locales*, muy variados y de importancia diferente, se obtienen por la palpación principalmente y se exteriorizan por el dolor.

La *anamnesis* tiene siempre gran interés, a veces de primer orden. Hay que escuchar con discernimiento los datos que suministran el enfermo mismo o sus parientes sobre el principio de su enfermedad hasta el momento en que se encuentra sometido a la observación médica para aclarar la naturaleza del proceso, para ver modo de localizarlo. No siempre esto es posible. En la clientela hospitalaria las historias necesitan una interpretación paciente y repetida. Y muchas veces ¿cómo obtenerlas de un enfermo grave, dolorido, angustioso, en estado de coma? Los deudos cuentan hechos sin interés, síntomas imaginarios o engañosos.

La importancia de la *anamnesis* ha sido llevada hasta la exageración por Moynihan en la úlcera del duodeno. Considera que no es menester examinar al enfermo siempre que se pueda establecer que en él existe el característico *hunger pain*, que se produce en el epigastrio dos a cuatro horas después de las comidas y que cesa con la ingestión de alimentos.

Y, sin embargo, su desconocimiento acarrea grandes errores, a veces con fatales consecuencias.

Un enfermo de 39 años es trasladado, de un Servicio de medicina, a esta Clínica el 21 de Agosto (1914), con fenómenos abdominales agudos, dolor y vómitos, que habían comenzado bruscamente, en la noche, hace ocho días después de una cuantiosa comida y que, lejos de disiparse como otras veces, iban en aumento.

Síntomas principales: Vómitos. Al principio expulsión de gases y de materias fecales por el ano; después, en las últimas 24 horas, ni gases ni materias. El enfermo, angustioso, tenía fascies peritoneal. El abdomen tenso, meteorizado, sobre todo el colon trasverso, no presentaba una defensa muscular localizada a tal o cual región, sino una resistencia general de sus paredes. El dolor espontáneo no era agudo, pero la palpación lo exacerbaba en las regiones peri-umbilical y fosa ilíaca derecha. En las partes declives, en los flancos, matidez, es decir, derrame peritoneal. Temperatura, 37 grados; algunos décimos más en el recto. Pulso frecuente, sobre ciento. En resumen, el cuadro de una obstrucción intestinal, de un ileus.

No se obtuvieron mayores datos, el caso era urgente y no permitía una mayor observación.

Con el diagnóstico de urgencia o sintomático de «ileus adinámico consecutivo a peritonitis difusa de origen apendicular», por ser ésta la causa más frecuente de aquélla, se practicó la apendicectomía. La serosa apendicular, muy congestionada como también lo estaban el intestino delgado y el colon ascendente. La última porción del ileon aparecía estrangulada por bridas, como las descritas por Lane, y el colon estaba cubierto por membranas o velos, como los de Jackson. Por fin, derrame peritoneal turbio.

Se dejó drenaje y se aplicó el método de Murphy con la posición de Fowler, rectoclistis, etc. Las primeras 24 horas fueron satisfactorias; expulsión de gases y aún de líquidos. Después el estado se agrava y el operado fallece a las 48 horas.

La autopsia fué una dura lección cuyo conocimiento ahorrará a mis alumnos otra semejante. Se trataba de una *hernia diafragmática izquierda, traumática*: el ángulo esplénico del colon y un trozo de epiplón habían pasado a la cavidad torácica a través de una antigua herida del diafragma; se habían adherido a sus bordes y estrangulado ahora. Las de-

más comprobaciones cadavéricas, las de una peritonitis generalizada.

En el hemitórax izquierdo, en la línea axilar, presentaba la piel una *gran cicatriz, bien manifiesta*, de una herida cortante.

Comentarios. El enfermo se presentó a nuestra observación con el cuadro de un ileus, más aún, con los síntomas de un «abdomen agudo», con los síntomas de una peritonitis difusa, como acontece en la mayoría de las hernias diafragmáticas estranguladas. Cuando no hay estrangulación, se puede diagnosticar por sus *síntomas torácicos*: perturbaciones circulatorias y respiratorias debidas a la compresión del corazón y del pulmón, síntomas entonces de un neumotórax izquierdo, ya que la hernia se produce a la izquierda en la proporción de ocho a uno, cuya intensidad aumenta con la insuflación del estómago o intestinos herniados. Se diagnostica también principalmente mirando en la pantalla la sombra radiográfica con que se destacan por encima del diafragma las vísceras herniadas. Pero, una vez producida la estrangulación, dominan sólo los *síntomas abdominales* y con mayor razón si existe ya una peritonitis franca.

Habría bastado en la anamnesis, con el dato de una herida penetrante de tórax, habría bastado con mirar la línea axilar para explicarse la causa de ese ileus paralítico.

La mayor parte de los diagnósticos en semejantes casos se hacen después de abierto el peritoneo. Yo no insistí en la exploración abdominal por el pésimo estado del enfermo durante el acto operatorio y, porque la peritonitis difusa, me recordó la fórmula aforística de Murphy «entrar al peritoneo lo más pronto posible y salir más pronto aún».

Nosotros en general, no publicamos las estadísticas ni las observaciones clínicas, y esta falta que se hace sentir en la literatura médica chilena es subsanada sólo en parte por las «Memorias» de nuestros licenciados que insertan algunos casos de interés. Conozco, sin embargo, hernias diafragmáticas diagnosticadas en la operación; esos enfermos han muerto,

como muy probablemente le habría acontecido al de mi Clínica aún reconocida su estrangulación.

