2949

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCION AL ESTUDIO
DEL
TRATAMIENTO QUIRÚRJICO
DE LOS
quistes hidatídicos del hígado

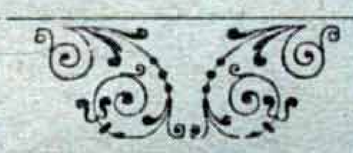
TÉSIS INAUGURAL

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

MIGUEL ESTEVA BERGA
EX-INTERNO DEL HOSPITAL FRANCÉS



BUENOS AIRES
IMP. Y LIT. PRINA Y CÍA., CANGALLO 1899 ESQ. RIO BAMBA
1897

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRJICO DE LOS quistes hidatídicos del hígado

TÉSIS INAUGURAL

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

MIGUEL ESTEVA BERGA

EX-INTERNO DEL HOSPITAL FRANCÉS

BUENOS AIRES

IMP. Y LIT. PRINA Y CÍA., CANGALLO 1899 ESQ. RIO BAMBA

1897

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Doctor D. Enrique E. del Arca

Vice-Decano

Doctor D. Pedro Mallo

Académicos Titulares

Doctor D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Pedro Mallo
» » Jacob de T. Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernández
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Canton

Académicos honorarios

Doctor D. Ernesto Aberg
» » Pablo Marengo
» » Eduardo Wilde
» » Martin Spuch
» » Telémaco Susini

Secretario Titular

Doctor D. Luis M. Acuña

Pro-Secretario

Doctor D. Zenón Aguilar

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos Titulares
Anatomia descriptiva.	Doctor	Juan José Naon.
Anatomia topográfica.	»	Juvencio Z. Arce.
Histologia teórica práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiologia general humana.	»	Pedro J. Coronado
Higiene pública y privada.	»	Melitón G. del Solar.
Patología general y ejercicios clinicos.	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa.	»	Obdulio Hernandez.
Patología interna.	»	José Penna.
Anatomia patológica.	»	Telémaco Susini.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y su Clínica.	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clinica . .	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clinica .	»	José M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y su Clínica. .	»	Domingo Cabred.
Clinica Quirúrgica	Dres.	Julian Aguilar. Antonio C. Gandolfo.
Clínica Médica	»	Eufemio Uballes.
	»	Luis Güemes. Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y su Clinica	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Eduardo M. Perez.
Química aplicada á la Medicina.	Dres.	Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga.
Fisica médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Zoologia médica.	»	Eliseo Canton.
Toxicologia.	»	Juan B. Señorans.
Erfermedades venéreas y dermatología.	»	Baldomero Sommer.
Laringologia, otologia, rinologia. . . .	»	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica médica.	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras. . . .	»	Juan R. Fernandez.
Odontologia	»	Nicasio Etchepareborda.

Asignaturas		Catedráticos Sustitutos
Anatomia descriptiva.	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomia topográfica	»	Avelino Gutierrez.
Histologia teorico-práctica	»	Samuel De Madrid,
Fisiologia general y humana.	»	
Higiene pública y privada . . . , ...	Dres.	Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patalogia general y ejercicios clinicos .	Doctor	Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica.	»	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patologia externa.	»	Pascual Palma. Daniel J. Cranwell.
Patologia interna. . . . . ,	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomia patológica	Dres.	Cárlos Malbran. José Badia.
Medicina operatoria.	Doctor	Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y su Clinica.	»	Alfredo Lagarde. José F. Molinari.
Enfermedades de niños ysu Clinica . .	Dres.	Antonio P. Fiñero. Facundo Larguia.
Enfermedades de los ojos y su Clinica	«	Francisco B rraza.
Enfermedades nerviosas y su Clinica	«	Teéfilo A. Morej. José A Estevez J. Semprún.

