

En el hombre, los tumores hidatídicos se forman muchas veces en las partes que han sufrido alguna lesión material; y así parece que muchos casos de hidátides hepáticas tuvieron origen después de recibir el enfermo un golpe en la región del hígado, á causa sin duda de la violencia externa. Entre los casos recogidos por Cruveilhier se encuentran cuatro (y algunos más en la Memoria del Dr. César Hawkins, publicada en el volumen XVIII de *The Medico-Chirurgical Transactions*), en los cuales todo el tumor parecía consecutivo á una violencia exterior que obró sobre la región hepática.

En ciertos casos en los cuales la enfermedad fué atribuida á un golpe, el tumor contenía un solo acefalocisto; pero otras veces había muchos. En algunos existía un solo tumor, en otros más de uno, ó bien uno en el hígado y otro en el bazo. Si bien es verdad que la degeneración hidatídica en tales casos fué efecto de una causa traumática, existe aquí un nuevo y fuerte argumento en favor de la opinión según la cual, en los casos en que en un mismo individuo se encuentran muchos tumores hidatídicos, uno de ellos suele ser el generador de todos los demás.

En la mayor parte de los casos que se conocen de tumores hidatídicos formados en diversas partes del cuerpo, la enfermedad parecía procedente de cualquiera lesión física. Así, se han encontrado hidátides en el húmero, en la tibia, en el íleon y en la sustancia diploica del cráneo, y todas á consecuencia de heridas. (*V. Reports of the Roy. Society on Zool. and Bot. for 1845, p. 315.*)

Lo mismo puede decirse respecto al *Cysticercus celluloseæ*. En *The Medical Gazette* del 28 de Abril de 1848 existen algunas notas, recogidas en la Sociedad Médica de Westminster por el Dr. Canton, sobre un tumorcillo del párpado inferior de un niño que contenía un *cysticercus celluloseæ*, tumor que se presentó después de haber recibido el enfermito un golpe con una sombrilla en aquella parte. En el volumen XVIII del *Dublin Medical Journal* se refiere un caso muy parecido al precedente: el tumor parecía consecutivo al choque del párpado inferior contra el ángulo de una jaula. Por último, en el mismo artículo se mencionan otros dos casos de la propia especie. Parece, pues, que un golpe ó cualquiera otra violencia exterior puede favorecer en la parte afecta el desarrollo de los gérmenes de estos parásitos.

En la mayor parte de los casos, los tumores hidatídicos del hígado crecen de una manera bastante lenta; pero, si se desarrollan en un punto próximo á la superficie, pueden adquirir en poco tiempo un volumen extraordinario. Cuando el tumor se desarrolla de una manera rápida, ó cuando, por cualquiera causa, sobreviene un proceso inflamatorio, bien en su interior, bien por fuera ó alrededor, el enfermo siente dolor agudo en la región hepática y fiebre. Por el contrario, si el tu-

mor crece con lentitud y no padece la menor inflamación, no hay dolor, y, cuando más, acusa el paciente cierta sensación de peso: en este último caso, mientras el tumor no ha llegado á adquirir un volumen extraordinario para perturbar las funciones del hígado y de los órganos vecinos, no da origen á síntomas generales; de modo que goza, al parecer, de buena salud. Así, no es raro encontrar, al hacer autopsias, alguno de estos tumores cuya presencia no se había siquiera sospechado durante la vida (1).

A medida que el tumor va creciendo, levanta las paredes abdominales, siendo fácil muchas veces tocarle y reconocerle. El tumor, aún en estos casos, á menos que su crecimiento sea rápido ó que se inflame en algún punto, no es sensible ni doloroso, ni hace experimentar más incomodidades que las propias de su volumen, como una sensación de plenitud y de peso en la región hepática, perturbaciones gástricas y alguna dificultad respiratoria, por el obstáculo que encuentra el diafragma.

Con todo, algunas veces el tumor, tanto por su posición como por su enorme volumen, llegando á comprimir la vena porta ó la hepática, produce ascitis y edema de las piernas: estos síntomas y otros de dificultad respiratoria causan una angustia extrema y llegan á producir la muerte, sobre todo si la circulación y la respiración están modificadas por otras condiciones morbosas. En el verano de 1850 se me presentó un caso de esta índole.

