

roduccion de estas larvas á través de nuestros tegumentos, hecho reconocido hoy para la ténia, la ascáride lumbricoide, el tricocéfalo.»

La analogía que existe entre la cabeza de una ténia y la del equinococo de las hidátides, ha hecho suponer que las hidátides no eran sino embriones de ténia extraviados, y que no habian alcanzado sino un desarrollo incompleto. Tal es la opinion de Siebold y de Kuchenmeister. Davaine no se somete enteramente á esta hipótesis, bien que dice «la analogía y la induccion permiten presumir que, en ciertas circunstancias, el equinococo se convierte en ténia, y que la hidátide primordial proviene de un embrión de esta ténia.»

Véanse, en efecto, las objeciones que se presentan. «En cuanto á saber si los equinococos del hombre pueden desarrollarse en sus intestinos y formar allí lombrices cestoides (ténia) de que está afectado, la negativa es cierta; porque el número y la dimension de los dientes del equinococo no se hallan en las lombrices cestoides del hombre; además, se han hecho con frecuencia experimentos directos y decisivos á la vista de médicos: se posee un gran número de observaciones de tumores hidatídicos abiertos en el estómago y en el intestino; los equinococos introducidos por millares en estos órganos hubieran crecido si allí hubiesen encontrado las condiciones propias para su desarrollo, y la existencia de un gran número de ténias consecutivo á la abertura de un tumor hidatídico en el tubo digestivo no podria pasar desapercibido por los enfermos y por los médicos (1).

Aunque la cuestion de trasformacion de las hidátides en ténias y recíprocamente no esté aun resuelta, ello es lo cierto que las hidátides provienen del exterior, y no son el resultado de una generacion espontánea.

### § III.—Síntomas.

*Invasion.*—Esta enfermedad empieza casi siempre de un modo latente, y solo se revela su existencia cuando se halla ya en una época bastante avanzada. Es verdad que en cierto número de individuos se observan síntomas diversos que tienen principalmente su asiento en las vias digestivas; pero por lo comun es imposible saber todavía cuál es el órgano afectado.

*Síntomas.*—En el mayor número de casos, cuya proporcion exacta no nos es posible indicar, existe un dolor, ó á lo menos una molestia y un peso incómodos en el hipocondrio, en el epigástrico ó en ambos puntos á la vez. Cuando la afeccion ha hecho considerables progresos y ha llegado á lo que se ha designado con el nombre de *segundo periodo* de la enfermedad, puede haber un dolor vivo en

(1) Davaine, *Compt. rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie.* Paris, 1856, 2.<sup>a</sup> série, t. II, p. 169.

cierto número de casos; pero como dice el doctor Barrier, tal vez se debe referir, mas bien que á los progresos de las hidátides, á los cambios que se efectúan en la sustancia hepática que las rodea, y lo que prueba la verdad de esta asercion es que es muy raro que el dolor vivo llegue á hacerse permanente, y por el contrario su carácter es presentarse por intervalos para ser sustituido al cabo de un tiempo mas ó menos largo por la incomodidad y el peso que existen de un modo continuo. Hay sin embargo una circunstancia en que el dolor agudo se hace permanente, y es cuando llega á formarse la supuracion en el quiste; pero entonces la afeccion toma los caracteres de un verdadero absceso, y presenta casi completamente los síntomas de una hepatitis aguda. Finalmente, las peritonitis parciales, de que aparecen vestigios despues de la muerte en las falsas membranas que unen al hígado con la pared abdominal, pueden hacer que la enfermedad sea sumamente dolorosa.

Quando el dolor llega á tener cierto grado de agudeza, suele por lo comun exacerbarse por los grandes movimientos respiratorios, los esfuerzos de tos, el estornudo y los movimientos extremados del tronco. Algunas veces hay *irradiaciones dolorosas* espontáneas que se estienden por el abdomen, al pecho y aun hasta el hombro, cuyas irradiaciones dependen tambien de las diversas alteraciones que se han efectuado en el hígado y en sus inmediaciones.