Tengo a la vista una narración muy interesante de este género, publicada en la *Revista Médica* en 1911 por mi amigo Valenzuela Basterrica, el activo cirujano del Hospital de San Juan de Dios. Un niño de 17 años ingresa a su servicio con gran meteorismo, dolor abdominal espontáneo, y exagerado por la palpación en la fosa ilíaca derecha y estado general deplorable, síntomas que venían acentuándose desde hacía una semana. «La distensión exagerada de las asas intestinales, escribe mi colega, hacen pensar que no se trata solamente de la parálisis debida a la apendicitis, que es el primer diagnóstico que se impone, sino que hay además algún proceso de obstrucción del intestino». Por lo demás, el diagnóstico de «peritonitis apendicular» queda plenamente confirmado: se derrama gran cantidad de pus de la cavidad peritoneal y se extrae un apéndice ulcerado. Pero el cirujano sigue la exploración y, recorriendo el colon descendente, nota al llegar al diafragma «un nudo adherente, firme, imposible de movilizar». Observa entonces, *por primera vez*, una ligera cicatriz en el tórax, línea axilar anterior izquierda, 9.º espacio, consecutiva a una herida penetrante recibida hace 7 años. Reduce el colon, sutura una placa de esfacelo que había dado salida a materias, drena, y el enfermo es dado de alta sano a los 38 días. La curación se debe a la técnica y no «solo a la resistencia del enfermo», como dice el modesto operador.

Hay en esta materia diagnósticos inverosímiles, y, sin embargo, clínicos como Markewitsch, de Petrograd, se apresuran a publicarlos, porque esos errores son instructivos y no minoran la nombradía (1). En 1913 observa en su *Hospital María* a un paciente tan grave que hace *imposible* la anamnesis. Tiene dolor en la región izquierda del tórax, dispnea intensa, diarrea. En la parte posterior del tórax, en ambos lados, hay matidez; detrás y a la izquierda, respiración bron-

(1) In «Zentralbl. f. gesam. Chirurgie.» Tomo IV. 1914.

quial y estertores crepitantes; adelante y a la izquierda, timpanismo. No se perciben ni la matidez ni los ruidos cardíacos, encubiertos por el borborismo. Diagnóstico: «neumonía fibrinosa, a la derecha; pleuritis exudativa, a la izquierda». El enfermo muere a los 5 días. Autopsia: hernia diafragmática constituida por el estómago, partes del colon transversal y del intestino delgado; pulmón atelectasiado, neumonía fibrinosa. Anamnesis retrógrada; se informa que hace 20 años el paciente fué apretado entre los tapones de un ferrocarril y estuvo gravemente enfermo, en un hospital, durante 2 meses. Desde entonces sufría periódicamente, sobre todo cuando se embriagaba, de malestar, dispepsia, perturbaciones digestivas, diarrea y constipación.

Por otra parte, la anamnesis perturba el criterio clínico si se acoge la primera impresión sin ejercitar el examen crítico. Es muy conocida la importancia exagerada que atribuyen los profanos al traumatismo en la génesis de toda clase de afecciones, especialmente de los tumores. Recuerdo, entre otros, el caso de una enfermita que llega a mi Servicio del Hospital de Niños con un fuerte dolor en el hipocondrio derecho motivado por un golpe. Efectivamente, la palpación superficial era dolorosa, pero la región estaba abombada y había una hepatomegalia. Era un quiste hidatídico del hígado. Es natural que semejantes afecciones pasen desapercibidas antes de que provoquen trastornos apreciables y que el traumatismo sirva para llamar la atención sobre ellas.

Un caso especialmente interesante a este respecto acaba de presentarse en esta Clínica. El 14 de Diciembre (1914), mi colega don Víctor Wirén, jefe de clínica, me envía en consulta a un enfermo de 40 años que ha sido operado en su Servicio de otología de una mastoiditis derecha; consecutivamente le sobrevino un flemón del cuello curado sin contratiempo. Esta es la anamnesis. Después se presentan escalofríos intensos y alzas de temperaturas, hasta de 40 grados, con remisiones matinales; al mismo tiempo el enfermo se queja de dolores en la cadera y en el flanco izquierdos. Se

palpaba un tumor en la región renal izquierda que hacía sospechar una pionefrosis, pero el síntoma culminante era un dolor atroz, espontáneo y provocado, en la articulación coxo-femoral de ese lado, que impedía todo movimiento y que inmovilizaba al muslo en semi-flexión, tal vez una psoitis supurada, semejando una verdadera coxitis.

En vista de *los antecedentes*, no estuve lejos de pensar que se trataba de una séptico-pioemia y, mientras se aguardaba el resultado de otras investigaciones (análisis de orina, cateterismo ureteral), se prescribió un purgante. Observado el enfermo nuevamente 48 horas después, la tumefacción renal había desaparecido; persistía el dolor articular, y se apreciaba fluctuación y crepitación gaseosa por encima de la arcada crural. Diagnóstico: «psoitis purulenta», un absceso que se incindió con anestesia local; pero, la *causa* sólo quedó de manifiesto al practicarse la primera curación, a las 48 horas, con la presencia en el apósito de un *ascaris lumbricoides*. No había, pues, relación entre la mastoiditis o el flemon del cuello y la supuesta psoitis; no se trataba de una pioemia; hubo sólo coincidencia de dos enfermedades: la primera una mastoiditis con un flemon consecutivo del cuello; y la segunda, un absceso de la fosa ilíaca izquierda producido por el pasaje de un gusano a través de alguna ulceración pre-existente del colon descendente. El operado fué dado de alta sano.

El dolor es un síntoma sobresaliente que se destaca entre los demás; motiva la consulta urgente y determina el ingreso del enfermo al hospital. En el examen clínico ocupa desde luego un lugar preponderante y puede conducirnos a falsas interpretaciones o bien guiarnos correctamente a un diagnóstico exacto.

Ante todo hay que convencerse de que realmente existe. Como pruebas del dolor se deben considerar: la expresión de la cara y la posición del cuerpo; el testimonio de un pariente, de una enfermera; los cambios (enflaquecimiento, debili-

dad muscular) que acarrear a menudo los dolores de larga duración; el aumento sensible de la presión arterial, y, según Mannkopf, la dilatación pupilar.

Los procesos locales tienen tendencia a producir dolores generalizados y, por el contrario, afecciones extensas o difusas lo ocasionan a veces en puntos determinados. La apendicitis tiene su foco doloroso propiamente en la fosa ilíaca derecha y, sin embargo, en su principio se extiende a todo el vientre; la intoxicación saturnina produce dolores difundidos en todo el abdomen y, de ordinario, se exteriorizan en algunos puntos en forma de dolores cólicos.