Un negro nacido en las Indias Occidentales, de cincuenta y cinco años, empleado muchos años en una casa comercial de Londres, y que en su juventud había hecho excesos alcohólicos, fué á consultarme el 10 de Julio de 1850, con una afección del hígado caracterizada por una enorme hipertrofia. Según él me refirió, la enfermedad había comenzado, diez y ocho meses ántes, con dolores en el hipocondrio derecho, por lo cual se le hicieron repetidas sangrías: desde entonces continuó padeciendo más ó menos dolores en la región hepática y en la espalda, dolores que hacía seis meses se irradiaron al hombro del mismo lado. El hígado se elevaba á bastante altura en la cavidad derecha del pecho, y además se extendía algo hacia abajo en el abdomen; el lóbulo derecho formaba una fuerte expansión en su parte superior, pero no se percibía un tumor distinto. Aunque existía una ligera broncorrea y la respiración era

(1) Muchas veces el estado general de las ovejas atacadas de grave degeneración hidatídica del hígado y de los pulmones es favorable. Los tumores hidatídicos en estos animales ofrecen poca tendencia á inflamarse el tejido ó las membranas de los órganos en que se desarrollan. Las ovejas, cuando sus pulmones están salpicados de hidátides, ofrecen una respiración breve y afanosa, pero su constitución no se deteriora. Esta circunstancia constituye un punto diferencial entre las hidátides y las lombrices hepáticas, las cuales, cuando existen en gran cantidad, empobrecen notablemente la sangre.

algo breve, el enfermo pudo dedicarse algun tiempo á sus ocupaciones ordinarias. Durante algunas semanas continuó viniendo á mi Consulta, hasta que salió de su domicilio de Brixton, donde le asistí en compañía del Dr. Kelson Wright. La última vez que lo vi, el 25 de Septiembre, se hallaba en la mayor angustia, á consecuencia de la dificultad respiratoria causada por la enorme distension del vientre. Poco despues murió.

Examinado el cadáver, observó desde luégo el Dr. Wright que el aparente volúmen del hígado era debido á un tumor hidatídico, del tamaño de una cabeza humana, que ocupaba la parte alta del lóbulo derecho, en contacto con el diafragma. El mismo lóbulo del hígado contenía otros dos tumores hidatídicos: uno, del tamaño de un huevo, ocupaba la superficie cóncava y se adhería al cólon; el otro, más pequeño, descansaba en medio de la sustancia hepática. El hígado estaba algo granulado, y no se veía ningun indicio de inflamacion reciente en la periferia del tumor; por lo demas, no se observaba en las demas partes del cuerpo sino un ligero engrosamiento de la válvula mitral.

Verdad es que la dificultad respiratoria y circulatoria procedían, hasta cierto punto, del estado de dicha válvula mitral y del granular del hígado, y que el tumor encontrado al hacer la autopsia, oponiéndose ademas al cumplimiento de estas funciones, había producido la muerte.

La tumefaccion de la porcion superior del hígado, la duracion de la enfermedad, la falta del vómito y de la ictericia, y la circunstancia de que, diez y ocho meses despues de la aparicion de los primeros síntomas, podía aún el paciente dedicarse á sus ocupaciones habituales, porque no existía debilidad ni ningun otro síntoma constitucional, constituyen pruebas en favor de que la afeccion era un tumor hidatídico, por más que, estando vivo el paciente, no se pudo distinguir y circunscribir.

Un tumor hidatídico puede permanecer en el hígado años enteros y aún toda la vida, sin dar origen á más molestias que las que resultan de su volúmen; pero el individuo se halla siempre expuesto á los sufrimientos que pueden ser causados por la ulceracion del saco hidatídico y por la salida de las materias en él contenidas, lo cual es muy fácil. El tumor, ulcerándose, puede perforar las paredes abdominales y derramar entónces su liquido fuera del vientre; puede tambien abrirse en cualquier punto del tubo gastro-intestinal, siendo expulsado el humor contenido por el vómito ó la defecacion. En ambos casos, el saco se cierra al cabo de algun tiempo, recobrando el paciente su estado normal.