La simple posicion puede aumentar mucho el dolor, y se ha observado que cuando las hidátides ocupan el lóbulo derecho del hígado, los enfermos adoptan mas bien el *decúbito* sobre el lado derecho que sobre el izquierdo, y que sucede lo contrario cuando la afeccion ocupa el lóbulo menor. No obstante, por lo general prefieren los enfermos la posicion supina.

En algunos casos, dice Barrier, el dolor y la incomodidad son *mayores por la noche que durante el dia*, lo cual en mi juicio no depende tanto de una influencia *sincrónica* como de la posicion horizontal del cuerpo que hace mas penosa la accion del diafragma durante la respiracion que en la estacion vertical.

El *aumento de volumen del hígado* y la *figura particular* que adquiere este órgano son signos que importa mucho considerar. Este aumento se hace á espensas del pecho ó del abdomen, algunas veces en las dos direcciones; y al mismo tiempo la glándula pierde su forma normal. Sus límites apreciables al tacto y á la percusion pueden extenderse hácia arriba hasta la segunda costilla, hácia abajo hasta la cresta iliaca; de suerte que el tumor ocupa la mayor parte del lado derecho del tórax, ó de la cavidad abdominal, echa hácia el exterior la pared del vientre, lo mismo que las costillas, y llena los espacios intercostales, de manera que se hace aparente á simple vista. Esta es una deformidad que Frerichs ha observado, y cuyo diseño damos aquí (fig. 28).

El borde del hígado sobresale de las costillas falsas hasta el punto

de llegar á veces al ombligo y aun mas abajo, y en los casos en que hay varios tumores hidatídicos, la superficie accesible á la pal-

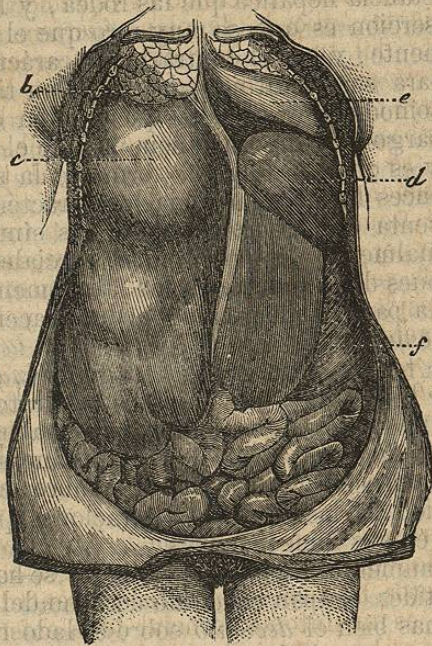


Figura 28.—Mudanza de sitio de los órganos torácicos por consecuencia de equinococos del hígado.—b. Diafragma remontándose hasta la segunda costilla derecha.—c. Quiste hidatídico.—d. Bazo.—e. Corazon.—f. Estómago.

(Frerichs, fig. 106.)

cion, y presentan una circunstancia que es preciso notar con cuidado, cual es el modo de relacionarse el tumor con las costillas falsas. En efecto, como las colecciones hidatídicas se elevan á mayor ó menor altura en el cuerpo del órgano, de aquí resulta que palpando con atención se observa que se insinúan por debajo de las costillas falsas.

Por la *percusión* se puede notar en primer lugar el desarrollo del hígado por el lado de la cavidad torácica, y en segundo lugar un ruido particular que se percibe en algunos casos y al cual se ha dado el nombre de *ruido hidatídico*. Segun Barrier, rara vez se produce este ruido, y en efecto, es muy cierto que en algunos casos de hidátides bien caracterizadas, la percusión hecha todo lo metódicamente posible no ha podido apreciar este ruido particular; y no es menos verdadero que cuando existe conviene observarle con mucha detención. En un sugeto que presentaba un enorme tumor que subia,

se encuentra *abollada* y presenta una *renitencia elástica* en las diversas partes prominentes. Al contrario, otras veces se halla un tumor único y en ocasiones perceptible á la simple vista.