Conviene tener siempre presente *las causas posibles* de un dolor abdominal que puede depender: 1.º del tubo digestivo (gastro-intestinal), y, si se eliminan las perturbaciones sencillas (constipación, gastritis, colitis), de la inflamación del ciego (apendicitis), de las úlceras del estómago y del duodeno, de los neoplasmas del estómago e intestino grueso y de sus consecuencias (peritonitis, ileus); 2.º de afecciones genitales en la mujer (piosalpingitis, embarazo extra-uterino, quistes del ovario, fibromas); 3.º de la vesícula y conductos biliares, y 4.º del aparato urinario.

En circunstancias especiales el dolor que se siente en un punto dado no corresponde al órgano que le da origen. Mc. Kenzie y Head consideran que determinados grupos de ganglios espinales sufren la irritación de un órgano enfermo y la transmiten en forma de dolor a la periferie, a puntos que no siempre coinciden con dicho órgano. Así explican el dolor en la región umbilical del ileus, cualquiera que sea su sitio, debido a que todas las porciones del intestino se proyectan en la médula en el mismo segmento espinal; en otros términos, la región umbilical es el sitio del impulso centrífugo de dicho centro, impulso que se manifiesta por la hiperestesia cutánea y el dolor.

El *síntoma del frénico*, el dolor en el hombro, se produce por una irritación de las terminaciones sensitivas de dicho nervio, en la convexidad del hígado (absceso hepático), en el diafrag-

ma (absceso, hemorragia subfrénicos), en el territorio de las ramas frénico-abdominales cercano al diafragma (perforación de úlceras de la pequeña curvatura del estómago, afecciones pleurales, del pericardio y del pulmon, según Kümmell). Esta irritación se transmite por intermedio de los ganglios a las fibras sensitivas vecinas, nervio supra claviclar (dolor en el hombro) que, como el frénico, nace del IV par; pero, como a menudo algunos filetes del frénico tienen su origen en el III y en el V pares, se producen entonces dolores en el cuello y en la nuca (III) y en la región súpero-externa del brazo (V).

La apendicitis crónica se encuentra asociada en algunos enfermos con perturbaciones estomacales. Esta relación entre ambas afecciones, bosquejada por Talamón y Treves, fué descrita en 1902 por Longuet con el nombre de «dispepsia apendicular». Sin entrar en esta lección al estudio del mecanismo que origina la alteración y que puede llegar hasta la úlcera del estómago (y también del duodeno) por el espasmo pilórico reflejo o por la absorción séptica debida al mal funcionamiento de la válvula ileo-cecal que acarrea una estancación intestinal, quiero sólo recordar que el *dolor epigástrico*, se presenta, tanto en la apendicitis crónica del tipo dispéptico, como en la colelitiasis y en la úlcera estomacal, a tal punto que Graham y Guthrie, de la Clínica de Mayo, han sintetizado el diagnóstico diferencial de estas tres afecciones en la forma siguiente:

Apendicitis crónica (tipo dispéptico). Se presenta en individuos al rededor de 34 años, que han tenido ataques anteriores en su juventud, que padecen de perturbaciones digestivas considerables, en las cuales el dolor epigástrico se irradia a la región ileo-cecal y se alivia con la expulsión de gases o con la defecación; son enfermos neuróticos.

Colelitiasis. Se presenta en mujeres al rededor de 40 años, que padecen de ligeras perturbaciones digestivas, en las que el dolor se irradia a la espalda, hombro y axila derechos y se alivia de súbito con una inyección de morfina.

Úlcera estomacal. Se presenta al rededor de los 45 años

con dolores epigástricos después de las comidas, con perturbaciones digestivas, al principio moderadas; los dolores se alivian con la ingestión de alimentos, de polvos alcalinos, con los vómitos o los lavados del estómago.

El dolor provocado por la palpación es un síntoma más seguro; coincide generalmente con el órgano o el tejido enfermos. Su localización anatómica puede precisarse con mayor exactitud auxiliándose de la radioscopia en los casos de órganos ectópicos, como el estómago, por ejemplo.

Ahora voy a referir las observaciones de dos enfermos, tal como yo los examiné, y cuyos diagnósticos giraban al rededor del *síntoma dolor*.

El 27 de Julio del año pasado (1914) ingresa a mi Clínica un joven de 22 años, de regular constitución, con tegumentos pálidos y conjuntivas *sucias*. Lo había examinado días antes en la Clínica médica de mi colega el profesor Maira. Este sujeto, de una buena cultura, refería que hace 15 días, estando en plena salud, sintió después de su comida habitual una molesta sensación de peso en el epigastrio, acompañada de meteorismo. Al día siguiente, sin estar mejor, reanudó su trabajo diario; pero el dolor fué tan vivo en la tarde que lo obligó a guardar cama. Tomó un purgante de ricino que le trajo un momentáneo alivio, pero, como no sanara en algunos días, se resolvió a ingresar a la Clínica médica. Allí estuvo en observación durante una semana. Se anotaron temperaturas hasta de 39 grados en las tardes; el dolor epigástrico se irradiaba al hipocondrio derecho. A la palpación se percibía por debajo del reborde costal, en la línea mamilar, una tumefacción grande como una naranja mandarina sumamente dolorosa, de consistencia elástica, talvez fluctuante; había defensa muscular del recto. Se diagnosticó una «colecistiasis con vesícula grande». En los días siguientes se atribuyó el descenso de las temperaturas y el alivio del dolor espontáneo a la eficacia del tratamiento médico. Sin embargo, como yo insistiera en la *utilidad* de una intervención, el enfermo fué trasladado a esta Clínica quirúrgica.

Las temperaturas, durante las 48 horas que precedieron a la operación, fueron sólo de 37 grados en las tardes; el dolor espontáneo había desaparecido; todo hacía pensar en que había pasado el *ataque*. Pero persistía la tumefacción dolorosa, muy dolorosa, a la palpación de la *vesícula*. Los límites superiores del hígado, normales; los inferiores, difíciles de marcar a causa del dolor y de la defensa muscular.

Diagnostiqué una «colecistitis supurada». La falta de fiebre no contradecía este diagnóstico: hace pocos días he tenido oportunidad de operar aquí mismo una colecistitis gangrenosa con absceso peri-vesicular y sin temperaturas, lo que se explica por la escasa circulación linfática del órgano.