En Noviembre de 1845, el Dr. Teófilo Thompson me proporcionó la oportunidad de observar el caso de un tumor hidatídico que se había abierto en el tubo intestinal. El sujeto era un jóven de veintisiete años, que en los primeros días del citado mes fué á consultar al Dr. Thompson, diciendo que, desde seis meses ántes, padecía dolores y otros síntomas que podían referirse

al hígado; ademas, de vez en cuando sobrevenían todos los fenómenos que constituyen una fiebre periódica. El hígado había adquirido tal volúmen, que su borde llegaba hasta el ombligo, y tambien se remontaba bastante hacia la parte inferior del tórax. Algunos días despues se ensanchó considerablemente la parte inferior del tórax. Poco despues de su primera entrevista con el Dr. Thompson evacuó corpúsculos semejantes, segun decia el paciente, á los pellejos de la uva, que se consideraron como hidátides, y desde entónces el hígado comenzó á disminuir de volúmen.

El día 14 de Noviembre me presentó tres hidátides del grosor de un grano de uva, en las cuales encontré verdaderos equinococos. El paciente estaba entónces adelgazado y de mal color, pero no tenía fiebre. La salida de hidátides no fué acompañada ni de vómitos ni de diarrea, lo cual demostraba que el liquido de las hidátides no tenía sobre la mucosa intestinal esa accion tan irritante que á veces ejerce sobre otros muchos tejidos. Esta evacuacion de hidátides en el intestino duró cuatro ó cinco semanas, pasadas las cuales el paciente mejoró visiblemente.

El día 10 de Marzo de 1846 estaba tan bien como nunca en el curso de la afeccion. Robusto y grueso, podía considerarse completamente curado, á no ser por un ligero dolor en la region hepática y algunos accesos de frío, que duraban media hora próximamente, seguidos de traspiracion. Estos paroxismos no se hallaban separados por intervalos regulares; se presentaban principalmente despues de cualquier fatiga y, al parecer, procedían de no haberse obliterado por completo el saco hidatídico. Durante el acceso de frío, el paciente experimentaba un dolor sordo por debajo de las costillas falsas del lado derecho. El hígado no formaba prominencia en el borde costal, y tampoco se tocaba ningun tumor.

Cuanto más antiguo es el tumor hidatídico, ó, mejor dicho, cuanto más duras y ménos elásticas son las paredes del saco, tanto mayor es el peligro que acompaña á su abertura por uno de los procedimientos ántes mencionados. Si el tumor es de fecha reciente, y las paredes del saco muy elásticas, podrá éste cerrarse y encogerse tan pronto como quede libre de las materias contenidas en su interior, y el enfermo obtendrá una completa curacion; pero si las túnicas del saco son tan sólidas y tan poco elásticas que no pueden encogerse y obstruir la cavidad, el aire y otras muchas materias encontrarán fácil acceso y su superficie interna será invadida por la inflamacion supurativa, que, si es antigua, aniquilará las fuerzas del paciente.

Un tumor hidatídico puede abrirse paso hacia el pulmon, y entónces el enfermo llega á curar, librándose de las hidátides por la expectoracion. Yo he observado dos casos de esta especie. Cuando el tumor se abre en el pulmon, el paciente tiene de continuo una tos fuerte, bastante molesta, y de vez en cuando expectora algunas hidátides. El liquido del tumor hidatídico irrita todas las vías aéreas, y concluye por inflamar el lóbulo inferior del pulmon, donde se acu-

mula el líquido: á esto debe atribuirse la ronquera y la constante expectoracion de una materia sanguinolenta y puriforme, la cual algunas veces es bastante irritante para el pulmon y muy molesta para el enfermo, por estar mezclada con bilis. Cuando la comunicacion entre el tumor y el pulmon no es completamente libre, como sucede al principio, las hidátides expectoradas suelen ser pequeñas y se expulsan con algunos días de intervalo. Más tarde, si el tumor es muy voluminoso y está bastante lleno de hidátides, serán expulsadas otras más gruesas, despues de repetidos ataques de tos, en una ó en varias veces. Las hidátides gruesas, cuando son expulsadas por los bronquios, son casi siempre encogidas, glóbulosas y acampanadas, y ofrecen una abertura circular. Su contraccion sobreviene de este modo: la hidátide que generalmente contiene líquido, al atravesar los tubos estrechos de los pulmones se abre en la parte anterior, dejando salir el flúido propio. La porcion posterior de la hidátide, estando comprimida continuamente, avanza, ensanchándose la abertura practicada, que de este modo se dilata; finalmente, la hidátide queda vacía por las continuas presiones que sufre su parte posterior, presiones y esfuerzos que son favorecidos por la elasticidad de la membrana de que se compone: más adelante, esta misma elasticidad de sus paredes hace que el tumor hidatídico recobre la forma globulosa. En estas hidátides rara vez ocurre encontrar un equinococo perfecto, porque, como todos sabemos, dichos parásitos salen al abrirse la hidátide.

