

Santiago, noviembre 31 de 1875.

La comision examinadora ,acordó publicar la presente memoria.

Wenceslao Diaz,  
Secretario interino.

---

*PATOLOGÍA.—Ensayo sobre el estudio de quistes hemáticos.—Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de medicina, por don Federico Arnao.*

## I.

El tema objeto de mi memoria, que pretendo desarrollar, es difícil; i seria mas difícil aún, si mi pretension llegara hasta querer formar un capítulo de patología quirúrgica, i si de antemano no confiara en la benevolencia de la ilustrada comision que me escucha. Pero la dificultad misma de la materia i la semi-oscuridad que la rodea, ha tenido atractivos para mí, que desconfiaba de mis fuerzas, tanto mas débiles cuanto mas escasos son los recursos de investigacion científica de que podia disponer.

Mas, no tan solo por el cumplimiento de una fórmula reglamentaria, exigida al que quiere obtener un título universitario, sino mas que todo por el interés que para nosotros tiene la cuestion que abordo, es que he dirigido mi atencion al estudio de los *quistes hemáticos*. Interesante para nosotros es la cuestion bajo dos puntos de vista: 1.º por ser una afeccion comun en nuestro país, donde inutiliza i sacrifica algunos trabajadores; i 2.º por ser su estudio un campo mal cultivado por los hábiles maestros europeos, privados en su mayor parte de las observaciones suficientes para poder hacer su historia.

Los quistes hemáticos, producciones mórbidas incompletamente definidas i mal estudiadas en sus causas, en su patojenia, en su sintomatolojía, pronóstico i tratamiento, pueden clasificarse, segun la relacion de causa i efecto, en dos grupos principales: (a) espontáneos i producidos sin violencia exterior; i (b) consecutivos a un traumatismo cualquiera.

Aceptando la clasificacion, apenas enunciada, de algunos autores, tendríamos variedades dependientes, no de la naturaleza de la afeccion, sino del asiento i de su origen hemorrájico; pero esta clasificacion es inadmisibile i errónea, puesto que se funda únicamente en que ha habido sangre atravesada acumulada, sin dar ninguna importancia al modo de acumulacion ni a los fenómenos que pueden desarrollarse en la sangre en semejantes condiciones. Así, no encuentro razon alguna fundada para conservar la denominacion de hematomas a los derrames sanguíneos falsos o verdaderos en las cavidades o tejidos subserosos (hematoma de las sinoviales, hematoma subpleurítico, retro-uterino, etc.); porque un hematoma es un quiste, i un quiste, en su significacion científica es «una bolsa o membrana sin abertura, accidentalmente formada o anormalmente desarrollada en el seno de nuestros tejidos, i que encierra productos diversos» (Houel), líquidos o semi-líquidos.

Fundado en esta definicion jeneral de quistes, no me ocuparé sino de los hematomas verdaderamente tales; es decir, de sacos cerrados completa i anormalmente formados, conteniendo sangre, en diversos estados de composicion i organizacion.

Podria fundarse una clasificacion en la terminacion de la evolucion que sufre una masa sanguínea enquistada, pero no lo haremos hasta tener un conocimiento mas cabal del asunto, cuyo estudio ensayamos por ahora.

## II.

Antes de entrar en materia no está demás indicar a la ligera las influencias que actúan en nuestro territorio sobre las afecciones del sistema circulatorio.

La frecuencia, aterradora ya en nuestro país, de las enfermedades del corazón i sus vasos, ha sido interpretada i esplicada por muchos o casi todos nuestros profesores como el resultado de la naturaleza misma de nuestros climas, tan variados i variables. Satisfactoria ha sido hasta hoy esta etiología empírica, si podemos espresarnos así, i jeneral para casi todas las enfermedades que parecen propias de nuestro país i para las modificaciones que otras experimentan. Sin dada alguna que muy grande es la influencia que los climas ejercen sobre todas las enfermedades, del mismo modo que la topografía, composición de los terrenos, etc.; pero hai otro orden de influencias mucho mas poderosas quizás, bien estudiadas i que entre nosotros son las que debieran formar las mas importantes páginas de la patología nacional. Nos referimos a los hábitos, a las condiciones de vida, a las costumbres, a los trabajos de nuestro pueblo.

El abuso, constituido en hábito, de licores mal preparados i bebidos a toda hora, la mala alimentacion de nuestros trabajadores, sus habitaciones húmedas i sin ninguna condicion hijiénica, como así mismo los lugares donde trabajan, el desaseo i miseria de sus vestidos i lechos, que para muchos es el suelo, sin mas cobertores que negras nubes en el invierno i un cielo que nada abriga en las demás estaciones; tales son, con muchas otras parecidas, las causas principales de las arteritis i sus consecuencias (infiltraciones). I me fijo únicamente en estos estados de las paredes vasculares, porque es de ellos que derivan como una consecuencia las producciones quísticas hemáticas en la mayoría de los casos, como trataré de demos-

trarlo en la anatomía patológica de dos casos que he observado, i en la etiología que paso a desarrollar.

### III.

Desde los 35 años para adelante, las perniciosas influencias que dejo apuntadas, son casi las únicas causas de la arteritis deformante i de las infiltraciones grasosas i calcáreas de las tunicas vasculares. La vejez por sí misma, determinando un desorden nutritivo en todos los órganos, predispone i ocasiona esta alteracion estructural de las tunicas. Semejante desorden hace los tejidos friables e incapaces de resistir violencias, sea exteriores, sea orijinadas por la tension de los líquidos o productos orgánicos que ellos encierran.

Una contusion, una conmocion, una compresion cualquiera en estas circunstancias, tienen como consecuencia lójica la ruptura mas o menos grande de los vasos sanguíneos, e inmediatamente una salida de sangre, mas o menos abundante, segun la estension de la ruptura, las *propiedades coagulantes* de la sangre i la rejion o los tejidos en que los derrames se efectúan. Del mismo modo, tambien un desequilibrio motivado por cualquier causa, entre la resistencia de los vasos i la tension de la columna sanguínea, determina estravasaciones pequeñas o abundantes en relacion con las condiciones ante dichas. Este desequilibrio es casi constante en la endoarteritis crónica; i es debido a que el calibre de los vasos disminuye i, siendo la misma la cantidad de la sangre, se hace mayor ahora que antes, relativamente a la capacidad, disminuida por las rugosidades de la túnica interna i por las capas de fibrina que sobre ellas se depositan.

Pero roto el vaso i atravesada la sangre, la formacion del quiste no se efectúa sin otras circunstancias que es necesario e indispensable tomar en cuenta. En primer lugar debemos señalar un estado particular de la sangre en

las personas que padecen de alteraciones orgánicas de su sistema circulatorio, pues tiene propiedades coagulantes exajeradas en estos casos. Estas propiedades no pueden ponerse en duda, propiedades que la hacen aptas para enquistarse, como hemos podido apreciarlo experimentalmente en uno de los casos que relatamos. No alcanzó a correr ni una gota de sangre durante maniobras ejecutadas en el interior de una cavidad que se habia formado en la rejion inferior del muslo de un enfermo, i que habia estado llena antes por una enorme masa. Ea 24 horas notamos trasformaciones sorprendentes en uno de los coágulos que llenaron entonces esa cavidad; i en 48 horas podíamos ya llamar un quiste sanguíneo a este coágulo.

Otra condicion necesaria para el enquistamiento de la sangre, es que la rejion en que se extravasa sea compuesta de tejidos fibrosos i resistentes, que no se dejen infiltrar fácilmente. Puede así acumularse en una cavidad, que el mismo líquido forma, rompiendo i destruyendo esos tejidos, o separándolos i rechazando los órganos circunvecinos que jeneralmente se alteran en sus funciones i composicion.