Hice notar a los alumnos que examinaban conmigo al enfermo lo poco frecuente que es la colecistitis en los hombres; la rareza de semejante afección en un joven como éste, sin antecedentes mórbidos que la explicaran y la rápida supuración de una vesícula que no había experimentado alteraciones en ataques anteriores.

El 29 de Julio, después de la *lección*, cuyo tema versó sobre «colecistitis y colelitiasis», a propósito de este enfermo, le incidí un *absceso hepático*, bien limitado, de la cara superior y vecino al borde anterior, situado vis a vis de la vesícula, cuya era la forma y de la cual lo separaba una delgada lámina de hígado. El operado sanó en 40 días. El diagnóstico *clínico* no estuvo lejos de la verdad, pero el diagnóstico *anatómico* no fué exacto; en todo caso la intervención curó al enfermo.

La otra observación es una de aquellas que merecen publicarse por separado, porque el caso es muy raro, porque su diagnóstico puede confundirse con las afecciones abdominales más variadas, porque la intervención ha sido toda una enseñanza, y, porque aquí el yerro ni lesiona el buen crédito de un clínico, ni perjudica en lo más mínimo a la enferma, condenada ya de antemano a un desenlace fatal, como van ustedes a apreciarlo pronto.

Figúrense a una mujer relativamente joven, de 38 años, pero flaca, envejecida, con un tinte sub-ictérico de la piel y de las conjuntivas, que se presenta a nuestro examen el 3 de Septiembre último (1914), presa de un gran dolor abdominal que se exterioriza en su rostro angustioso y en la posición del cuerpo, flectados los muslos y encorvado el dorso para inmovilizar en lo posible el vientre, a lo cual contribuye también su respiración absolutamente torácica, frecuente y sin amplitud.

El interrogatorio fué naturalmente breve.

Los dolores que la traen al Servicio comenzaron un mes atrás, *dolores en el epigastrio y en el hipocondrio derecho*, que se irradiaban hacia el dorso, hacia la región de la escápula y del hombro derechos; fueron las primeras veces poco intensos y de media hora de duración; se repetían a intervalos variables. Después se convirtieron en *ataques* muy violentos, y, por fin, en los últimos tres días se han hecho permanentes e insoportables.

El examen dejó mucho que desear. Se apreciaba una defensa muscular del recto, por debajo del reborde costal derecho, tan enérgica que hacía imposible la palpación, dolorosa aún superficialmente. Temperatura, 37 grados; pulso pequeño y frecuente.

¿Para qué aumentar el sufrimiento con un examen inútil e infructuoso?

Todos ustedes han formulado ya el diagnóstico: «colelitiasis, cólico hepático», basado en el dolor súbito y agudo en el epigastrio y en el hipocondrio derecho con irradiaciones al hombro y a la espalda (y nó al uréter), defensa muscular y dolor insoportable en la región vesicular, tinte sub-ictérico, y este síndrome en una mujer de 38 años. El reposo, los baños calientes, inyecciones de pantopon, etc., trajeron un alivio, un bienestar que duró solo cuatro días. El 7 de Septiembre en la noche estalla nuevamente el ataque doloroso agudo acompañado de náuseas y de vómitos. Al día siguiente

te se calma el sufrimiento con las mismas anteriores prescripciones.

Intervengo el 9 de Septiembre. Amplia incisión (la de Perthes) para explorar las vías biliares que resultan estar sanas y permeables; la vesícula algo dilatada, pero sus paredes de consistencia normal. Exploro entonces el duodeno, el estómago y el páncreas y mi mano encuentra en su camino un *tumor pulsátil*, frente a la columna, y bastante extendido para comprimir las vías biliares de atrás adelante: era un *aneurisma de la aorta abdominal*.

Hacia la derecha, en la región renal, palpo un gran tumor blando, que me hizo pensar en un riñón tuberculoso o en una hidronefrosis por la falta de fiebre, en todo caso en un riñón en retención, causa de los ataques dolorosos. Como no había practicado examen de orina, ni mucho menos cateterismo ureteral, ni verificado la eliminación de úrea, exploré el otro riñón a través del peritoneo y lo encontré de consistencia normal y *aumentado de volumen*; tal vez para compensar al riñón enfermo.

Suturé rápidamente la herida operatoria, y, a través de la clásica incisión lumbar, llegué pronto a la atmósfera del riñón derecho, que iba a explorar. Apenas dividida esa grasa, se escapó una masa de coágulos frescos, cuyo peso era de 500 gramos.

De sorpresa en sorpresa, en menos de treinta minutos, hemos verificado y rectificado con mis ayudantes dos y tres diagnósticos.

Alcanzamos a tener entre los dedos el borde del riñón que supusimos envuelto en una masa de coágulos provenientes de la ruptura del saco aneurismático. La operación se terminó con toda celeridad. Lejos de perjudicar a la enferma, se sintió bien en los días siguientes. Pudimos entonces completar la anamnesis.

Había tenido dos partos y un aborto hace 14 años; un año atrás, nos dice la enferma, sufrió dolores agudos en los huesos del brazo derecho, que sobrevenían de noche, pero

que aún de día la impedían trabajar. Refiere también que hace cuatro meses recibió un golpe en la región lumbar derecha.

Diagnosticado *quirúrgicamente* el aneurisma de la aorta abdominal y el hematoma retro-peritoneal por la ruptura de su saco, quedaban explicados todos los síntomas, incluso la ictericia por la compresión de las vías biliares.

La reacción de Wassermann fué positiva. Se instituyó el tratamiento de la lues y además, cloruro de calcio e inyecciones de gelatina.

A los 10 días se cortaron los hilos de las suturas cutáneas; ambas incisiones operatorias cicatrizaron per primam.

La enferma quedó en el Servicio sometida al tratamiento, pero creyéndose sana, a pesar de nuestra reserva, que no pudimos disimularla.