La duracion de la expectoracion de las hidátides se halla subordinada al volúmen, al grado de contractilidad del tumor hidatídico, y tambien al número de hidátides que contiene. Un tumor que no sea muy antiguo ni muy grueso puede abrirse, vaciarse y cerrarse en pocas semanas: por el contrario, si el tumor es voluminoso y de fecha antigua, por lo cual tiene las paredes duras, se encogerá lentamente; y si, además, el tumor contiene muchas hidátides, la expectoracion de estos corpúsculos podrá continuar meses enteros. El Sr. Davey, de Keppel-Street, y yo, estamos viendo á un caballero que desde hace cuatro meses expectora hidátides procedentes de un grueso tumor del hígado, habiendo eliminado ya una considerable cantidad de ellas.

En todos los casos de tumores muy voluminosos y antiguos, la tos rebelde, los dolores y el insomnio, unidos á la continua expectoracion de materia puriforme, á la fiebre y á todos los síntomas que suelen producir la inflamacion diaria de las vías aéreas ó de los pulmones, aniquilan las fuerzas del enfermo y pueden causarle la muerte.

Los tumores hidatídicos, en lugar de abrirse al exterior, ora por las paredes abdominales, ora por los intestinos ó los pulmones, pueden abrirse y vaciarse en la cavidad del vientre, produciendo una peritonitis que acaba con la vida del paciente en pocos días, si no en pocas

horas (*Dict. de Med. et Chirurg. practiques*, art. *Acephalocyste*, obs. 6, 7, 8 y 9; *Medico-Chirurgical Trans.*, tomo XVIII, ps. 124 y 126); puede suceder tambien que, ulcerando la vesícula ó alguno de los conductos biliares una de las paredes del saco hidatídico, penetre en éste la bilis, desarrollando una flogósis supurativa de su superficie interna, que lo transforma en un absceso; por último, puede ocurrir que las paredes del saco exulceradas se perforen, y que, insinuándose el líquido en los tejidos periféricos, se desarrolle una flogósis supurativa que puede reflejarse de diversas maneras sobre el saco y convertirlo tambien, en este caso, en un verdadero absceso. Pueden ocurrir tambien otros accidentes funestos. Puede desarrollarse en los pulmones un tumor secundario y crecer rápidamente tanto que ahogue al paciente; como pueden desarrollarse hidátides secundarias en el hígado y en el mesenterio, las cuales, si son en gran número y crecen rápidamente, perjudican la nutricion del enfermo, que se torna flaco, pálido y débil hasta que la vida se le escapa grado á grado por la diarrea, ó, mucho más pronto, por una pneumonia accidental.

Un tumor hidatídico que haya adquirido bastante volúmen para hacerse aparente y sensible, rara vez ofrece dificultades para el diagnóstico. Nuestra ignorancia sobre el origen de estos tumores y sobre algunas de las circunstancias especiales en que se desarrollan nos priva de valiosos datos para el diagnóstico; pero la presencia de un tumor globuloso, adherido al hígado, tumor que va engrosando de una manera lenta, sin producir graves dolores, ni ictericia, ni ascítis, ni fiebre, ni ningun otro trastorno general, bastará para demostrar la existencia de dicha enfermedad. Un tumor hidatídico no podrá confundirse con un absceso, porque este último nunca se forma ni crece sin ir acompañado de fiebre viva; ni tampoco con una afeccion maligna cualquiera del hígado que no da lugar á un tumor grueso, globuloso é indolente, sino á muchas pequeñas tuberosidades que dan un aspecto desigual á la superficie hepática; por otra parte, cuando existe el cáncer del hígado, suelen hallarse atacadas otras partes y además presenta los signos generales de la caquexia cancerosa. Bastante más fácil es confundir con un tumor hidatídico la distension de la vesícula biliar, porque ésta forma un tumor liso, globuloso, algunas veces indolente: con todo, la distension enorme de la vejiga, resultante casi siempre de un obstáculo mecánico al curso de la bilis por el conducto comun, va acompañada de coloracion icterica bastante pronunciada de la piel.