Aquellas cualidades anormales i nuevas del líquido sanguíneo, que indicamos como primera i a veces única condicion de su enquistamiento ¿son primitivas, simultáneas o consecutivas a la alteracion de los vasos? Es indudable que una modificacion de la crásis sanguínea tendrá como consecuencia una alteracion en la nutricion de nuestros tejidos; i que una alteracion en éstos puede efectuarse antes de la alteracion del líquido nutritivo, secundariamente modificado por esa alteracion. En la cuestion propuesta puede despejarse fácilmente la incógnita: las causas de las degeneraciones vaculares son suficientes para alterar i alterar profundamente la composicion del líquido sanguíneo; las consecuencias de esta alteracion sanguínea se hacen una nueva causa de alteraciones mayores i mas profundas, pues las modificaciones sufridas por el epitelium de la

tánica interna de los vasos, produce, como dice Jaccoud, por las modificaciones de sus propiedades vitales, profundas alteraciones en las cualidades i composición de la sangre. Juzgadas las causas en su mayor parte, i de un modo jeneral la patojenia de las extravasaciones sanguíneas que han de constituir un quiste hemático, réstanos aón estudiar el mecanismo mas avanzado de su formacion, al mismo tiempo que otras causas que pueden desarrollar tambien estas producciones.

(a) ¿Qué sucede cuando una extravasacion sanguínea tiene lugar a causa de la ruptura espontánea de las paredes dejenaradas de un vaso? Tal es la primera cuestion patojénica que es menester resolver.

Tres fenómenos pueden tener lugar: o la sangre se derrama i se infiltra en los tejidos, o se acumula en una cavidad que ella misma se ha formado. o llena una cavidad natural. El primer fenómeno no nos importa en el presente estudio, i sobre el último solo diremos muy pocas palabras.

Para que el segundo fenómeno se presente, se necesita que los tejidos que circunscriben al derrame sean poco aptos para ser infiltrados, o que, siéndolos, la sangre tenga propiedades nuevas que se opongan a esa infiltracion. En ambos casos la ruptura del vaso jeneralmente es transversal i la abertura es de bordes irregulares que limitan pequeños coágulos que flotan en medio de la corriente que se escapa. La irregularidad de estos bordes puede desde luego explicar la tendencia de la sangre a la coagulacion. Una cierta cantidad de liquido ha salido, pero en los bordes de la abertura la sangre al pasar ha depositado fibrina que en un momento dado es suficiente para oponerse a que continúe la extravasacion. Se forma un verdadero tapon fibrinoso que es reforzado por la misma sangre salida, que deposita parte de su fibrina sobre él i sobre la pared esterna del vaso bañado por el derrame. El derrame así separado de la corriente sanguínea, ejerce presion

sobre los tejidos que ha separado o destruido, i todas las partes que lo limitan. Los elementos de estos tejidos limitantes oprimidos i rechazados se condensan, se aplastan i unen mas íntimamente; estado nuevo que, efectuado en todos los elementos que rodean la periferie del derrame, llega a constituir con ellos, en semejantes condiciones, una membrana limitante resistente i de mallas apretadas que se opone mas todavía a la infiltracion.

Las partes vecinas se resienten en cierta estension de la presion que resulta de la presencia de un cuerpo en condiciones estrañas desde este momento, presion i presencia que ocasionan por irritacion mecánica un desórden nutritivo, que desde una débil reaccion inflamatoria puede llegar al mas alto grado de la inflamacion.

Este desórden por exajeracion de la nutricion de una parte, i los fenómenos que se desarrollan en la masa estravasada de otra, dan lugar a nuevos i mas complicados fenómenos que trabajaremos por explicar.

La sangre estravasada, que encierra todos sus elementos normales componentes, se encuentra en condiciones i en medios muy distintos de aquellos en que se hallaba cuando circulaba en sus vasos: sin movimiento, encerrada en un saco i en contacto con tejidos que no son la túnica interna de los vasos i rodeada por un proceso inflamatorio después de haber atravesado una abertura cuyo modo de ser ha cambiado de cualidades físicas i aún químicas, alteradas ya por las modificaciones orgánicas i fisiológicas de las paredes vasculares que antes la contenian. Un cuerpo nuevo nace como resultado de estos cambios: la *fibrina*, que se precipita, i empapada de serum, aprisiona los glóbulos rojos i blancos de la sangre, forma el *coágulo*. Pero este coágulo no es un cuerpo muerto i estraño absolutamente al organismo, como lo quieren Houel, Billroth, etc., ni una sustancia completamente viva, como lo consideran tantos otros (Virchow, Robin, etc.): es un cuerpo con cualidades estrañas i él

misimo evidentemente extraño al organismo, pero que posee elementos, jérmenes de vida susceptibles de transformaciones i cambios vitales, i que pueden ponerse en comunicacion con los elementos vivos del organismo por medio de fenómenos fisico-químicos vitales.

La fibrina se precipita en parte sobre las paredes del saco, resultado de la condensacion celular del tejido circunvecino, cuyo espesor aumenta; i el resto de la masa contenida se hace glutinosa, blanda i como jelinosa. Los glóbulos rojos que encierra se alteran, se despojan de su materia colorante, que se disuelve en el serum; i los glóbulos blancos aumentan de volúmen i número, se multiplican, cambian de forma, se alargan, se reúnen unos con otros i están animados de un movimiento amiboideo que del centro los lleva a la periferia.

De este modo tenemos ya una cavidad constituida por un saco sin abertura i conteniendo una sustancia blanda, el coágulo, en estado de transformacion orgánica; pero tanto el saco como su contenido son estados transitorios, pasajeros, que han de sufrir transformaciones de toda especie antes de ser un quiste definitivo.

Un cambio de elementos se efectúa entre los del coágulo i los del tejido circunvecino, asiento de un movimiento nutritivo exajerado i alterado; cambio de elementos que se hace a través de las cédulas condensadas i de la fibrina que han formado el saco. Los glóbulos blancos, capaces de vivir i transformarse, hallan en ese cambio todos sus elementos de vida; pues al mismo tiempo que el serum del coágulo filtra a través del saco en virtud de la fuerza osmótica ayudada por la retraccion de toda la masa, pasa al interior de ésta el líquido nutritivo que está en exceso en la vecindad.

Los glóbulos rojos descoloridos ya e inaptos para continuar viviendo se transforman en sustancia amorfa i en sustancia gránulo-grasosa, que pasa al torrente por la ab-

sorcion de los vasos, mas numerosos ya de la periferia de quiste.

La sustancia colorante, hecha soluble en virtud de modificaciones químicas que ha sufrido, suele desaparecer por absorcion. Otras veces queda teniendo la sustancia del quiste durante un tiempo indeterminado, i la parte central de dicha sustancia se observa reblandecida o semilíquida i rojizo-oscuro, lo que es debido a la menor o ninguna vitalidad que esta parte tiene, mui al contrario de lo que se ve en las capas periféricas, donde un verdadero movimiento de asimilacion o desamilacion se efectúa.

Lo organizacion en las partes periféricas del coágulo se hace, pues, por medio de las células blancas que en medio de la fibrina dan a ésta los nuevos caractéres que posee, mui diferentes de los que tiene la que ocupa las partes centrales. Dichas células se multiplican i en union de las venidas del organismo (las migratorias de Reckinghausen, células plasmáticas de Virchow) determinan el trabajo de organizacion.

Desde este momento el quiste tiene derecho de domicilio en el organismo.

(b) Cuando una violencia exterior, una conmocion, una contusion directa sobre una rejion dada o un traumatismo mayor hiere una rejion cualquiera, i cuando al mismo tiempo existe en los vasos una alteracion de su estructura, los mismos fenómenos ya descritos se desarrollan i el mecanismo de las formaciones quísticas es idéntico.

(c) Ahora, cuando por estas mismas causas o una herida cualquiera que alcance hasta los vasos completamente sanos, se produce su ruptura, lo mas comun es que un equimosis sea el resultado final. La sangre se infiltra en el tejido celular; experimenta transformaciones regresivas en sus elementos celulares que son recojidos, reabsorbidos por los vasos nutricios de esas partes. Las distintas coloraciones que manifiesta la piel equimosada nos señalan las diversas modificaciones del líquido infiltrado.

El fenómeno es bien conocido i suficientemente explicado para que sin ningun inconveniente pasemos rápidamente sobre él.

Si la sangre llegara a reunirse en una cavidad, lo que sucederia va a tratarse en la cuestion que sigue.

(d) ¿Por qué mecanismo los aneurismas falsos pueden orijinar un quiste hemático? Tal es la cuarta i última cuestion patojénica que trataremos de resolver.

Si recordamos, aún a la lijera, el modo de formacion de estos aneurismas, la cuestion se simplifica mucho i su solucion se hace sencilla.

Una herida incompleta i de pequeñas dimensiones de un vaso, después de dar paso a cierta cantidad de sangre que se acumula, ya en la vaina del mismo vaso o en los tejidos que atraviesa, puede cicatrizarse o no.