*Tumores*.—Estos tumores que ocupan el epigastrio ó el hipocondrio derecho ó las diversas partes de estas dos regiones, son redondeados, á veces aplanados, por lo comun lisos y regulares, y en algunos casos abollados y desiguales. Cuando un tumor ocupa el epigastrio parece algunas veces bilobulado, efecto de la línea blanca que deprime su parte media (Barrier). Estos tumores por lo comun bien circunscritos, y á veces sin límites exactos, son notables por su renitencia y elasticidad; la *fructuacion* es siempre en ellos oscura á causa de su gran ten-

por una parte, hasta la segunda costilla derecha, y que bajaba, por otra parte, hasta la cresta iliaca, hemos percibido el estremecimiento hidático de la manera siguiente: aplicada de plano fuertemente la mano á la parte mas saliente del tumor, percutimos fuertemente sobre el dedo medio, y el *estremecimiento se hacia sentir en la palma de la mano*; de ninguna otra manera se podia obtener. Este hecho no debe ser perdido para el observador. Se puede percibir el *estremecimiento hidatídico* cuando se comunican movimientos al tumor con objeto de apreciar la fluctuacion.

El doctor Guillemain, de Rombos (1), ha observado en un caso un *ruido particular* producido por unas constricciones dolorosas que sobrevenian en el tumor á cada veinte minutos próximamente. Este ruido, que se percibia sin necesidad de instrumento alguno y hasta á un pié de distancia, era un verdadero *retintin semejante á la crepitacion que produciria una porcion de granos de arena fina que cayesen en una copa de cristal*: era en fin el retintin metálico de las escavaciones del pecho, pero repetido al infinito. En el intervalo de estas constricciones solo se percibia como un temblor ó una vibracion, y al dia siguiente habia desaparecido completamente este ruido.

La *ictericia* es mucho mas rara en esta enfermedad que lo que algunos autores habian creido, puesto que de treinta y tres observaciones que ha reunido el doctor Barrier solo se ha presentado en siete, y lo que prueba que no es un síntoma esencial de la enfermedad, es que las mas veces solo se ha presentado de un modo transitorio, bien en el principio, ó durante el curso, ó tan solo hácia el fin de la enfermedad. Trousseau (2) aun indica otras dos causas para la ictericia: una seria la compresion de los conductos biliares por el quiste; la otra, mas rara pero de la cual el mismo autor cita dos ejemplos, seria el penetrar las hidátides en estos mismos conductos.

Tampoco son síntomas mas frecuentes que la *ictericia*, la *ascitis* y el *edema de las extremidades inferiores*, y hasta segun las observaciones de Barrier, son todavia mas raros, puesto que de cuarenta casos solo se ha observado una hidropesía en siete, siendo además digno de notarse que esta hidropesía solo se ha presentado en los últimos tiempos de la enfermedad. Nada se encuentra en los autores que pueda darnos á conocer á qué circunstancia particular se debe atribuir la existencia de la ascitis ó del edema.

En cuanto á las *vias digestivas*, aparecen á una época muy variable desórdenes que al principio consisten principalmente, en la *lentitud y dificultad en las digestiones*, y á veces en *náuseas, vómitos y diarrea*, fenómenos que nunca son constantes y que aparecen en épocas irregulares. Mas adelante el *apetito* está casi siempre dismi-

(1) Guillemain, *Note sur un bruit particulier, etc.* (*Gazette médicale de Paris*, 1847).