Las mayores dificultades de diagnóstico se encuentran cuando hay que distinguir un tumor hidatídico del hígado de un aneurisma de la aorta abdominal que forma tumor por detras de este órgano. El aneurisma, lo mismo que un tumor hidatídico, puede ser globuloso é indolente; puede existir tambien sin causar ictericia, ni ascítis, ni ningun

síntoma digestivo grave, ni dificultad respiratoria, ni más molestias que las que resultan de las dimensiones del tumor aneurismático y del obstáculo al descenso del diafragma. Las circunstancias que distinguen el tumor aneurismático son: sensación de calambre en el epigastrio, que se presenta de repente con los primeros síntomas de la enfermedad, no acompañada de vómitos, ni diarrea, ni seguida después de ictericia; una pulsación bastante marcada del tumor, y un ruido de soplo que percibe el oído aplicado en el punto correspondiente á las últimas vértebras dorsales ó á las primeras lumbares, y además dolores que el paciente experimenta, no sólo al nivel de la tumefacción, sino también en diversos puntos del cuerpo, y especialmente en los hombros y en las piernas. El tumor aneurismático suele ser bastante doloroso, y cuando tiene su asiento por detrás del hígado é interesa el plexo solar, no sólo siente el enfermo dolores en el punto afecto, sino que además experimenta fenómenos simpáticos en otras partes del cuerpo. Todos estos síntomas faltan por completo en los casos en que dicho tumor se halla constituido por un saco hidatídico, en términos que, si el médico fija bien su atención, será bastante fácil distinguir ambas enfermedades.

Con todo, en ocasiones es difícil, por no decir imposible, asegurar que el tumor se halle constituido por un saco hidatídico. Esto sucede, por ejemplo, cuando el tumor crece rápidamente, dando lugar á fiebre y dolores vivos, fenómenos que no son frecuentes en las hidátides, ó bien cuando la tumefacción se ha desarrollado en tal punto que, comprimiendo los conductos hepático y común, ó el tronco de la vena porta, ó la misma vena cava, dé lugar á una ictericia permanente ó á ascitis y edema de las piernas. Por ahora no creemos posible dar reglas generales que sirvan de guía para averiguar en tales casos la verdadera naturaleza de la afección.

Cuando un tumor hidatídico del hígado, después de haber sido indolente durante mucho tiempo, se torna sensible y produce muchos dolores agudos, acompañados de paroxismos febriles, con frío y desórdenes generales, cabe sospechar que en el saco se ha desarrollado un proceso de supuración.

Un tumor hidatídico del hígado puede curar de dos modos: 1.º, por la secreción de una materia densa, semejante al mastic ó al yeso, que se forma en el interior del saco, bien ocasione esta sustancia la muerte de los acefalocistos, bien dependa de ella; 2.º, abriéndose paso al exterior, ora atravesando las paredes del vientre, ora recorriendo las vías pulmonares ó el intestino. La primera terminación puede considerarse como la verdadera curación de la enfermedad, porque, aunque el tumor no se disipa por completo, no promueve otros trastornos constitucionales ni da lugar á ulteriores peligros. El segundo modo (es decir, la abertu-

ra del tumor y la evacuación de su contenido en los intestinos ó en el pulmón, ó bien al exterior, atravesando las paredes abdominales) da lugar muchas veces á la oclusión del saco, á la desaparición del tumor y á la curación; pero este proceso no se halla exento de peligros. En efecto, según hemos dicho anteriormente, el saco puede sufrir una inflamación supurativa, sobre todo si entra aire en su interior; en cuyo caso no es rara una supuración tan abundante y diaria que aniquile las fuerzas del enfermo.

La probabilidad de que este proceso pueda ir seguido de feliz resultado es mucho mayor cuando el sujeto es joven y el tumor reciente, y también cuando las paredes del saco son bastante elásticas: en efecto, en virtud de esta elasticidad, se oblitera el saco á medida que salen las materias en él contenidas, y esta obliteración se opone á todo accidente funesto.

El peligro mayor y más frecuente de los tumores hidatídicos del hígado consiste en su tendencia á ulcerarse y á derramar su contenido en la cavidad peritoneal ó en los vasos y los conductos del hígado. Esta ulceración del saco, que sobreviene más ó menos pronto en casi todos los tumores hidatídicos del hígado, procede de la excesiva distensión que sufren y, por lo tanto, del adelgazamiento de sus paredes. El fluido segregado continuamente por la superficie interna del saco lo va distendiendo siempre, haciendo que el tumor adquiera un volumen extraordinario. En virtud de la propiedad que tienen los líquidos de ejercer presiones iguales en todas direcciones, la úlcera sobreviene en el punto del saco que ofrece menor resistencia.