En el primer caso, al mismo tiempo que se hace la cicatrizacion, la sangre se reabsorbe o se enquistas por el mecanismo que dejamos explicado en (c); pero suele suceder que la cicatriz se distiende hasta que llega un momento en que es incapaz de resistir la presion intravascular, i una pequeña ruptura de las tunicas arteriales resulta de dicha distension. La sangre se derrama i queda limitada por un saco formado a espensas de la túnica celulosa i en comunicacion con el torrente circulatorio: un aneurisma traumático consecutivo es lo que tenemos.

En el segundo caso, cuando la cicatrizacion de la ruptura del vaso no se efectúa, el saco aneurismático existe desde el principio, formado por la túnica celulosa i tejido celular vecino, en comunicacion directa con la corriente sanguínea; o bien este saco es formado por los tejidos circunvecinos como en (c): el aneurisma así constituido es el falso primitivo.

En ambos casos la cicatrizacion de la herida vascular puede efectuarse mas tarde, en un tiempo mas o menos largo. En el aneurisma falso consecutivo, pasado algun tiempo i en virtud de la lentitud con que la sangre circula

en el saco a causa de la pequeñez de la abertura de comunicacion i de su disposicion, sucede casi siempre que la fibrina pierde su solubilidad mas rápidamente que en cualquier otro aneurisma. Se precipita i en muy poco tiempo tenemos la cavidad aneurismática disminuida, al mismo tiempo que la comunicacion se estrecha por la obstruccion que en ella determinan las capas fibrinosas.

En el falso primitivo la coagulacion de la sangre, desde el principio contenida en un saco abierto, no se hace esperar. La comunicacion tambien aquí se obstruye por la fibrina precipitada, cuya organizacion tiene los mismos caracteres i marcha de un coágulo alojado en el árbol circulatorio. Para que esta terminacion del aneurisma tenga lugar, se necesita que los tejidos circunvecinos se opongan a la distension del saco i que la abertura de comunicacion sea pequeña.

En el cerebro es innegable que los quistes que observamos, resultado de hemorragias, reconocen en su mayor parte, como causas, ya los aneurismas falsos disecantes (ectasia disecante), ya los miliars de Bouchart i Charcot (ectasia ampular de Virchow.)

El mismo proceso que se verifica en el cerebro tambien puede observarse en los miembros, sobre todo en las piernas.

#### IV.

Los caracteres microscópicos se presentan variados a la observacion, segun la edad del quiste, segun el número, las modificaciones que puede experimentar, las alteraciones que su presencia haya producido i sus terminaciones. A estas mismas consideraciones están tambien sujetos sus caracteres microscópicos.

Fuera del cerebro i en medio de algunas neoplasias, es muy raro encontrar uno solo de estos tumores aislados. Jeneralmente su produccion es múltiple, i así se observa

en los muslos, cuando su causa no está ligada a traumatismos violentos, i sí a enfermedades arteriales.

Al principio tienen superficialmente una coloracion rojo-oscuro, proveniente de la infiltracion del saco por la sustancia colorante, alterada ya, de la sangre derramada. Blandos i fáciles de romper por una presion moderada, ningun ruido producen cuando se les corta con un escalpelo. Hecho esto, se ve bien, en un tiempo que varia de 24 horas a algunos dias, un saco que limita una sustancia rojiza unas veces, negruzca otras, i otras veces descolorida con estrias rojas que parecen arborizaciones vasculares. El espesor de esta membrana varia desde un  $\frac{1}{4}$  de milimetro a 1 i 2 centímetros, pero no es igual en todas sus partes; i el contenido es muy blando, un poco glutinoso i se desmenuza muy fácilmente apretándolo entre dos dedos. A veces este contenido nada en un líquido coloreado, que no es otra cosa que el serum sanguíneo; pero es entonces mas resistente i menos coloreado.

Cuando ha pasado algun tiempo, (1 año, por ejemplo), o se presenta el quiste bajo la forma i apariencia de un fibroma con todos sus caracteres físicos exteriores, o tiene todas las cualidades de un quiste seroso.

En el primer caso, el tumor es de un blanco mate, resistente, de aspecto fibroso, que al corte de un escalpelo da el mismo ruido que produce un fibroma; pero el contenido se aísla con la mayor facilidad del saco, es muy friable, se desmenuza sin dificultad entre los dedos i es de apariencia fibrinosa. En el segundo, el tumor es fluctuante, i roto el saco, sale un líquido claro, transparente o turbio, mas o menos espeso, que tiene a veces en suspension granos albuminosos o cuerpos fibrinosos. Esta variedad se observa en el cerebro, como terminacion de las hemorragias de esta rejion, i tambien en el interior de muchos tumores.

Sucede a veces que en una misma rejion se ven estas dos variedades, como así mismo en medio de masas neoplásicas se encuentran sacos quísticos conteniendo una

sustancia líquida a veces o semi-líquida otras, de color rojo oscuro que parece sangre recién estravasada o recién coagulada. Es a éstos exclusivamente a los que Billroth llama quistes hemáticos.

Los músculos i tejidos circunvecinos suelen hallarse mortificados, destruidos en una estension variable, confundidos en una sola masa, de un color negrozco: putrefactos, en una palabra, cuando la supuracion se ha apoderado de la masa quística por la accion del aire, que ocasiona la ulceracion de la piel. Esta supuracion, que puede sobrevenir o existe siempre, tambien después de una abertura accidental o quirúrgica del saco, es sumamente rápida una vez que la accion del aire se ejerce sobre las producciones quísticas.

Sucede que muchos quistes se adhieren unos a otros, i todos juntos, comprimiendo las partes vecinas, se rodean de una membrana que los contiene i da a la masa el aspecto i las apariencias de un tumor abollado.

Los *caractéres microscópicos* se refieren al contenido, al saco i partes circunvecinas.

Después de pasado algun tiempo, se observa la fibrina dispuesta por capas concéntricas, que encierran glóbulos blancos, redondos unos, alargados otros; aislados i reunidos algunos ya i rodeados de sustancia amorfa, resultado de las alteraciones sufridas por los glóbulos rojos. Estos han perdido su sustancia colorante, han dejado de vivir i se han reducido a sustancia amorfa i gotitas de grasa que se distinguen bien al microscopio.

El saco está reducido a capas delgadas de fibrina que se presentan bajo la forma estriada, fibrilar; i apenas se conoce la parte que en su formacion tomará el tejido celular circunvecino. Sin embargo, puede notarse en él que sus elementos están aplastados, apretados los unos contra los otros i se ve que están recorridos por uno que otro elemento embrionario. Los capilares son el asiento

de una hiperemia, o ya se nota una infiltración por el exudato inflamatorio.

En una época mas avanzada de su formación, los mismos elementos embrionarios se observan en la capa interna del saco i las mas superficiales del contenido. El número de glóbulos blancos es mayor i la fibrina ha desaparecido en parte, interponiéndose la que queda, a la manera de un estroma, entre las células agrupadas i dispuestas en vetas. Los glóbulos rojos han desaparecido por completo, i la hematina, o ha desaparecido ya, o queda teniendo todos los elementos que encierra el quiste.

El saco es fácilmente aislable i solo pueden distinguirse sus capas por el exámen minucioso de las células que las constituyen. El tejido celular condensado está muy íntimamente confundido con la fibrina que lo tapizaba antes. Esta ha dejado de ser tal, i en su lugar existe un tejido conjuntivo bien formado, en cuyo interior se distinguen numerosas células embrionarias. Las células que limitan interiormente el saco tienen una forma poligonal, i su disposición todas las apariencias de un epitelio pavimentoso.

En un tiempo mas avanzado aún, la parte central del contenido es blanda, coloreada o no por la hematina alterada, i constituida por detritus de tejido conjuntivo i sustancia grasa. La parte superficial, delgada, es mas firme, constituida por corpúsculos conjuntivos i células alargadas que le dan el aspecto de tejido fibroso. Esprimido uno de estos quistes, da un líquido límpido, coagulable, muy parecido a la linfa plástica que barniza las heridas.

En un tiempo mas lejano todavía, el saco está formado de tejido cicatricial, i el contenido puede presentarse bajo tres formas.