(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.<sup>a</sup> édition.

nuido ó hasta abolido, y la diarrea se hace frecuente ó continua. Las materias espelidas no ofrecen por lo comun nada de particular, pero algunas veces se encuentra en medio de ellas un número, en ocasiones muy considerable, de hidátides, unas veces enteras y otras rotas, ó mas ó menos alteradas por el trabajo inflamatorio que se ha efectuado en el tumor hidatídico, de lo cual se ha citado hace poco un ejemplo notable. En estos casos ha habido *rotura* de este tumor en el *intestino* y casi siempre en el *cólon*. Cuando el tumor se abre en el *estómago*, de lo que se han referido algunos ejemplos, los vómitos se hacen frecuentes y diarios, y entre las materias arrojadas se hallan igualmente entozoarios perfectamente manifiestos y acompañados á veces de una cantidad mayor ó menor de bilis. Por lo comun no se ha apreciado el estado de la *orina*.

En cuanto á la *respiracion* solo se observa una dificultad mas ó menos grande, una disnea en relacion con el desarrollo del volumen del hígado y la intensidad mayor ó menor del dolor, y así es que la *respiracion* empieza á hacerse penosa cuando la enfermedad ha hecho progresos considerables. Algunas veces se presenta una opresion manifiesta, á la que siguen pronto ataques de tos, y la expectoracion de cierta cantidad de hidátides que sobrenadan en el pus y en algunos casos en la bilis. Esto depende de la rotura del quiste hidatídico en el *pulmon* al través del diafragma, y cuando se verifica este accidente en la *cavidad de la pleura*, se observan los signos de una pleuresia sobreaguda, que por lo comun arrebatada prontamente al enfermo.

Durante mucho tiempo la *circulacion* no presenta nada notable, y solo hácia el fin de la enfermedad, cuando se inflama el tumor hidatídico ó sobreviene una complicacion cualquiera, el pulso se hace acelerado y por lo comun pequeño y débil. El *calor* está mas bien disminuido que aumentado, á menos que no haya una complicacion inflamatoria; y en cuanto al *enflaquecimiento* que en el principio es poco notable, puede ser bastante hácia el fin de la enfermedad para que los enfermos lleguen á un estado de marasmo, sobre todo cuando la diarrea se hace permanente.

#### § IV.—Curso, duracion y terminacion.

Las hidátides del hígado, lo mismo que la mayor parte de las afecciones crónicas y quizá aun mas, presentan alternativas manifiestas de exacerbacion y remision: sin embargo, debemos decir que los progresos son continuos aunque lentos, aun cuando parezca que se contienen algunas veces. Pero el curso de la enfermedad es muy diferente segun que se la examina en sus diversas épocas, lo que ha movido á los autores á dividirlo en dos periodos. En el *primero*, que por lo comun solo está caracterizado por un poco de incomodidad en el hipocondrio, diversos trastornos en la digestion y una tume-

faccion del hígado, que por mucho tiempo puede pasar desapercibida para el enfermo, los progresos de la enfermedad son sumamente lentos y se efectúan casi siempre de un modo regular. Por el contrario, en el *segundo* se observan el dolor mas ó menos agudo, la diarrea, el enflaquecimiento y algunas veces la ictericia y la ascitis; el curso de la enfermedad se hace rápido, y entonces es cuando sobrevienen las diversas roturas de que hemos hecho mencion antes de ahora, la inflamacion del quiste, la hepatitis circunyacente, y en una palabra, los diversos accidentes que dejamos indicados. De aquí resulta que este período presenta, mucho mas que el anterior, alternativas notables de mejoría y exacerbacion, hasta el punto que unas veces se puede creer que el enfermo está próximo á sucumbir, y otras parece que camina hácia la curacion.

La *duracion* es muy variable y puede ser muy larga, como resulta de las observaciones de Barrier, pues de veinticuatro casos que ha reunido este médico, solo en tres ha durado la enfermedad menos de dos años, y en los demás ha variado entre dos y treinta años; y si atendemos, no solo á estos hechos, sino tambien á otros en que se encuentra indicada la duracion de un modo bastante exacto aunque aproximativo, veremos que ha variado de dos á ocho años en la gran mayoría de casos. Los diversos accidentes que antes de ahora hemos indicado y las operaciones que se practican como un medio curativo, tienen necesariamente que abreviar mucho esta duracion, ya sea haciendo sucumbir á los enfermos, ya procurando una curacion mas ó menos pronta.