Los tumores hidatídicos del pulmón y del bazo, en virtud de la mayor elasticidad y sutileza de las paredes del saco, se hallan menos expuestos á ulcerarse que los del hígado.

Este peligro que llevan consigo los tumores hidatídicos del hígado puede evitarse si llega á modificarse el líquido segregado por la superficie interna del saco, de modo que destruye los acefalocistos sin desarrollar un proceso supurativo, ó bien si se consigue suspender el crecimiento del tumor.

No conocemos exactamente los medicamentos que se hallan dotados de esta propiedad: el ioduro potásico, que tan fácilmente entra en la masa sanguínea, y por lo tanto obra sobre casi todas las secreciones, puede sin duda alguna penetrar en el fluido del saco hidatídico, y, aunque no baste para destruir la vitalidad de los elementos constituyentes naturales de nuestros órganos, podrá aniquilar la vitalidad de los parásitos y suspender el desarrollo del tumor. El ioduro potásico y la sal común son, en mi concepto, los únicos medicamentos que la experiencia considera capaces de oponerse al crecimiento de los tumores hidatídicos. El ioduro de potasio es un medicamento recomendado por mu-

chos prácticos, y desde hace muchos años se usa generalmente en el tratamiento de la afección que nos ocupa; debo confesar, sin embargo, que no tengo una prueba decisiva y satisfactoria de la virtud que se le atribuye de destruir los acefalocistos y oponerse al desarrollo de un tumor hidatídico.

El Dr. Hawkins, en la memoria ántes citada por nosotros, menciona un caso ocurrido en el Hospital de San Gregorio: «en dicho enfermo, á consecuencia del uso del iodo, disminuyó mucho el volumen del tumor y desaparecieron durante algun tiempo la ascítis y los demás síntomas». El mismo autor añade, sin embargo, «que al cabo de un año la enfermedad terminó por la muerte». Por mi parte, fundándome en los efectos que he obtenido con dicho medicamento, creo que deben hacerse nuevos experimentos. Naturalmente, es más fácil comprobar la ineficacia que la saludable acción del ioduro de potasio, porque, si no se consigue el objeto apetecido, el diagnóstico es seguro. Al uso interno del ioduro potásico se pueden asociar las fricciones sobre el tumor con unguento iodado compuesto.

Algunos prácticos del Continente preconizan la disolución de sal común en el tratamiento de las hidátides hepáticas, bien por medio de lociones sobre el punto afecto, bien haciendo emplastos que se aplican sobre el tumor. Esto es bastante extraño si se tiene en cuenta que la sal común es el primero de los principios salinos que entran en la composición del líquido contenido en los tumores hidatídicos. Este líquido, en muchos casos, se halla privado de albúmina y compuesto casi exclusivamente de agua y cloruro de sodio en disolución. El saco de un tumor hidatídico tiene una afinidad especial por el cloruro sódico, y esta sal, cuando se encuentra en cantidad excesiva en el líquido de las hidátides, es apta para destruir el acefalocisto y detener su ulterior reproducción y desarrollo (1)?

Los médicos, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos son inútiles todos los agentes terapéuticos para detener el desarrollo de las hidátides hepáticas, pensaron en la conveniencia de abrirlas; operación ésta que fácilmente se ocurre á todos, por poco que se reflexione en el hecho de curación completa, y en ocasiones bastante pronta,

(1) La gran cantidad de sal común que contiene el líquido de los tumores hidatídicos no es un hecho tan singular como se creía antiguamente. Hoy se sabe ya que el moco, el suero del pus y el líquido de las excrescencias cancerosas contienen gran cantidad de cloruro sódico. El Sr. Lehmann, basándose en estos y otros hechos análogos, dedujo que toda deposición de células puede ir acompañada de un aumento en la cantidad de estas sales. En efecto, los cartilagos que en condiciones normales son ricos en células, están provistos de gran cantidad de cloruro sódico. (Véase *Lehmann's Chemistry-Translation of the Cavendish Society*, t. 1, p. 434.)