(a) El reblandecimiento central ha invadido toda la sustancia del contenido, se resblandece mas i mas i queda reducido o a una papilla de color carmesí, oscuro generalmente, o a un líquido amarillento, albuminoso. En el

primer caso, la sustancia colorante de la sangre ha resistido a la reabsorcion i queda colorando el contenido reducido a detritus que tampoco ha podido ser reabsorbido, i de aquí que pasado mucho tiempo, se observe un saco bien formado encerrando una materia que tiene todas las apariencias de sangre recién extravasada. En el segundo, la reabsorcion se verificó perfectamente, i la capacidad del quiste se va llenando de líquido a medida que su contenido primitivo desaparece. Este líquido no es otra cosa que serosidad que ha filtrado a través de las paredes del saco. El mismo, dicen, puede reabsorverse a su vez.

(b) El reblandecimiento no ha continuado, i la organizacion completa de las capas periféricas, se ha efectuado. Observamos entonces que en el centro los fenómenos arriba descritos pueden verificarse, sobre todo el último; i tenemos así un quiste cuyo contenido es un tejido organizado, que encierra a su vez un líquido albuminoso.

(c) Este tejido, así organizado, puede i suele retraerse, como lo hace una cicatriz. Esta retraccion aumenta mas i mas, al mismo tiempo que el saco mismo experimenta igual fenómeno. I esto puede llegar hasta la desaparicion completa del quiste, quedando como resultado final una verdadera cicatriz.

En ninguno de estos tres casos hemos podido comprobar la presencia de vasos, i avanzamos por hoy, para demostrarlo mas tarde, que estas producciones están privadas de vasos nutricios i que su alimentacion se efectúa como la de los cartilagos i córnea. Ningun conducto vascular parece unir el continente al contenido, i si realmente es así ¿cómo admitir i cómo explicarse la circulacion en la masa enquistada? ¿Acaso como la del feto?

Cuando una causa cualquiera ha puesto estos coágulos en presencia del aire, la supuracion se apodera de aquellos cuya organizacion es poco avanzada i una verdadera putrefaccion se efectúa en los arrastrados por la supura-

cion. Los tejidos vecinos se inflaman i terminan tambien por supurar.

Respecto a la cuestion, tan discutida en un tiempo, de considerar estos derrames sanguíneos enquistados como el origen de muchos tumores malignos, casi nada tenemos que decir después de nuestra esposicion que, sino es exacta, es con todo el resultado de la observacion mas laboriosa. No concebimos el modo cómo un coágulo sanguíneo puede hacerse la causa de un cáncer encefálico, escirrosó, epitelial, melánico, etc. Uno de estos tumores si que puede ser el origen de un quiste hemático, i no es raro encontrarlo en su seno mismo; pero el quiste es debido a la ruptura de los vasos del tumor, cuyas paredes él mismo gasta, corroe, rompe, en fin, produciendo esas extravasaciones centrales que se han tomado como el núcleo productor del tumor.

Tampoco aceptamos en absoluto que un coágulo sea un cuerpo extraño al organismo, como lo seria una bala de plomo.

Es cuerpo en cuyo seno se desarrojan los fenómenos de la nutrición.

Hai veces, es cierto, en que ningun fenómeno vital se desarrolla, pero entonces desaparece este coágulo sin dejar ni señales de su existencia, como lo haria cierta cantidad de albúmina depositada en nuestros tejidos.

## V.

Los síntomas son jenerales i locales, pudiendo referirse los primeros a los de la infiltración grasosa o calcárea u otras afecciones del sistema vascular, que tengan por resultado debilitar la resistencia de sus paredes. Estos pueden ser considerados como los precursores de la enfermedad: son los anamnésticos, en que mas debe fijarse el médico.

Como la hemorragia es lo que primero tiene lugar para

que después se forme el quiste, sin dificultad se comprende que los síntomas jenerales variarán desde que el derrame se produce, según la región en que se efectúe. Así, cuando el quiste va a desarrollarse en el cerebro, lo primero que observamos son los síntomas de una apoplejía cerebral en todos sus períodos hasta su terminación por enquistamiento del derrame. Si esto va a suceder en otra región, que casi siempre es la parte interna e inferior de los muslos, los síntomas jenerales son tan poco manifiestos, jeneralmente, que muchas veces pasan completamente desapercibidos para el enfermo i el médico. Pero al hablar así no debe entenderse que los síntomas jenerales sean completamente nulos, porque es en los que pertenecen a la afección de que depende la hemorragia i el enquistamiento, donde hallamos muchas veces toda la luz suficiente para caracterizar la naturaleza del tumor que tratamos de conocer.

Dejaremos a un lado todo lo que se relacione con los quistes hemáticos cerebrales, cuyo diagnóstico puede hacerse por el conocimiento de la causa que ha producido la hemorragia cerebral; i solo nos ocuparemos de hacer el cuadro clínico de la afección al alcance de los medios quirúrgicos, tomando como modelo (sin apartarnos de nuestras observaciones) el quiste hemático que tiene su asiento en el muslo.

El primer síntoma que aparece súbitamente es una tumefacción que aumenta en intervalos de duración variable: días, semanas, meses. Una pequeña reacción inflamatoria suele observarse cada vez que el aumento se efectúa i que casi nunca es notado por el enfermo.

A la palpación i tacto se presenta bajo la forma de un tumor abollado que recuerda los cánceres i mas principalmente los tumores fibro-plásticos de Lebert (fusocelulares de Rindfleisch). A veces la fluctuación es sensible, lo que lo ha hecho confundirlos con los quistes serosos i melicéricos, abscesos, aneurismas, etc.

Sucede que auscultando sobre el tumor se oye un ruido de soplo, fácil de explicar por la disminucion del calibre del vaso en la parte comprimida.

No es raro tampoco encontrar la parte inferior del miembro enfermo con un edema considerable, que contribuye, por la dificultad que produce en la circulacion, a su enfriamiento. Este se observa sin edema tambien, pues es suficiente causa para producir dicho enfriamiento el entorpecimiento de la circulacion por la compresion que ejerce el tumor sobre los vasos principales. La diferencia de temperatura es notable en ambos casos, i la sensacion que producen los latidos arteriales es casi nula en el miembro afectado, cuando la enfermedad ha tomado algun desarrollo.

A veces el miembro se presenta mas delgado, atrofiado, i con la sensibilidad disminuida, siendo dolorosa casi siempre toda la rejion ocupada por el tumor. Este dolor varia de carácter, haciéndose insoportable cuando la supuracion, por cualquier motivo, se ha apoderado de la masa quística; i en este caso la piel se presenta tumefacta, enrojecida, amoratada, caliente, ulcerada en uno o varios puntos, i los ganglios situados por encima dolorosos e infartados. Este infarto ganglionar existe aún antes de desarrollarse un estado inflamatorio, agudo en los tejidos que alojan el quiste. Si a estos caractéres se agregan los de la ulceracion por donde sale el pus, los de esta misma sustancia, saniosa i fétida i mezclado con detritus orgánicos, i se agrega aún el aspecto caquético i el aniquilamiento del enfermo, la equivocacion con un cáncer es inminente, sobre todo ante las apariencias de úlcera fungosa i de bordes callosos que presenta. Pero aún el exámen local atento puede precavernos contra cualquier error, porque si nos fijamos mas en los bordes de lo que parece úlcera cancerosa, pronto reconocemos que esos bordes i la piel circunvecina son el asiento de un infarto producido por la absorcion de sustancias deletéreas que los va-

Los linfáticos arrastran hasta los ganglios que también se infartan. La piel no es callosa como pasa cuando los productos cancerosos han infiltrado entre el tejido celular, sino pastosa como sucede en las infiltraciones de ese mismo tejido por productos inflamatorios. Ahora el fondo fungoso de la úlcera desaparece en cuanto se dislocan los tumoreillos quísticos que cierran por detrás la perforación de la piel i que adquieren un color negruzco i rojizo por el contacto del aire; pues este agente, como hemos dicho, los altera profundamente i determina *rápidamente* su fusión purulenta.

Algunas veces los quistes se encuentran adheridos a los bordes de la perforación ulcerosa, i ésta tiene entonces mas apariencias de úlcera cancerosa; pero estas adherencias son sumamente flojas respecto de la fusión tan completa que existe entre los elementos de la piel i el cáncer.

A todos estos síntomas debemos prestar nuestra atención, pero con preferencia debemos estudiar los que nos suministre el exámen detenido del aparato circulatorio.