Barrier ha estudiado la *terminacion* con especial cuidado, y en efecto, es un punto de mucha importancia y merece que nos detengamos un instante. Este autor ha dividido en cinco categorías las causas de muerte en esta afeccion.

1.<sup>a</sup> En la primera se comprenden los casos en que la sola compresion ejercida por el tumor hidatídico sobre los órganos inmediatos, ha interrumpido las funciones lo bastante para ocasionar la muerte. Un caso que refiere Gooch y citado por el profesor Cruveilhier (1), parece es el único que puede admitirse como correspondiente á este género de terminacion.

2.<sup>a</sup> Otras veces la inflamacion invade el quiste y los enfermos sucumben lo mismo que en la hepatitis crónica.

3.<sup>a</sup> En otros casos hay rotura del quiste en el peritoneo ó en la pleura, bien de un modo enteramente espontáneo, ó durante un esfuerzo, á consecuencia de una caída, un golpe, etc., y entonces se desarrollan los síntomas de una peritonitis ó de una pleuresia sobreaguda que arrebatada prontamente á los enfermos.

4.<sup>a</sup> En otras circunstancias no ocasiona la rotura consecuencias tan prontamente funestas en razon á efectuarse en un órgano hueco

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, in-folio avec planches XII et XXII livraisons.

que expele al exterior la materia contenida en el quiste, pero se manifiestan síntomas crónicos. Así, cuando el tumor se abre en el intestino, hay una diarrea que nada basta á contener y que estenua al enfermo; si es en el estómago, aparecen síntomas de gastritis crónica y trastornos digestivos tan considerables, que no tarda el sugeto en pasar á un estado de marasmo; si la rotura se verifica en los pulmones, hay opresion, disnea y expectoracion purulenta; en una palabra, en cada uno de estos órganos, se desarrolla una inflamacion crónica sumamente extensa y que está sostenida por el paso continuo de las materias del quiste.

Algunas veces se rompe el tumor al exterior, lo cual no impide que sucumba el enfermo á consecuencia de la supuracion permanente y de la inflamacion del quiste.

5.ª Finalmente, en otras circunstancias hay hidátides en otros órganos y llegan á dificultar sus funciones, y á acelerar de este modo la terminacion funesta (Barrier). En un caso que refiere Aran (1), un tumor hidatídico eliminado por la supuracion del quiste, viene á colocarse en el conducto colédoco y determina la obliteracion de los conductos biliares.

Algunas veces la terminacion es favorable sin que se haya recurrido á una operacion, y así se citan algunos casos, aunque sumamente raros, en que un tumor que se ha considerado como una hidátide, ha terminado por aplanarse y desaparecer con todos los accidentes que ocasionaba; pero en primer lugar se suscita la duda de si realmente seria un tumor hidatídico, y en segundo si tal vez se habria efectuado su abertura en un órgano hueco y esta terminacion habra pasado desapercibida.

Por el contrario, la curacion por la expulsion al exterior de la materia contenida en el quiste, es un hecho perfectamente demostrado, y resulta de las observaciones que la mejor via de eliminacion es la abertura del quiste al través de la abertura abdominal, á la que sigue la rotura en las vias digestivas, y sobre todo en el cólon. Despues de varios accidentes, segun el punto en que tiene lugar la rotura, disminuye la expulsion de las hidátides, el hígado recobra sus dimensiones normales, y los sugetos pueden vivir todavía por mucho tiempo sin que vuelva á reproducirse la enfermedad.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Por lo comun se encuentra un número mas ó menos considerable de hidátides contenidas en una sola y única cavidad, y que tienen un volumen variable, puesto que unas no presentan el grosor de un cañamon, y otras son de la magnitud de una naranja gruesa y hasta de la cabeza de un feto de todo tiempo. En algunos casos raros

(1) Aran, *Union médicale*, 16 Diciembre 1851.

solo se ha hallado una hidátide única, que se ha designado con el nombre de *hidátide solitaria*.