de tumores hidatídicos que se abrieron paso al exterior, ora atravesando las paredes abdominales, ora los intestinos, ora también los pulmones. Muchas veces ha recobrado prontamente el enfermo la salud en casos en que el cirujano, creyendo abrir un absceso, abrió en su lugar un tumor hidatídico. Una circunstancia digna de observación es que, en los casos de esta naturaleza, nunca, ó al menos muy rara vez, se llenó de nuevo de líquido el saco. Cuando un quiste seroso (es decir, que está cubierto en su cara interna por una membrana que tiene los caracteres de las serosas y que segrega un líquido seroso ó eminentemente albuminoso), cuando uno de esos quistes se desarrolla de esta manera, casi siempre vuelve á reunirse líquido en el saco, el cual no se oblitera sino á consecuencia de un proceso de flogósis adhesiva de su superficie interna. En los quistes hidatídicos, una vez que ha salido el líquido, ocurre lo contrario; se mueren los animalículos en ellos contenidos, y no vuelve á reproducirse el líquido. En confirmación de cuanto decimos, y como prueba del feliz resultado que da la punción de los tumores hidatídicos, doy á continuación la historia de dos casos publicados por el Sr. Hawkins, en los cuales hizo la operación el Sr. B. Brodie.

Caso I.— Un muchacho de once años próximamente ingresó en el mes de Agosto en el Hospital de San Jacobo, sala del Dr. Chambers, á causa de un enorme tumor fluctuante situado en el lado derecho. Este muchacho no había tenido enfermedades generales ni trastornos de la función hepática, ni mucho menos síntomas de abscesos del hígado; solamente sentía las molestias é incomodidades dependientes del enorme volumen del tumor y de su presión sobre las partes vecinas. El Sr. Brodie, al cabo de algunos días de permanencia del enfermo en el hospital, introdujo un trócar por debajo de las costillas en el punto más fluctuante, dando salida á pinta y media de un líquido incoloro y límpido, privado de albúmina, puesto que no lo coagulaba el color. Inmediatamente después de la operación se aplicó un vendaje estrecho y circular de cuerpo, que, al parecer, debió cerrar por completo el quiste, cicatrizándose enteramente la herida. La operación no produjo fiebre ni ningún otro síntoma molesto, y el enfermo abandonó el hospital en el mejor estado de salud. (*Med. Chir. Transact.*, xviii, p. 118.)

Caso II.— Trátase de una joven de veinte años de edad, que tenía un tumor mayor aún que el anterior, que la impedía andar y estar acostada, á no ser en una postura muy incómoda. Parecía que el tumor había sido atacado de flogósis en algun punto, porque desde hacía uno ó dos años, época en que principió la enfermedad, sentía dolor, que poco ántes de la operación se hizo más intenso: después de hecha la punción tuvo, durante dos ó tres semanas, tos muy molesta é insistente. Mediante la punción se extrajeron tres pintas y media de un líquido acuoso, semejante en todo al extraído en el otro caso, incoagulable por el calor y deficiente de materia animal. La enferma recobró la salud perdida, y seis años después de la operación no había vuelto á tener ninguna incomodidad de aquella naturaleza. (*Id.*, p. 119.)

Probablemente, el saco en ambos casos no contenía más que un acefalocisto solitario. Si todos los casos en los que se hizo la puncion hubiesen terminado tan favorablemente, no se podría negar la utilidad de esta pequeña operacion, siempre que estuviésemos seguros de la existencia de un tumor hidatídico. Pero, desgraciadamente, á estos pocos casos favorables pueden oponerse otros muchos en que la operacion fué funesta y en que sobrevino la muerte muy pronto, á consecuencia de la supuracion de la superficie interna del saco. (*Dict. de Medicine et de Chirurg. practiques*, art. *Acephalocyste*, obs. 13, 14, 16, 19 y 21.) Tan escasas probabilidades de éxito deben, por tanto, hacer cautos á los prácticos para no aconsejar esta operacion cuando el tumor no dé origen á síntomas alarmantes. Yo creo, sin embargo, que muy pocos pacientes querrán someterse á una operacion tan peligrosa para librarse de una enfermedad que no va acompañada de síntomas graves, y que puede permanecer estacionaria é indiferente durante diez, veinte y aún treinta años. Cuando se reflexiona en lo incierto de la vida aún en los que gozan de la salud más florida, y en que puede alterarse de pronto por multitud de accidentes, parece razonable que, asediados por tal perplejidad, demos oídos al temor y al instinto que aconsejan contentarnos con la seguridad actual, aunque haciendo esto nos exponamos á peligros aún mayores, pero, sin embargo, lejanos.