Casi siempre se hallará alteraciones de las válvulas cardíacas; i en las arterias una rigidez bien manifiesta junto con todos los signos de las degeneraciones de sus paredes que no necesitamos recordar en este trabajo. La temperatura desciende hasta 7° en toda la porción que está debajo de la región que ocupa el tumor en el miembro enfermo; i el pulso se observa pequeño, filiforme, imperceptible, como ya lo hemos dicho, debido todo a la compresión que sufren los vasos.

Un fenómeno nos llamará la atención siempre que examinemos un enfermo que lleva quistes hemáticos; cuando éstos se han ulcerado i comunicado con el aire la cavidad que los contiene; ya sea que se haya practicado una incisión o hecho una punción sobre la masa quística; ya sea que la comunicación se haya efectuado espontáneamente

i por ulceracion: es la rapidez con que la masa supura i se destruye al contacto del aire, mezclándose su detritus con el pus que se forma en gran cantidad. Es lo que distingue muy principalmente estos tumores de los fibro-plásticos que tambien supuran por el contacto del aire, pero sin destruirse tan rápidamente como los hematomas, que lo hacen en pocas horas. A esta supuracion del hematoma acompaña siempre la fiebre héctica, que arrebató a los enfermos, aún cuando se les cuidó con todo el esmero posible en una sala del hospital.

Tal es el cuadro sintomatológico, que a la Ejera i en resumen nos es dado formar del hematoma, procurando completarlo con las observaciones que a continuacion insertamos i que podemos asegurar hemos seguido con el mayor cuidado.

## VI

OBSERVACION 1.<sup>a</sup>—El 5 de julio de 1875 llegó a ocupar el número 38 de la sala de San Camilo, servicio del profesor doctor Rojas, un hombre del campo, de 59 años de edad, gañán, hijo de padres muy sanos i él regularmente constituido.

Cinco meses atrás, pasando un canal de 1 metro mas o menos de profundidad, i que llevaba un poco de agua, cayó al fondo donde había grandes piedras redondas, sobre el lado izquierdo. Inmediatamente sintió el dolor de la caída, pero pudo levantarse i continuar su marcha hasta su casa, notando sí su pierna izquierda pesada i un poco adormecida; mas, pasadas algunas horas, la pesantez del miembro aumentaba; notó una hinchazon en la rejion inferior, interna del muslo, que con rapidez se extendía hácia arriba. Usó como medicamento cataplasmas de linaza que le dieron algun alivio, disminuyendo la tirantez i peso; pero la tumefaccion léjos de disminuir parecia haber aumentado un tanto.

Continuó cuidándose por algun tiempo, mas, causado de

la rebeldía de su mal, abandonó toda curacion i se entregó, como antes, al trabajo i a su bebida habitual, el aguardiente. Así pasaron los días, hasta que en junio tanto se desarrolló la hinchazon que este hombre no pudo ya andar, i se resolvió entonces a buscar en el hospital un remedio para su enfermedad. De este modo llegó a Santiago, donde fué examinado por varios médicos en el hospital de San Juan de Dios. Distintos diagnósticos se hicieron i todos se fundaban en el asiento, la consistencia, la forma, etc., etc.

El día 29 de junio, i fundándose en que se trataba de un quiste seroso, se hizo una puncion con el trócar, por cuya cánula se derramó un líquido espeso, sero-sanguinolento e inodoro. En vista de este resultado, al día siguiente se abrió el esteaso saco que se suponía; pero apenas recorrió el bisturí una pequeña estension cuando salió por la herida un líquido espeso, negruzco i mezclado con detritus de tejidos mortificados.

El día 2 de julio fué examinado por nuevos facultativos. La herida, con sus bordes vueltos hácia afuera e infiltrados, blanquizeos i levantados, dejaba salir un líquido sanioso i fétido. En el fondo se observaban fungosidades que parecían ser las productoras de la exhalacion saniosa, i la herida parecía una úlcera situada sobre un tumor abollado, irregular, duro, doloroso i cubierto por piel amoratada i edematosa. Un cáncer esquirroso, ulcerado fué el diagnóstico que resultó del nuevo exámen.

Cuatro días pasó el enfermo con un tratamiento local que consistía en inyecciones fenicadas i cataplasmas laudanizadas.

Cuando llegó a la sala de San Camilo, el día 5 de julio, a los fenómenos que dejamos apuntados se agregaba un olor gangrenoso que exhalaba la herida. Tomados los antecedentes que dejamos espresados, e impuesto nuestro profesor de clínica esterna, doctor Rojas, de la diversidad de diagnósticos formulados, declaró no ser satis-

factorio para él ninguno. Por esclusion de todos ellos, i después de una brillante disertacion sobre tumores, concluyó por manifestar que de lo que se trataba era de un *sarcoma fuso-celular enquistado*.

En efecto, todo parecia ser una neoplasia de esta naturaleza: la forma abollada del tumor, que se esplicaba por el enquistamiento, siempre frecuente en esta clase de tumores, la rejion que ocupaba, la causa que lo produjo, la presencia del líquido extraído i esplicada por la formacion de *quistes serosos* (1) en el interior del fibro-plástico, la del líquido sanioso que se creyó fuera debido a la irritacion producida por la accion del aire i el traumatismo quirúrgico: todo, en fin, era el cuadro sintomatológico del tumor fibro-plástico de Lebert, i su estirpacion inmediata fué el tratamiento indicado.

Temiendo, por la edad del enfermo i como una medida precautoria, estuviera comprometida la femoral e hiciera difícil su ligadura en caso de necesidad, se nos ocurrió examinar el sistema vascular, i nos llamó la atencion la rigidez del vaso en toda la longitud del muslo. Por la flacidez de los muslos era fácil sentir i tomar la arteria en todo su trayecto, notando en muchos puntos de sus paredes estensas placas duras, alternando con porciones menos resistentes. Por el exámen del corazon obtuvimos todos los signos de una estrechez con insuficiencia en el orificio aórtico i de una hipertrofia bastante desarrollada del órgano. Recordamos i tratamos de detallar mas la historia de este hombre: su ocupacion, desde mucho tiempo, era el regadío de potreros, bebedor de aguardiente, habia sufrido varias veces de dolores en las articulaciones que lo postraban en cama, la causa determinante, el desarrollo rápido, la marcha, el asiento, la forma, la fu-

---

(1) Para nosotros estos quistes no son sino el resultado de hemorragias efectuadas en el interior del tumor, i que han experimentado todas las transformaciones espuestas en la anatomía patológica del presente trabajo.

sion purulenta rápida del tumor, etc., etc., fueron otras tantas consideraciones que, estudiadas con mas detencion, llenaron de dudas nuestro espíritu. Impuesto de ellas el profesor i atendiendo nuestras consideraciones, accedió a nuestro pedido de suspender toda determinacion hasta que con mejores datos pudiera resolverse con certeza el problema.

Mientras tanto i para combatir los fenómenos inflamatorios i gangrenosos que se habian desarrollado, se prescribió inyecciones fenicadas i aplicacion repetida de cataplasmas laudanizadas.

La circunferencia del muslo en la parte mas prominente del tumor era de 53 centímetros, siendo a la misma altura en el otro muslo de 37.

*Dia 6.*—Es notable la postracion del enfermo. El pulso es débil, pequeño i frecuente; late 120 veces por minuto; la temperatura es de 39°7 en la axila, la piel es seca como así mismo la lengua, cuyas papilas están herizadas i cubiertas de una capa blanquiza. El enfermo tiene sed, cefalalja, obnubilaciones, está sordo i acusa una sensacion de frio en toda la pierna izquierda. El pulso en ésta era imperceptible casi, siendo fácil sentirlo en la otra; i aplicando el termómetro en la planta de ambos piés i en las corvas, se obtuvo el resultado siguiente:

Pié izquierdo.....	34°8
Pié derecho.....	38°9
Corva izquierda.....	36°6
Corva derecha.....	39°2

Quitado el apósito, salió por la abertura una gran cantidad de pus de buena naturaleza que arrastraba en suspension trozos de color oscuro i que parecian restos de coágulos desmenuzados. El aspecto de la piel i de la herida nada habian cambiado.