Asignaturas		Catedráticos Sustitutos
Enfermedades mentales y su Clinica .	Doctor	Benjamin Solari.
Clinica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo. Alejandro Castro. Diógenes Decoud.
Clinica médica.. . . . . , .	»	Abel Ayerza. Julio Mendez. Francisco Sicardi. Ignacio Allende.
Obstetrica y su Clínica . , ...	Doctor	Luis F. Vila.
Medicina legal . . . . . , . . .	»	Francisco de Veyga. D. Cavia.
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante.
Farmacia práctica	»	Vacante.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury.
Laringología, otología, rinologia.	»	Wenceslao Tello.
Obstetricia para alumnas parteras . . .	»	Enrique Pietranera. y Janor Velarde
Odontología	»	León Pereira.
Fisica Médica	»	Juan J. Galiano y T. Velarde

PADRINO DE TÉSIS

Académico

DOCTOR LUIS GÜEMES

Á MIS PADRES

A MIS HERMANOS

Á MI TIO Dn LORENZO ROCA

A MI DISTINGUIDO MAESTRO

Doctor Sebastian Mabit

Señores Académicos:

Señores Profesores:

La naturaleza y etiolojía de los quistes hidatídicos es hoy bien conocida; su oríjen parasitario ha sido comprobado experimentalmente y mediante una larga observación, no habiendo dos opiniones al respecto.

Dada la puerta de entrada del embrion exacanto y las circunstancias directas ó indirectas de su penetración en el organismo; conocidas las particularidades y detalles de su emigración desde el tubo dijestivo como punto de partida, siguiendo laboriosamente la trama de los tejidos ó penetrando en capilares y quilíferos, aceptada la preponderancia que en ese sistema de locomocion corresponde á la circulación de la vena porta, es fácil deducir el por qué de la gran frecuencia de los quistes hidatídicos en las vísceras que están en relación inmediata con esa circulación y sobre todo en el hígado, órgano terminal de ella.

Aunque no es el hígado, el órgano en el cual

la presencia de esa produccion parasitaria ocasiona el cuadro sintomático de mayor gravedad, la mayor frecuencia de su localización en esa víscera y su fácil acceso han hecho que sea en ella que se hayan ensayado y puesto en práctica los diversos tratamientos, que más tarde generalizándose se han aplicado á los otros órganos con los variantes inherentes á su diversa naturaleza.

Durante mi internado en el Hospital Francés, en el Servicio de Cirujía del Dr. Mabit, he visto tratar varios casos de quistes hidatídicos del hígado, con resultado variable segun el método empleado. El buen éxito obtenido todas las veces que se ha recurrido al procedimiento de la sutura completa sin drenage, ideado por un distinguido Cirujano, Profesor de nuestra Escuela de Medicina, me ha inducido á tomarlo como tema de este trabajo inaugural, que presento á vuestra consideración, como una modesta contribucion al tratamiento de una enfermedad, desgraciadamente muy comun en nuestro suelo.

I

Como en todas las afecciones en que causas parasitarias constituyen el factor más importante de su etiolojía, tratándose de quistes hidatídicos, es natural que la *profilaxia* impidiendo la transmisión directa ó indirecta del parásito, desempeña un papel de gran importancia. Es preferible y está más de acuerdo con las tendencias de la medicina moderna, destruir la causa y evitar su propagación, que tener que tratar los efectos en el hombre.

Ya los higienistas han establecido las leyes y y bases á que deben ajustarse los trabajos que tiendan á lograr el fin indicado. No hablaremos de ellos, pues no es ese nuestro objeto. Los Dres. Gache y Massi se han ocupado extensa y concienzudamente de esta cuestión y sus obras pueden ser consultadas con provecho. (1)

Pero una vez que el equinococo ha penetra-

(1) Dr. S. Gache, Climatologíe médicale de la Repúblique Argentina, etc. Dr. A. Massi, El quiste hidatídico en la República Argentina.

do en el organismo y establecido en él su alojamiento, cuando siguiendo las faces de su evolución intermediaria ha determinado la producción y desarrollo de esos tumores parasitarios que el exámen clínico constata, entonces es el médico el llamado á actuar: está en la necesidad de instituir un tratamiento.

La *espectación* es un recurso á que no debe recurrirse sinó en los casos de una duda en el diagnóstico, y no puede por la tanto ser tenida como regla. No es del todo inócua la permanencia en el organismo de una producción parasitaria de esa naturaleza, no tanto por el peligro de su existencia como tal, sinó por los accidentes á que puede dar lugar en el curso de su evolución. La supuracion del líquido quístico, la compresión de órganos importantes, la abertura del quiste en las cavidades peritoneal y pleural ó en las vias digestivas, respiratorias y biliares, las hemorrajias, la caquexia hidatídica de Dieulafoy, etc., se manifiestan muchas veces bajo formas tan alarmantes, que es deber del médico evitar que se produzcan interviniendo á su debido tiempo.