A los 18 días después de operada, siente de súbito un dolor angustioso en la región renal derecha, en el epigastrio y en el hipocondrio derecho, una verdadera cuchillada, con sensación indefinible de malestar, palidez extrema, pulso pequeño, estado de tal gravedad que asombra, si se piensa en su causa, que pudiese prolongarse casi 48 horas, al cabo de las cuales muere por fin.

La *autopsia* nos permite apreciar en sus detalles lo que vimos durante la operación. El aneurisma está situado en la aorta abdominal, inmediatamente por encima de la arteria renal derecha; el saco, retro-peritoneal, se extiende siguiendo la dirección de este vaso y ha venido a comprimir, hasta destruirlo, al riñón derecho, del que sólo subsiste un resto normal de su tejido, a su vez muy alterado, aplicado contra el polo inferior del saco aneurismático; coágulos frescos alrededor del riñón; hipertrofia vicariante del riñón izquierdo. La pieza, que ustedes pueden ver y que se conserva en el Instituto de Anatomía Patológica, no se presta para una fotografía ilustrativa de esta observación. Conservo sólo un esquema para recordar el caso.

Comentarios. No es fácil encontrar en la literatura quirúr-

gica un caso con lass particularidade como el que acabo de relatarles. Desde luego, el aneurisma abdominal es mucho más raro que el de los otros segmentos de la aorta; bien a menudo pasa desapercibido en vida y la autopsia lo señala junto con otras lesiones cardio-vasculares. Sus síntomas clínicos: los dolores y el tumor pulsátil, están sujetos ambos a los errores más variados, como los dolores reumáticos, las neuralgias intercostales, la litiasis renal, la gastralgia, etc; los tumores y los neoplasmos del estómago, del páncreas, del intestino, pueden transmitir también los latidos aórticos.

El diagnóstico puede hacerse palpando el tumor pulsátil, siempre que las paredes del vientre sean delgadas o estén flácidas, siempre que sea posible repetir los exámenes, eliminando la idea de un neoplasma por la radioscopia, por el análisis de jugo gástrico; pero las cosas son diferentes cuando es menester diagnosticar una *afección abdominal aguda* con una gran defensa muscular, con un dolor tan vivo que no permite ni aún la palpación superficial, cuando falta la anamnesis, en fin, cuando se ha producido ya una rotura del saco, una hemorragia en el tejido celular retro-peritoneal, un aneurisma difuso que llega hasta comprimir las vías biliares. El diagnóstico en semejante condición no sólo es difícil sino que es imposible.

He leído un caso de la Clínica de Spillmann, de Nancy, publicado en 1914. (1) Una mujer de 50 años, que representa hasta 70 por su mal estado, tiene dolores abdominales e intercostales agudos con fatiga, síncope y vértigos; su pared abdominal es *flácida*, y a la izquierda hay una *ligera defensa muscular*, a través de la cual la palpación aprecia un tumor voluminoso con latidos propios y con soplo sistólico; el pulso femoral retarda sobre el radial y la femoral izquierda es menos perceptible que la derecha. Hay también alteraciones cardio-vasculares. El diagnóstico de «aneurisma abdominal» se completa con el examen radioscópico. Las inyec-

(1) «Province médicale».

ciones de suero con gelatina y las de biyoduro de mercurio no impiden que la muerte se produzca al quinto día. La autopsia muestra un aneurisma del volumen de una cabeza de niño que se ha roto; la sangre está infiltrada en el mesenterio y ha desprendido el peritoneo en la parte posterior. El riñón izquierdo se encuentra atrofiado, porque su arteria estaba empotrada en el tumor aneurismático.

El doctor don Fernando Cruz, ayudante de la Clínica médica, relata en su Memoria de licenciado, *Sifilis cardio-vascular*, 15 casos de aneurismas de la aorta, de los cuales 3 abdominales. El primero, un hombre de 42 años con dolores en la región lumbar izquierda que hicieron pensar en reumatismo, ciática, osteitis tuberculosa sacro-iliaca, cáncer vertebral. En la Clínica se aceptó al principio la osteitis; exámenes posteriores comprueban un aneurisma de la aorta torácica. A los 20 días, una radiografía da resultados dudosos, apreciándose únicamente un proceso óseo; una segunda radiografía indica un aneurisma de la porción inferior de la aorta abdominal y alteraciones de las vértebras lumbares. Se confirmó entonces el diagnóstico que fué corroborado por la autopsia.

El segundo caso, una mujer de 52 años con los antecedentes de un traumatismo en el hipocondrio derecho y dolores epigástricos irradiados a las regiones lumbar y torácica. En la Clínica médica se comprueba una tumefacción dura, animada de pulsaciones, en el epigastrio e hipocondrio derecho, regiones que están dolorosas. Las paredes abdominales son flácidas y permiten la palpación. El examen del jugo gástrico da hipercloridria. El diagnóstico con un neoplasma gástrico presentaba sus dificultades, pero dos exámenes radiológicos permiten excluir ésta y aceptar el de «aneurisma de la aorta abdominal y dilatación de la ascendente». La enferma mejoró con el tratamiento. No hay datos posteriores, ni confirmación *de visu* del diagnóstico.

El tercer caso, un hombre de 55 años con dolores en cintura primero, después dolores y perturbaciones estomacales. Se le comprueba un tumor duro y redondeado, que va desde

el apéndice xifoides hasta el ombligo y que presenta latidos isócronos con el pulso. Por los síntomas, el examen del jugo gástrico y el estado del enfermo se diagnostica en el Servicio del Profesor Bröckmann «cáncer del estómago». En la autopsia se encontró un aneurisma de la aorta abdominal.

Así, pues, este diagnóstico es en general oscuro, posible en algunos casos sencillos, sujeto también a errores, e imposible en los casos complicados.

La simple exposición que he hecho de estas observaciones clínicas, manifiesta el interés y la trascendencia que tienen en la práctica el aspecto general del enfermo en el momento del examen, la anamnesis y el síntoma dolor.

Los datos que suministra *la palpación* en el diagnóstico abdominal son importantes, característicos en algunas afecciones. La palpación localiza el dolor, que era difuso, en la apendicitis, marca el borde inferior del hígado en las hepatomegalias, verifica el cambio de lugar del riñón flotante, aprecia la consistencia de un órgano, ubica una colección purulenta, descubre un tumor profundo que había pasado inadvertido...