Introducido el dedo por la herida, llegó a una cavidad en cuyo fondo se tocó un tumorcillo aislado, duro i que

fué fácil extraer. Paseado el dedo por la cavidad, pudimos notar que estaba ocupada en sus dos tercios superiores, por lo menos, por una masa irregular compuesta de cuerpos redondeados, duros unos, otros pastosos o fluctuantes, i la masa toda se presentaba como adherida al fémur. Hicimos con fuerza una inyeccion de agua tibia i dos tumorcillos redondos i semejantes al primero fueron desprendidos i arrastrados por la corriente, siendo el mayor de unos 2 centímetros de diámetro. Después de lavados tenian el aspecto de pequeños fibromas, i no faltó quien pensara en una neoplasia de esta naturaleza, sobre todo cuando al partirlos con un bisturí se percibió un crujido parecido al que se hoye cuando se incide un tendón; pero, comprimiendo sin grande esfuerzo las mitades obtenidas, se observó que la dureza habia desaparecido i que una sustancia de consistencia i aspecto fibrinoso se aislaba de un saco que lo contenia. Este, de 3 milímetros en su mayor grosor, era muy resistente i parecia compuesto de varias hojuelas superpuestas i adheridas muy intimamente.

La circunferencia del tumor era hoy de 4 $\frac{1}{2}$  centímetros. Sin duda alguna que una parte de la masa habia sido fusionada, i de aquí la disminucion apuntada.

La naturaleza de los tumorcillos desprendidos i apreciada a la simple vista, la supuracion tan rápida como la disminucion de la masa, hicieron alejar de nosotros mas i mas la idea de una produccion fuso-celular. Fijándonos en estos mismos datos i volviendo a los antecedentes que nos suministró el enfermo, combatimos abiertamente las opiniones emitidas respecto de la naturaleza del tumor; i fundándonos en la edad, en la historia del enfermo, en las afecciones del sistema circulatorio, en la marcha seguida por la enfermedad durante su observacion en el hospital i en la naturaleza de las partes extraídas; espusimos que todo parecia ser el resultado de periódicas hemorragias que se habrian enquistado sucesivamente.

Quedaba aún por hacer el exámen microscópico, que habia de resolver la cuestion. Con nuestro condicípulo Antonio Burr, que sostenia la misma opinion, nos pusimos a la obra, i cuyo resultado presentaremos en su lugar.

Prescripcion:

Infusion de quina.....	120	gramos.
Sulfato de quinina.....	2	—
Tintura de acónito.....	1	—
Jarabe.....	30	—

M. i T. Dos cucharadas cuatro veces.

Al exterior: inyecciones fenicadas i cataplasmas repetidas.

*Dias 7 i 8.*—La postracion persiste i todo continúa como el dia 6; pero la circunsferencia del muslo es de 46 centímetros.

Sigue con la misma prescripcion. Buen alimento i buen vino.

*Dia 9.*—La postracion es mui grande, i en la mañana ha tenido escalofrios repetidos. El pulso es pequeño i agitado; la temperatura 39°8 en la axila; la piel es seca i la lengua rojiza; sed intensa, anorexia i náuseas.

El muslo está mui dolorido; el pus que se escapa por la herida es menos fétido que antes i menos abundante. La circunsferencia del muslo es de 44 centímetros. Comprimiendo el tumor entre las dos manos se escaparon con el pus tres tumorcillos enteros i pedazos negruscos de otros. Se agandó la herida, i después de introducidos

los dedos en la cavidad, se arrancaron otros en alguna cantidad:

Prescripcion:

Infusion de tilo.....	200	gramos.
Licor de acetato de amoniac.....	5	—
Espíritu de nitro.....	3	—
Jarabe de borraja.....	20	—
M. i T. Dos cucharadas cada 2 horas.		
Infusion de quina.....	1000	—
Tintura de yodo.....	20	—
M. i T. Inyecciones.		

Cuando concluida la visita se dió principio a las curaciones de los enfermos, notamos en el nuestro que la cavidad se habia llenado de sangre i que ésta se habia coagulado en pequeñas porciones que formaban de 10 a 15 pequeños coágulos, cubriendo la masa neoplásica. Quitamos con cuidado los que pudimos, i después de hechas las inyecciones nos fijamos en uno colocado en el fondo, para seguir los cambios que sufriria.

*Dia 10.*—El estado jeneral un poco mejor. El pus que sale de la cavidad es abundante, espeso, negruzco i fétido. El coágulo que dejamos en el fondo era pálido, su volúmen menor, mas consistente i adherido a las paredes:

*Dia 11.*—Como el dia anterior.

Hecho ya el exámen microscópico de las porciones extraídas, pudimos dar cuenta del siguiente resultado:

El saco se componia en todas sus partes de tejido cé-lulo-fibroso i tejido conjuntivo, que aprisionaba entre sus mallas numerosos corpúsculos redondeados i en todo semejantes a los glóbulos migratorios conectivos. Las células mas superficiales de la cara interna eran mas grandes, aplastadas i de forma irregular, acercándose un tanto a la poligonal.

La sustancia contenida estaba compuesta de capas, cuyo espesor aumentaba de la periferia al centro i separa-

das unas de otras por una sustancia intermediaria de elementos amorfos en que apenas se podia distinguir uno que otro disco irregular i trasparente, pero sí muchos glóbulos blancos. La estructura de dichas capas se reducía a un estroma, circunscribiendo espacios numerosísimos i llena de una sustancia semi-líquida, que contenía infinitos corpúsculos amorfos, en medio de los cuales se presentaban células blancas redondas i células alargadas de diversas formas i tamaños.

Las capas mas centrales, aunque mas gruesas, contenían en menor cantidad los elementos enumerados; i el estroma, menos firme que el de las superficiales, encerraba mas sustancia granulosa i muchas células grasosas. Por último, i alejándonos mas de la periferia, el estroma desaparecía, circunscribiendo una cavidad ocupada por una sustancia líquida, amarilla rojiza, en que se reconocían mui difícilmente algunos discos sanguíneos en destruccion i materia amorfa nadando en un líquido amarillento.

Esta parte es la que aparece unas veces como una papilla rojiza, con el aspecto de sangre recién derramada otras i encerradas en un doble saco, constituido por el tejido celular rechazado i apretado por el tejido embrionario que resulta de la precipitacion de la fibrina i las metamorfosis orgánicas de los elementos que retiene.

Desde este día la cuestion pareció resuelta definitivamente, i el diagnóstico de un hematoma aceptado definitivamente.

*Día 15*—El pulso es filiforme i mui frecuente, late 130 veces por minuto. Tomada la temperatura en la axila es de 40°8 i en la planta del pié enfermo 35°. Piel seca i urente, amargor de boca i la lengua fuliginosa; vómitos, diarrea. El enfermo está mui abatido i parece un idiota. Escasez de orina; escalofríos intensos i mui largos: la infeccion purulenta se ha apoderado del desgraciado enfermo.

Quitado el apósito, sale un líquido fétido, sanguinolento, puriforme i en pequeña cantidad. El tumor se presenta entre los bordes de la grande incision, i su superficie es seca, renegrida i como gangrenosa. Arrancada una parte i examinada, parecia un pedazo de carne podrida.

Lavatorios fenicados e inyecciones con tintura de yodo. Se colocó un tubo de drenaje para impedir la acumulacion del líquido que pudiera reunirse.

R.

Sulfato de quinina..... 2 gramos.

Estracto blanco de quina..... 1 —

M. i H. s. a. 20 píldoras.

T. Dos cada hora.

Dos onzas de vino oporto cada 3 horas.

*Dia 16.*—El enfermo está peor i un terror pánico se ha apoderado de él. Teme morir de un momento a otro.

Pulso imperceptible, temperatura 40°. El aliento es fétido i la cara revela el estado de su espíritu: nariz añilada i pulverulenta, los ojos hundidos i la frente arrugada, cubierta de sudor helado i todo el rostro demacrado. La lengua es seca i fuliginosa; la piel cubierta de sudor viscoso; el vientre está escavado i la diarrea ha aumentado.

Los bordes de la herida han perdido su forma regular, sus bordes están mortificados i la piel que recubre el tumor es amoratada. La supuracion ha cesado i comprimiendo sale un patrílago espeso i mui fétido.