Quando se estudia la estructura de las hidátides, y la manera como se comportan respecto al hígado, se ve que se componen desde luego de una envoltura, que circunscribe el quiste, al cual se ha dado el nombre de *quiste hidatídico*, y que está compuesto de una lámina externa con frecuencia muy gruesa, consistente, célulo-fibrosa, ó fibrosa, fibro-cartilaginosa, huesosa. Esta bolsa contiene, de manera que la llena completamente, una vesícula de apariencia gelatinosa, grisácea, formada de numerosas capas hialinas: esta es la vesícula madre del equinococo cuando ha alcanzado un grado de desarrollo considerable. En el interior se halla un líquido, claro como el agua, en el cual están nadando un gran número de vesicu-



Figura 29.—Equinococo.—A. Pared homogénea blanca, opalina, gruesa, temblorosa, que envuelve la membrana madre de los equinococos.—B. Membrana madre á cuya superficie están adheridos los equinococos.—C. Equinococos adheridos á la membrana madre. (Bouchut.)

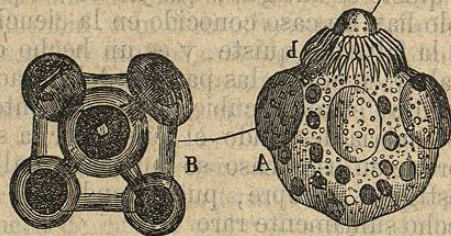


Figura 32.—A. Equinococo libre de cuerpo esferoidal, largo de 0mm, 2 á 0mm, 25 cuando la cabeza está dentro; 0mm, 3 si ha salido.—B. Corona de dientes alrededor de la cabeza.—C. La misma, vista aparte.—D. Cabeza vista boca arriba con las cuatro ventosas. (Bouchut.)



Figura 30. Ganchos libres. (Bouchut.) Figura 31.—Equinococo libre, engruesado. (Bouchut.)

las de un volumen variable (fig. 29); algunas de estas vesículas, sobre todo las mas pequeñas, están fijadas á la vesícula madre. Su

grosor varía desde el de un grano de mijo, hasta el de un huevo de pato, y su número es frecuentemente muy considerable. Algunas de estas vesículas contienen á veces otras pequeñas, que pertenecen á una tercera generacion. En la cara interna de estas vesículas, un exámen atento hace descubrir pequeñas granulaciones blancas, reconocibles al exterior por su transparencia, que no son mas que la ténia equinococa misma. Este parásito tiene de largo 2 á 3 décimos de milímetro, su cabeza está provista de cuatro ventosas y de un pico cercado de una corona de dientes (fig. 30 y 32). La cabeza del animal está separada del cuerpo por un surco, y presenta en su extremidad posterior una depresion umbilical, en la cual se inserta un cordoncillo, que fija el animal á la cara interna de la vesícula (figura 31).

No es esta la sola forma bajo la cual se presentan los equinococos. Así, Frerichs cita casos en que la vesícula madre no contiene vesículas de segunda generacion, y en las cuales se desarrollan los equinococos en su cara interna; en fin, los mismos equinococos faltan, y esta especie que constituye, por decirlo con propiedad, los acefalocistos de Laennec, ha sido considerada por Kuchenmeister como de hidátides estériles, y por Davaine y Laségue como un grado poco avanzado de su desarrollo.