Hay reglas para su correcta ejecución y se describen procedimientos especiales que la facilitan en determinadas circunstancias.

Sin embargo, lo único que enseña a palpar con resultado es la práctica diaria, ayudada de algunos consejos y guiada por otras manos ya experimentadas.

Al tratar de percibir o de reconocer la cavidad abdominal no debe el cirujano olvidar un solo instante la anatomía normal. Esta *palpación anatómica* señala por sí sola el verdadero método que en ella debe adoptarse.

Ante todo, es necesario ponernos de acuerdo sobre la significación y el alcance de algunas palabras que empleamos cada día para expresar el resultado de la palpación. En *lenguaje castizo*, la palabra *tumor* significa «la hinchazón y bulto

que se forma en alguna parte del cuerpo». *Hinchazón, tumefacción o intumescencia*, que son sinónimos, «la elevación de una parte del cuerpo por herida o golpe o por haber acudido a ella algún humor». *Neoplasma* es «el tejido celular anormal de nueva formación». Aun cuando es difícil en nuestra ciencia permanecer fiel al Diccionario de la lengua castellana, en esta ocasión nos ofrece vocablos suficientes que hacen innecesarios los galicismos y los germanismos. Al decir *tumor* no se avanza ni la idea de un neoplasma, ni la de un absceso, ni la de un hematoma; dicha palabra los abarca a todos ellos. Hay todavía el vocablo *resistencia* «causa que se opone a la acción de una fuerza», que en la palpación es la mano que explora.

El concepto clínico de *tumor* en cirugía abdominal es más elástico que en otras regiones. La palpación abdominal está llena de dificultades que justifican o excusan los errores en que a menudo incurren clínicos distinguidos. El espesor mismo de la pared y con mayor razón la defensa muscular (en los procesos inflamatorios) impiden formarse un criterio exacto; la presencia de órganos resistentes normales (riñón, bazo, hígado, aún el páncreas) ofrece dificultades para un cabal discernimiento; éstas aumentan cuando se trata de órganos dislocados y aún alterados en su forma (riñón flotante, hígado deformado). Hay más aún: la ectopia renal derecha, cuando se acompaña de una dilatación dolorosa de su pelvis por flexión del uréter, puede inducir a un diagnóstico equívoco, simulando sea una vesícula biliar dilatada e inflamada, sea una apendicitis, según el sitio que ocupe en el momento del examen. Por lo demás, no es raro la combinación de un riñón flotante y de una apendicitis, por simple coincidencia (Legueu) o por efecto de las perturbaciones circulatorias (Edebohls). Podría citar casos concretos que están anotados en la estadística de esta Clínica. Recuerdo que hace poco fué traída aquí para ser operada de urgencia una joven con diagnóstico de apendicitis aguda supurada. Efectivamente, la fosa ilíaca derecha estaba muy dolorosa y había

vómitos, pero bastó la misma palpación en decúbito dorsal para que el riñón cambiase de sitio; la nefropexia, practicada algunos días después, verificó el diagnóstico.

Otra dificultad se ofrece cuando un tumor se desarrolla en el interior de un órgano resistente. Si se presenta limitado y tiene una consistencia diferente del órgano en que se sitúa, su diagnóstico es fácil (metastasis carcinomatosas del hígado); si, por el contrario, se desarrolla hacia el centro del órgano o se extiende de un modo difuso, nos contentaremos, en casos semejantes, con comprobar sólo el aumento de volumen del órgano sin resolver nada respecto a su forma y consistencia, ni afirmar tampoco que se trata de una hipertrofia de la viscera, de un verdadero neoplasma, de un tumor inflamatorio o de un proceso difuso de otra naturaleza.

El 29 de Julio (1914) llega al Servicio un individuo de 60 años, con tegumentos pálidos y conjuntivas sucias; ha venido porque desde hace 4 meses notó en su vientre una hinchazón del tamaño de una manzana, que, aun cuando no es dolorosa, ha ido creciendo más y más; ha sentido molestias digestivas y se ha enflaquecido.

Llama la atención un gran tumor que ocupa todo el hipocondrio derecho, todo el epigastrio hasta la línea mamilar izquierda; hacia abajo toca al ombligo y en la línea mamilar derecha se acerca a la espina ilíaca; se pierde insensiblemente bajo el reborde costal derecho. La palpación, que no produce ningún dolor, permite comprobar que este tumor que sigue los movimientos respiratorios forma cuerpo con el hígado, cuyos límites superiores son normales; la superficie es lisa y uniforme; la palpación bimanual percibe una probable fluctuación; percutiendo la parte anterior y colocando una mano en la posterior se siente una onda líquida; la matidez es absoluta. No hay infartos ganglionarios. Los demás órganos, normales. No hay ni ha habido fiebre. La radioscopia da una sombra con límites circulares.

No se practicaron exámenes de Laboratorio. Diagnóstico:

«quiste hidatídico del hígado», fundado en la falta de dolor de un tumor que forma cuerpo con el hígado, de superficie lisa, con fluctuación, con matidez, etc.

El 9 de Agosto, después de algunos días de observación, hago una laparotomía supra-umbilical derecha. Puesto a descubierto el hígado lo punciono, teniendo ya lista la solución de formalina, y con gran sorpresa extraigo sangre; lo incindo y se derrama a chorros como si hubiera abierto un saco aneurismático. El dedo puede moverse dentro del hígado como dentro de una cavidad llena de un tejido blando semejante al de un sarcoma o al de un cáncer encefaloídeo. Termino rápidamente la operación en parte con suturas y en parte con tapones hemostáticos de gasa. El enfermo muere al siguiente día. La autopsia nos mostró un hígado enorme, reblandecido en su totalidad. Colocado en la mesa de autopsia perdió su forma y se aplanó; incindiéndolo, dejó escapar su contenido, (blando y de *color amarillento* en la periferia y negro-sanguinolento en el centro), como si hubiese estado dentro de un saco. Todo el hígado había sufrido semejante degeneración que no se explica fuese compatible con la vida. El resultado del examen histológico no ha sido definitivo y me he quedado en la duda de si se trata de un adenoma, de un sarcoma, de un carcinoma, aún de un hipernefroma, ese epiteloma de origen suprarenal, *de color amarillento*, descrito por Grawitz y que de una manera aberrante puede invadir el hígado. En todo caso, era un tumor maligno, que había destruído el órgano y cuyos síntomas no correspondían a la gravedad de la afección.