*Dia 17.*—El enfermo murió a las 8 A. M. Quitamos el coágulo que dejamos señalado el dia 9, i presentaba los caracteres siguientes: color mate i en muchos puntos renegrido, redondo, duro i adherente al fondo de la cavidad. Al corte del bisturí dió una débil sensacion de crujido; un saco bien distinto del contenido, pero mui delgado i apenas consistente. Limitaba una sustancia blanca,

filamentosa, amarillenta en algunos puntos, de 3 a 4 milímetros de espesor i limitando una cavidad ocupada por un líquido rojo muy oscuro i espeso. Dejamos en alcohol absoluto una de las partes del coágulo i en ácido acético otra, para hacer después su exámen microscópico.

**AUTOPSIA.**—En los pulmones existía una congestión bastante intensa, sobre todo en el lóbulo inferior del pulmón derecho, i dos pequeños absesos en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo. En el pericardio había un pequeño derrame que nada presentaba de notable. Las paredes del ventrículo izquierdo eran gruesas i la cavidad un poco dilatada, como así mismo la de la aurícula correspondiente. La válvula mitral ríjida i engrosada era insuficiente; i las válvulas sigmoideas aórticas, infiltradas de sustancias calcáreas, eran estrechas e insuficientes. Las paredes de la aorta estaban cubiertas de concreciones óseas, i su túnica interna mostraba en diversas porciones placas amarillentas i prominentes.

En el abdómen hallamos el hígado un poco aumentado de volúmen i conteniendo 5 absesitos metastáticos situados cerca de la cara convexa del órgano. La mucosa gastro-intestinal inyectada, gruesa en muchos puntos i ulcerada cerca del ciego. La aorta abdominal también presentaba placas ateromatosas.

Procedimos a la disección del muslo izquierdo, i encontramos los músculos de la región interna i anterior negruzcos i como macerados, desapareciendo completamente en el tercio interno inferior del muslo donde constituían una sola masa con el tumor. Del sartorio solo existía la mitad superior. Disecada la femoral, presentaba las mismas alteraciones que se notó en la aorta, siendo de notar un rodete calcáreo de cerca de  $1\frac{1}{2}$  centímetros de longitud en el punto en que la femoral atraviesa el anillo del tercer abductor. Una enorme masa compacta lo rodeaba, compuesta de tumores redondeados i adheridos entre sí i a las paredes del vaso muchos, presentándose

otros completamente separados de los anteriores, pero confundidos con el tejido celular. Aislando el tumor, encontramos que también era atravesado por la femoral profunda i la grande anastómica. Partimos la masa longitudinalmente, comprometiendo la femoral, i las dos superficies obtenidas presentaron el aspecto mas singular: en cada mitad pudimos contar 27 círculos, resultados de la seccion, limitando 11 de ellos pequeñas cavidades ocupadas unas por líquido amarillento i espeso i 3 de las mas próximas al vaso, sangre negra i al parecer recién coagulada. Estos círculos resultaban de la seccion del saco quístico, i sus diámetros variaban desde 1 centímetro a  $3\frac{1}{2}$ . La arteria estaba rodeada de esta masa en una estension de 19 centímetros; i la estructura de sus tunicas completamente alterada, como pudimos convenser nos por un exámen superficial primero i por el exámen microscópico después.

Continuamos la autopsia, i procedimos al exámen de los órganos de la cavidad craneana. Sobre la cara superior del peñasco del lado derecho existia un tumor blanco, de forma ovalar, aplastado, de 5 centímetros en su mayor diámetro, de 27 milímetros de espesor; contenido en un desdoblamiento de la dura madre i alojado en una cavidad que, por atrofia de la sustancia cerebral, le ofrecía el lóbulo correspondiente del cerebro. *El desdoblamiento de la dura madre* era evidente; pues por todas partes se continuaba con ella el saco que envolvía el tumor. El contenido era de fibrina pura, no solo por los caracteres apreciados a la lijera, sino también por los que pudimos comprobar en el análisis microscópico. Además, fué fácil ver que dos prolongaciones de la misma sustancia del contenido se continuaban con dos pequeños vasos que, sin duda alguna, fueron uno solo antes de la existencia del tumor; pues ambos terminaban en el saco. Es de notar que durante la vida del enfermo nada hubo que revelara la existencia del tumor, a no ser el idiotismo, que

tomamos por un trastorno debido al aniquilamiento de las fuerzas del enfermo.

El exámen microscópico que hicimos de este tumor nos convenció de que su orijen habia sido una hemorragia; obteniendo el mismo resultado del exámen que hicimos del coágulo extraído el dia 17 i de los cuerpos pertenecientes al tumor del muslo. En nada se diferencia del resultado que dejamos trascrito en lo que pertenece al dia 11.

OBSERVACION 2.<sup>a</sup>—N. N., de 42 años de edad, carpintero, hijo de padres de buena constitucion i sanos, llega el dia 5 de marzo de 1876 a ocupar el núm. 31 de la sala de San Camilo, servida por el profesor de clinica esterna, doctor Rojas.

El año de 1867 era portador de un aneurisma de la poplítea derecha, del que fué curado por la ligadura de la femoral en su tercio medio, como lo manifiesta una cicatriz en este punto. Este hombre, que habia sido un *calavera*, segun su propia espresion, fué mui arreglado después i se ocupó de posador en un almacen de Valparaíso.

En los últimos dias de diciembre del 75 sintió un dolor en el muslo derecho, que bien pronto se acompañó de tumefaccion limitada al tercio superior i sensacion de hormigueo de todo el miembro con entorpecimiento para la marcha.

Dos meses pasaron sin que ninguno de los remedios dirigidos contra la tumefaccion disminuyeran las molestias que mortificaban a este hombre; i mui al contrario, el mal progresaba, hasta que llegó un dia en que una ulceracion de la piel dió salida a una regular cantidad de pus, pero no sin que antes hubiera sufrido mucho. I como, aún cuando se sentia mas aliviado el enfermo, se hiciera esperar mucho la curacion, resolvió asilarse en el hospital de San Juan de Dios para cuidarse mejor i sanar mas pronto. Pero el estado en que este hombre llegaba no era de los mas alagüeños.

*Día 6.*—Estado febril intenso: temperatura 40°; pulso pequeño, depresible, irregular i con 120 latidos por minuto; piel amarillenta i seca; lengua saburrosa i amargor de boca; orinas escasas i sedimentosas, que dieron albúmina en el análisis que se hizo de ellas.

Por el exámen físico del tórax, se comprobó un edema pulmonar, i en la rejion precordial un derrame abundante del pericardio que hacia imperceptibles casi los ruidos cardíacos, por lo que no se pudo diagnosticar con seguridad la afeccion del corazon.

La rejion hepática era dolorosa a la presion, i en ella acusaba el enfermo una sensacion de peso i ardor que lo molestaba mucho. Por la percusion i palpacion, reconocimos un aumento de volúmen del hígado. Una diarrea serosa i abundante acompañaba los estados precedentes.

El muslo derecho era, mas o menos, el doble del izquierdo, en su mitad superior; la piel que la cubria era pálida i edematosa, como la de todo el miembro. Por debajo de la cicatriz i cerca de la corva existia la ulceracion que daba salida a un pus descompuesto, fácil de hacer salir por una compresion moderada hecha de arriba a bajo i de fuera a dentro i tambien comprimiendo desde la corva donde se acumulaba en parte. Introdujimos una bujía ordinaria, i penetró completamente, recorriendo un trayecto mui sinuoso i profundo. Palpando la parte prominente del muslo, percibimos profundamente desigualdades que nos hicieron recordar las de un quiste hemático compuesto.

Hecho este exámen, i en vista, no solo del principio i desarrollo del tumor, sino de la supuracion suministrada por los tumorcillos que se palparon profundamente, i atendiendo a que la circulacion se hacia por la femoral profunda, no trepidamos en pensar que se trataba de hemorragias enquistadas por ruptura de la femoral profunda o sus ramos, que suponíamos dejenerados. A estos datos se agregaban la edad, los hábitos del enfermo, el asien-

to del tumor, su forma, su aparición i, por último la circunstancia de haber existido un aneurisma de la poplítea, cuyas causas no fueron traumáticas, sino que debieron haberse desarrollado en las paredes mismas del vaso. Tal fué la opinion del profesor, cuya atencion se dirigió mui principalmente al tratamiento.