La adherencia del quiste al tejido del hígado unas veces es floja y filamentosa, y otras tan sumamente apretada, sobre todo cuando el quiste es antiguo, que no se la puede separar del parénquima. Solo hay un caso conocido en la ciencia en el que se ha podido creer en la falta del quiste, y es un hecho que ha referido el profesor Andral, y en el que las paredes del hígado que formaban la cavidad hidatídica estaban cubiertas únicamente de una capa de pus concreto. ¿Se habria destruido el quiste por la supuracion? Difícil es creerlo, porque en este caso se hubieran hallado indudablemente algunos vestigios. Siempre, pues, tendremos que la falta del quiste es un hecho sumamente raro.

De este conjunto formado por el quiste comun, el líquido que contiene y las hidátides que sobrenadan en su interior, resulta lo que se ha llamado *tumor hidatídico*, que las mas veces es único aun cuando se pueden hallar varios en el interior del hígado. Algunos autores, cuyas observaciones ha reunido Barrier, han visto este órgano cubierto de los tumores de que nos ocupamos, pero el profesor Cruveilhier nunca ha hallado mas de cuatro.

En cuanto al volúmen de los tumores es muy variable: del tamaño algunas veces de un huevo, ó mas pequeños aun, pueden llegar á ser considerables para empujar el diafragma muy arriba hácia el vértice del pecho, y para hacer que baje el hígado hasta cerca de la fosa ilíaca.

El tumor es ordinariamente redondeado, está situado á mayor ó menor profundidad en el interior del órgano, y tiende á dirigirse

mas tarde hácia la superficie. Segun las investigaciones de Barrier, las hidátides ocupan con mucha mas frecuencia el lóbulo derecho que el izquierdo del órgano.

En las inmediaciones del tumor el hígado se presenta mas denso, de color mas leonado que en el estado normal, y por la comun se encuentra atrofiado su tejido por efecto de la compresion. Las vias biliarías se hallan casi siempre sin alteraciones.

### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Antes de entrar en el *diagnóstico* diferencial creo debo hacer el resumen de los signos positivos que tambien ha presentado Barrier. El diagnóstico positivo debe buscarse en la naturaleza de los dolores, que por lo comun son durante mucho tiempo sordos, oscuros y profundos; en la ictericia y la ascitis, que raras veces se desarrollan, sobre todosi no hay complicaciones, y en la aparicion en la region del hígado, algun tiempo despues de la invasion de los dolores, de un tumor duro, elástico, renitente, redondeado ó aplastado, rara vez abollado, circunscrito, indolente ó poco sensible á la presion, y con fluctuacion mas ó menos difícil de apreciar.»

¿Con qué afeccion se pudieran confundir ahora los tumores hidatídicos? Hallamos primero *abscesos*; pero el curso de la enfermedad en la *hepatitis aguda*, el dolor notablemente mas intenso desde el principio que en las hidátides, la ictericia y la fiebre facilitan la formacion del diagnóstico. En los casos de *hepatitis crónica*, este diagnóstico es mucho menos seguro, y no es posible dudar que se han cometido con frecuencia errores que son por otra parte bien disculpables.

El *estremecimiento* y el *ruido hidatídico* ¿son signos de mucha importancia? Ya hemos dicho antes de ahora que solo se los ha podido apreciar en un corto número de casos, y por otra parte se han citado observaciones de abscesos que presentaban una configuracion particular, en los que se ha percibido un ruido y un estremecimiento análogos. Resulta, pues, que no se debe esperar bajo este concepto sacar grandes luces de la palpacion y de la percusion en la mayor parte de los casos, pero á pesar de todos los motivos de duda que acabo de indicar, si existen el estremecimiento y el ruido hidatídico, tenemos en esta circunstancia un signo útil para el diagnóstico.

Un *tumor biliar*, es decir, formado por la dilatacion de la vejiga de la hiel, podria confundirse con un tumor hidatídico; pero me reservo ocuparme de este diagnóstico en uno de los artículos siguientes en que trataremos de esta especie de tumores.

Los *tumores cancerosos del hígado* han podido tomarse algunas veces por una afeccion hidatídica; pero claro está que solo presentará este diagnóstico dificultades bastante grandes en la época en que