Comentarios. Sin el examen histológico preciso esta observación pierde toda su importancia científica y, si yo me he permitido recordarla ahora, es para patentizar un hecho clínico: el hígado es silencioso y tolerante y sus más graves alteraciones pueden pasar casi desapercibidas o dar nacimiento sólo a simples perturbaciones de carácter vago (pesadez en el epigastrio, trastornos digestivos pasajeros).

Por lo que respecta al diagnóstico diferencial entre un tu-

mor del parénquima y un quiste hidatídico del hígado, hay que confesar que es sumamente difícil. Este como aquél no son dolorosos, al contrario de las afecciones inflamatorias (infecciones microbianas) de un carácter más o menos agudo. Según Kehr, la eosinofilia y los métodos serológicos (fijación del complemento, precipito-diagnóstico) no han entrado aún en la práctica como seguros. La ponderada *trepidación*, característica de los quistes, es sumamente rara; Finzen no la encontró nunca en 235 enfermos y tampoco tiene un valor absoluto porque se ha presentado en hidronefrosis, ascitis, *cisto-sarcoma del hígado*. La punción, cuando se sospecha siquiera un quiste idatídico, *no es permitida* por ningún motivo, porque expone a la ruptura del quiste con sus consecuencias inmediatas y mediatas, al shock anafiláctico, a la siembra de equinococcus (Dévé).

Es difícil de por sí, dice J. L. Faure, afirmar la presencia de un neoplasma del hígado para que se pretenda reconocer siempre su naturaleza. Hay que persuadirse de que, exceptuando el cáncer secundario, es generalmente imposible el diagnóstico preciso de los tumores poco comunes. Aún más, es delicado una vez abierto el vientre y teniendo en la mano la pieza, que es menester confiar a los histologistas, quienes están a menudo en desacuerdo para darle a un tumor el nombre que le conviene (1).

El Profesor Kausch, de Berlín, que ha escrito uno de los capítulos más concisos y didácticos sobre el «diagnóstico local de los tumores del abdomen», designa con el nombre de tumor abdominal «toda *formación (Gebilde)* palpable de la cavidad abdominal que se encuentre en un sitio en donde normalmente no existe ningún órgano de semejante forma y consistencia.» Y será, por lo tanto, excusable considerar como tumor a un riñón flotante mientras no se le reconozca como a tal (2).

(1) *Maladies chirurg. du foie*, 1910.

(2) *Handb. der prakt. chirurg.* Bruns, Garré, Küttner, 1913.

Muchos procesos que nada tienen de neoplasmas se presentan en el abdomen con las apariencias de tumores, tal es la hidropesía de la vesícula biliar, la hidronefrosis, la dilatación de la vejiga por la retención urinaria... .

En otras regiones del cuerpo, los síntomas concomitantes de la inflamación sirven para caracterizarla; en cambio, en la cavidad abdominal, un proceso inflamatorio crónico puede presentar todas las apariencias de un cáncer, o por lo menos de un tumor. Estos «tumores inflamatorios o pseudo-neoplasmas del abdomen» han sido señalados desde 1894 por Terrier; Lejars, en 1906, les dedica un estudio de conjunto; y han seguido gran número de observaciones de Hartmann, de Le Dentu, etc. Sus caracteres físicos, su evolución, los accidentes locales y generales que provocan, su sitio, les dan todas las apariencias de neoplasmas malignos; reconocen como origen una lesión visceral y se les observa sobre todo en relación con el estómago en la región peri-gástrica, en relación con los colones en los flancos y fosas ilíacas, y también en las zonas infra-umbilical y pelviana. No siempre son supurados; más a menudo se presentan como flemones crónicos, indurados, esclerosos. Y tampoco hay que olvidar que Tuffier ha descrito casos de abscesos, de flemones del abdomen, nacidos en contacto con tumores malignos y que son el primer síntoma de un cáncer del intestino.

La fosa ilíaca derecha es un sitio frecuente de tumores, y cada cirujano ha podido comprobar casos en los que se trataba de abscesos apendiculares crónicos, de tuberculosis del segmento ileo-secal y que simulaban neoplasmas.

La tuberculosis del peritoneo, con su variedad de formas anatómicas y clínicas, puede dar las mayores sorpresas aun cuando se tenga una gran experiencia de ellas.

Un individuo de 53 años llega a mi Clínica el 14 de Julio (1914), «quejándose del gran malestar que le causan gases que no puede expeler y que se acumulan en la región cecal». Desde hace 3 años, estitiquez y timpanismo, a veces diarrea y en una ocasión melenas. Hace 11 meses notó en la fosa ilíaca-

ca derecha una tumefacción profunda que se extendía hacia el ombligo. Dice que ha enflaquecido. Se comprueba, en efecto, en la región cecal un tumor sin límites bien precisos, que es rechazado hacia la línea media por la insuflación del colon y que no abraza a todo el intestino. Se opera el 20 de Julio, sin diagnóstico preciso (¿neoplasma del ciego, tumor inflamatorio?), y se encuentra una peritonitis tuberculosa úlcero-caseosa (examen histológico) con adherencias de las asas intestinales. El tumor estaba formado por un trozo de la serosa parietal mucho más engrosado que el resto y con focos de caseificación. El enfermo fué dado de alta, per primam, a los 35 días. Aprovechó de la intervención por cuanto se rompieron algunas adherencias.