Veamos ahora los peligros que se encuentran al abrir los tumores hidatídicos del hígado. Ante todo puede ocurrir que el tumor, no habiendo contraído adherencias con las paredes abdominales, deje caer en la cavidad del peritoneo, al ser abierto, parte del líquido propio de la hidátide, lo cual da lugar á una peritonítis que en pocas horas se hace mortal. Este peligro está subordinado á la edad del tumor, ó mejor al estado de las paredes del saco; en efecto, si están dotadas de gran elasticidad, como ocurre en los tumores recientes, el líquido es expulsado con violencia una vez hecha la abertura, y la cavidad se retrae en seguida; pero si la contractilidad de las paredes no es tal que permite la pronta oclusion del agujero hecho con el trócar, como sucede en muchos de los tumores hidatídicos antiguos, y, si no en todos, en muchos también de los grandes abscesos, el saco no se vacia por completo, y, al quitar la cánula, gotea el líquido en el peritoneo. El peligro de esto puede evitarse en parte colocando un vendaje circular en la parte inferior del tronco que sujete en lo posible el hígado, y haciendo la operacion con un trócar fino, cual lo aconseja el Sr. Brodie, á fin de que la herida, tanto por sus dimensiones como por su figura, pueda cerrarse pronto. Ateniéndonos á la tenuidad del líquido hidatídico, parece que puede servir muy bien para el objeto una aguja acanalada delgada, como aconseja el Dr. Pritchard en los casos de puntura del tórax y del abdómen. Eligiendo, pues, un instrumento á propósito y sujetándonos

á las medidas dichas, es muy poco el peligro del derrame en la cavidad peritoneal del líquido hidatídico, y aún menor si el enfermo es jóven y el tumor de fecha reciente. De modo que, cuando los agentes farmacológicos sean inútiles, el mejor medio á que puede recurrirse para vaciar el saco creo que es la puncion, con tal de que no haya ninguna duda sobre la naturaleza del tumor, pues todos comprenden cuán grave y fatal error sería el de incindir, en lugar de un quiste hidatídico, un tumor canceroso, ó la misma vejiga de la hiel. Esto no puede ocurrir cuando el tumor hidatídico ha contraído adherencias con las paredes abdominales, como sucede muy á menudo en los casos de tumores antiguos y voluminosos. Antes, pues, de hacer la operacion será conveniente asegurarse de si existen ó no las deseadas adherencias, y para ello se hará, como dijimos ya en el capítulo sobre los abscesos hepáticos, una señal con tinta en el punto de las paredes abdominales á que corresponde el borde inferior del hígado, estando el enfermo en decúbito supino. Si esta viscera ha contraído adherencias con las paredes abdominales, su borde inferior deberá corresponder siempre á la señal trazada en la piel, sea cual fuere la posicion que adopte el enfermo; mas, si no hay adherencias, el hígado—tanto en los movimientos respiratorios como en todos los demas movimientos del cuerpo,—resbalando contra las paredes abdominales, hará que su borde inferior cambie de posicion á cada uno de dichos movimientos.

Hay además el peligro, aún cuando el hígado se adhiera á las paredes abdominales, de que la operacion dé lugar á una flogósis supurativa de la superficie interna del saco, la cual, si es muy abundante, puede agotar por completo las fuerzas del enfermo. Este hecho será de temer más cuando el tumor sea antiguo y voluminoso y el saco haya perdido casi toda su elasticidad. En este caso, el peligro no es ménos grave que el consecutivo á la abertura de un absceso voluminoso. Atendiendo á todas estas circunstancias, creo natural la pregunta de si conviene ó no, tanto en el caso de abscesos como en el de tumores hidatídicos del hígado, el abandonarlos á sí mismos y dejar que se abran espontáneamente.

Algunos autores creen que la electricidad puede detener el desarrollo de un tumor hidatídico, y que para ello basta aplicar á varios puntos de la hidátide algunas agujas en relacion con los polos de una batería eléctrica. No sé que nadie haya ensayado este método. (*Medical Gazette*, 9 Octubre 1846, pág. 643.)