Se colocó un tubo de drenaje que atravesó la cavidad formada en la parte inferior i posterior del muslo, i otro que se hizo llegar hasta la terminacion del trayecto fistuloso superior. Por estos tubos se hizo una inyeccion, cuya forma es la siguiente:

Agua.....	300	gramos.
Yoduro de potasio.....	3	—
Tintura de yodo.....	15	—

M.

En seguida se colocó un vendaje compresor, dejando libres las estremidades de los tubos, i se prescribió:

Cocimiento de quina...	150	gramos.
Sulfato de quinina.....	2	—
Jarabe de grosellas.....	30	—

M. i T. Para tomar en cinco porciones.

*Dia 7.*—La supuracion ha disminuido un poco i ha mejorado de carácter. El enfermo se siente mejor. Temperatura, 38°6. Pulso, 100.

Sigue con el mismo tratamiento.

*Dia 8.*—La temperatura i pulso se sostienen; pero el estado jeneral del enfermo ha mejorado: la lengua está húmeda i blanquizca, la piel es menos amarilla, los fenómenos pulmonares han variado favorablemente, los del hígado tambien, i el tumor del muslo se ha reducido, habiendo necesidad de aplicar nuevamente el vendaje compresor.

Como la diarrea persiste, se suspende la pocion anterior i se prescribe:

Mistura de creta simple.....	200	gramos.
Sub-nitrato de bismuto.....	5	—
Jarabe diacodion.....	30	—

M. i T. Dos cucharadas cada 2 horas.

*Dias 9, 10, 11, 12 i 13.*—Nada de nuevo, manteniéndose todo como antes.

*Dia 14.*—La fiebre a vuelto a ser intensa, i el tumor, que se habia reducido un poco, ha crecido rápidamente. Como apenas saliera supuracion, creímos se habrian obstruído los tubos; i en efecto, coágulos de sangre i restos de tejidos fibrosos ocupaban su capacidad. Hicimos una inyeccion de agua tibia fenicada, i comprimiendo después, vimos salir este líquido mezclado con sangre i detritus de tejidos mortificados.

La piel del muslo estaba mui inflamada e infiltrada i amenazaba gangrenarse, por lo que se dejó libre todo el miembro.

Prescripcion.

Sulfato de quinina.....	1	gramo.
Estracto de quina.....	1	—
Polvos de digital.....	20	centigramos.

M. i H. Doce píldoras.

T. Dos cada 2 horas.

Cataplasmas laudanizadas muchas veces al dia.

*Dia 15.*—La fiebre ha disminuido, pero el enfermo está mui postrado. La lengua es fuliginosa, la piel es seca i presenta una coloracion hictérica intensa. La rejion hepática ha vuelto a ser mui dolorosa.

La supuracion es abundante i de mal carácter. Los fenómenos inflamatorios han disminuido. Todo el miembro está mas edematoso que antes i presenta manchas gangrenosas en distintos puntos.

Queda bajo el mismo tratamiento del dia anterior: ade-

más se le prescribió 10 *gotas de tintura muriática de hierro*, 4 veces al día, en una poción gomosa.

*Días 16, 17, 18 i 19.*—Ninguna modificación; por el contrario, la postración física i moral va en aumento.

*Día 20.*—El enfermo está ajitado i tímido; su cara cadavérica, su cutis pálida i cubierta de un sudor viscoso i frío, su lengua seca i sucia. La temperatura en la axila es de 38°9, i el pulso es mui pequeño, irregular e intermitente.

Una hemorragia mui abundante ha tenido lugar en la mañana de hoy. La sangre corría a chorros por la abertura fistulosa del muslo. A la hora en que lo vimos, la tumefacción del muslo era enorme, estado debido a la acumulación de sangre coagulada, que se había formado una cavidad que la contuviera.

Colocamos un aparato compresor a todo el miembro, i recomendamos al enfermo toda la tranquilidad i quietud posible.

*Día 21.*—Murió a las 3 h. A. M.

**AUTOPSIA.**—En el tórax hallamos un edema de los pulmones, que se presentaban exangües. El pericardio engrosado, contenía como 100 gramos de líquido seroso; las cavidades del corazón dilatadas i sus paredes adelgazadas i pálidas. La túnica interna de la aorta era rugosa i estaba reblandecida. Las válvulas sigmoideas aórticas i las de la arteria pulmonar estaban engrosadas, como así mismo las aurícula-ventriculares.

En el abdomen encontramos un estado congestivo intenso del hígado i un aumento del bazo, que era mas oscuro i blando que de ordinario. En el hígado existía un pequeño absceso en el centro del lóbulo de Spigelio.

El cerebro presentaba todos los signos de una anemia profunda.

Procedimos a la disección del muslo enfermo; desde el ligamento de Poupert hasta la rodilla, sobre el lado interno i siguiendo la dirección de la femoral. Una masa

compacta, lobulada, de un espesor variable i de unos 15 centímetros de longitud estaba adherida a las paredes de la femoral profunda i las hojas aponeuróticas de los músculos profundos. Estas aponeurosis estaban afoliadas, en supuración, que suministraba junto con la fusión purulenta de los tumores i la descomposición de los coágulos sanguíneos, el pus que bañaba toda la masa. Los músculos eran friables i se desgarraban con mucha facilidad.

Toda la masa neoplásica, aislada de los tejidos que la rodeaban, estaba compuesta de cuerpos rodondnados i de distintos tamaños, reunidos entre sí, como aglutinados i adherentes a la femoral profunda. El mayor de estos cuerpos, de  $4\frac{1}{2}$  centímetros de diámetro, estaba cerca del oríjen del vaso, i a él se unian otras mas pequeñas que se anteponian entre la arteria principal i su colateral, de la que dependían.

Abierta longitudinalmente la colateral, notamos en su superficie interna prominencias i rugosidades bastante aparentes, i con el auxilio de un fuerte lente descubrimos 2 hendiduras trasversales que correspondían al punto de inserción de los dos mayores tumores existentes. Arrancamos éstos i pudimos ver 2 perforaciones del vaso obstruidas por los dos cuerpos, que no eran otra cosa que 2 coágulos obturadores de recién formación i en vía de transformaciones orgánicas. Estaban descoloridos i retraídos, i al parecer de mas edad que la que realmente tenían.

Hecho el exámen microscópico de los demás cuerpos, los hallamos constituidos por fibrina desorganizada en parte, glóbulos sanguíneos destruidos, tejido embrionario conteniendo estos detritus i envuelto el todo por un saco de tejido conectivo i muy apretado.

Por ningun medio llegamos a conseguir el hallar algun vaso que denotara la circulación en estos tumores, que no eran otra cosa que coágulos sanguíneos organizados

í cuya vida se alimenta por imbibicion en su seno del plaxma nutritivo.

## VII.

Estas dos observaciones han sido el libro de donde hemos tomado la mayor parte del material que nos ha servido para la composicion de nuestro trabajo. Como un ensayo que es, mucho le falta para ser completo; í bastaria fijarse que solamente son dos los casos en que hemos podido analizar la cuestion presente. De consiguiente, si nadie puede estudiar con provecho los quistes hemáticos en nuestro estudio, servirá siquiera como una introduccion para estudios mas serios de la misma materia, emprendidos por espíritus mas fuertes í mejor preparados.

Entre los vacíos que a primera vista se notarán, debemos colocar el pronóstico de los hematomas espontáneos, siempre fatal, í ligado mas a las causas productoras del efecto local que a este efecto mismo.

El tratamiento, como es fácil comprenderlo, solo está reducido a medios mecánicos para aquellos quistes sanguíneos que son secundarios a un tratamiento í estado particular de la sangre, sin una alteracion avanzada de las paredes vasculares. A la compresion, empleada con éxito por Velpeau, se podria, en el caso que tratamos, agregar una medicacion que disminuyera la plasticidad de la sangre.

En los otros casos, el tratamiento se reduce al presente a medios paliativos, en relacion directa con las circunstancias del momento.

Esperamos que nuestra pretension, al tratar de un asunto superior a nuestras fuerzas, despierte en hombres de espíritu observador í robusta intelijencia el deseo de cenocer mas a fondo, para provecho de los demás, todo lo que se relacione con los quistes hemáticos; í así tendre-

mos no un simple ensayo, sino un serio estudio sobre los hematomas.

Santiago, enero de 1877.

---

La comision examinadora ,acordó publicar la presente memoria en los *Anales de la Universidad*.

*Wenceslao Diaz,*  
Secretario interino.

---