Una joven de 22 años, soltera, en buen estado, sin pasado genital, ingresa al Servicio (17 de Junio de 1914) a consecuencia de trastornos digestivos (vómitos y diarreas periódicos) desde hace 6 meses y de una tumefacción difusa, por debajo del ombligo desde hace 3 meses, que le impide darse vuelta en la cama y que está sujeta a cambios de volumen en relación con las perturbaciones digestivas. Al examen, un tumor blando en la región umbilical, del tamaño de la cabeza de un feto. No hay temperatura ni se presenta ningún otro síntoma de importancia durante los 10 días que estuvo en observación. Se opera (27 de Junio) con diagnóstico probable de «un quiste del ovario» o de un «quiste hidatídico», y se encuentra «peritonitis tuberculosa de forma adhesiva pura». El tumor era simulado por una conglomeración de asas del intestino delgado, rodeadas en toda su periferie por una corona de adherencias de ambas hojas peritoneales. La operada se alivia de sus trastornos digestivos por la ruptura de dichas adherencias; pero volvió 3 meses después con una fistula consecutiva a dos pequeñas perforaciones tuberculosas del intestino grueso. Una vez convenientemente suturadas, la enferma fué dada de alta, en Enero de 1915, en espléndidas condiciones.

La palpación del abdomen nos suministra, además de la

sensación de *tumor* la de *resistencia*, es decir, «la resistencia *anormal* que experimentan los dedos que exploran lugares circunscritos de la pared abdominal». Como es un término relativo tendrá mayor significación siempre que se destaque la diferencia palpando regiones simétricas.

Sus causas son muy variadas y dependen de procesos inflamatorios u otras alteraciones de las paredes abdominales mismas o bien de las vísceras o tejidos en ellas contenidos. La «defensa muscular», contracción aislada de un segmento muscular, significa para el clínico que hay una inflamación vecina o que el contenido abdominal está sensible a la presión en dicha región; y tiene en algunos casos un valor patognomónico, como en los de apendicitis, por ejemplo. Pero ocasionan también *resistencia* las inflamaciones, infiltraciones o exudados peritoneales, las hiperplasias de los tejidos, las hipertrofias de los órganos y los neoplasmas, con todas las dificultades para apreciar sus límites, su tamaño y su consistencia.

Es fácil, pues, comprender que los términos *tumor* y *resistencia* ni se contraponen, ni pueden tampoco separarse en absoluto. *Resistencia* es más lato, más difuso; *tumor* es más limitado, más concreto. Todo tumor opone una resistencia pudiendo existir ésta sin aquél. «El clínico experimentado y precavido habla generalmente de una *resistencia*, mientras que el que obra con precipitación, pronto *comprueba un tumor*, quedando así encerrado sin poder cambiar después de rumbo» (Kausch).

Hace pocos días recordaba aquí mismo ese prudente consejo, fruto de una larga experiencia, a propósito de una enferma cuyo diagnóstico presentaba serias dificultades y cuya observación contiene un hecho clínico que puede prestar ingentes servicios en la práctica: me quiero referir a los datos que suministra el examen repetido, después de un intervalo de reposo, siempre que el estado del paciente así lo autorice.

La enferma, de 50 años, fué traída muy angustiada a este Pabellón para practicar con urgencia una laparotomía que se

creía necesaria. (23. III. 1915). Sus antecedentes, sin importancia; nunca había estado enferma. Hace sólo 4 días, dolores agudos en el epigastrio y en el abdomen derecho (hipocondrio, flanco y fosa ilíaca) y estreñimiento completo y absoluto. ¿Torsión intestinal? tal fué la interrogación de de cuya respuesta dependía su suerte.

La examinamos con detención, con todos los ayudantes. No había vómitos, ni temperatura, ni fascies peritoneal, ni un timpanismo exagerado; el pulso, algo frecuente (110); pudo conversar sin dificultad una vez familiarizada con el medio. A la palpación, dolor en todo el lado derecho del abdomen, desde la fosa ilíaca hasta el reborde costal, y una resistencia, una defensa muscular, mayor a veces en un punto, a veces en otro; con persistencia, se podía apreciar una resistencia más profunda, de mayor intensidad a veces en el flanco, a veces en la fosa ilíaca, a veces en el hipocondrio derecho. ¿Seguía el colon ascendente, comenzaba en el ciego o en la vesícula biliar? Sobre un punto estuvimos todos de acuerdo: no era una torsión, no había urgencia de intervenir y sí ventajas en esperar.

La enferma quedó en reposo; se le hizo una enteroclisia con muy baja presión, un sifonaje que dió 4 deposiciones. Durmió bien y recobró sus fuerzas.

El cuadro que presentaba ahora, 24 horas después del primer examen, era completamente distinto. El vientre relativamente flácido permitía palpar fácilmente, por debajo del reborde costal derecho, un gran tumor liso del tamaño de dos puños: era una vesícula biliar enorme. Insistimos en el interrogatorio y la enferma aseguró que sólo había padecido de «flatos» desde hace muchos años.

Operé una vesícula muy enferma (ectomía) con paredes engrosadas y esfaceladas en el fondo y que contenía 46 cálculos.

El día antes el diagnóstico era muy oscuro; al siguiente no presentó dificultades.

La enferma fué dada de alta sana el día de ayer, (4. IV.

1915) circunstancia que me impide presentarla. Volveré a ocuparme de su observación cuando trate de las afecciones de las vías biliares.

He comenzado esta *lección*, influenciado por la lectura del profesor Murri, bosquejando en qué consiste el método inductivo en el diagnóstico, y, apoyándome en la autoridad de un Roger, he insistido en la importancia, siempre nueva, que la observación tiene en la Clínica.

El estudio ante ustedes, de ese método y de esta observación me han alentado para dar un paso más hacia adelante. He querido que comencemos a compartir desde luego las responsabilidades que originan los diagnósticos y a disfrutar de la enseñanza a que sus errores pueden dar lugar, siempre que el clínico sea suficientemente verídico consigo mismo para no tratar de encubrirlos y suficientemente modesto para saberlos comentar dentro de un medio sano, moral e ilustrado.

Los estudios en la clínica se diferencian sustancialmente de los estudios en los libros; aquéllos están sujetos cada día a la más severa crítica y a la más dura experiencia; éstos, por el contrario, engendran un idealismo que, en más de una ocasión, llega a ser intemperante.

«Seguir las lecciones de una clínica, escribe el profesor Chauffard, es asociarse a su vida cotidiana con todo lo que encierra de imprevisto y de variado en las investigaciones científicas y en las aplicaciones prácticas».