La *curación expontánea* es bastante rara para que pueda confiarse mucho en ella y aún en ciertos casos, el mecanismo por el cual se verifica, en lugar de producir la regresión del tumor, conduce á la supuración.

Rendú, que ha estudiado dicho proceso, dice

que puede producirse de dos modos diferentes: la muerte de las hidátides se efectua por *inanición* ó bien por *intoxicación*.

En el primer caso se produce una inflamacion periquística que modifica y compromete los intercambios nutritivos que se operan al través de la membrana quística. Esta inflamacion no debe pasar de cierto grado, pues de lo contrario produciría la supuracion del quiste.

En los casos que la curacion expontánea es producida por intoxicacion de las hidátides, hay que admitir la penetracion de sustancias tóxicas en el interior del quiste. La bilis juega en estos casos el rol principal y el proceso de su penetracion ha sido también estudiado por Rendú que establece que para que la muerte se produzca, es condicion indispensable que la bilis llegue al interior mismo de las vesículas.

Ya se vé que no puede esperarse mucho de este proceso de defensa natural del organismo;—además de poco frecuente, es inseguro en sus terminaciones, muchas de ellas graves.

Aceptada la necesidad de intervenir ¿á qué procedimiento debe darse la preferencia? Antes de responder á esta pregunta, repasaremos los diversos métodos propuestos.

II

Dada la naturaleza parasitaria de los quistes hidatídicos del hígado, todo tratamiento serio y racional debe proponerse como dice Segond, (1) ó matar las hidátides ó extraerlas para obtener enseguida la retraccion y cicatrizacion de la bolsa quística.

Con tal objeto se han propuesto una infinidad de medios, indirectos unos, directos los más.

Los primeros comprenden toda la medicacion interna, las sustancias cuya injestion se creía que debía dar por resultado la muerte de las hidátides; los mercuriales (Baumés,) el kámala (Hjaltelin,) el agua de mar (Laennec,) el íoduro de potasio (Hawkins y Jaccoud) el picronitrato de potasa (Gerhart), diversas aguas minerales, etc.

El procedimiento de la medicacion interna está hecho; hoy está completamente abandonada y su ineficacia probada. Es cierto que se admite la

(1) Traité de Chirurgie, Tomo VII.

accion tóxica directa de ciertos medicamentos sobre la hidátide; pero no ha sido hallada aún la sustancia que injerida y después sufrido las diversas transformaciones en contacto de los líquidos orgánicos, al penetrar en el quiste, favorecida por las propiedades dialíticas de la membrana madre, sea capáz de tener una acción mortífera.

Al mismo grupo de los medios indirectos, pertenecen las diversas aplicaciones tópicas locales, que han tenido igual suerte que el tratamiento interno.

En la categoría de los medios directos, que abarca todas las maniobras dirijidas al quiste mismo con un fin curativo, están comprendidos la mayoría de los procedimientos terapéuticos de los quistes hidatídicos del hígado.

La *puncion capilar simple*, repetida hasta completa desaparicion del tumor, constituye un método rudimentario que no puede tener aplicación en el presente.

El valor de la *electricidad* ha sido diversamente interpretado, aunque son más los que reconocen su ineficacia, que los que proclaman sus ventajas. Apostoli dice haber obtenido buenos resultados de la *gálvano punctura positiva;* á la que, además de su accion hidaticida asigna un fuerte valor antiséptico. Como inconvenientes, presenta los mismos de las punciones, de los que hablaremos al tratar de la puncion aspirantriz. «Por el momento, la electrólisis es un método complicado incierto y

peligroso á veces, que no hay motivo para preconizar.» (Segond.)

En los procedimientos que hemos examinado se trata de producir la muerte de las hidátides *in situ*. Una vez el efecto producido, la transformacion ulterior del quiste, se efectuaría por el mismo mecanismo que en la curacion expontánea.

Pero un nuevo criterio entra en la terapéutica de los quistes hidatídicos, se trata de evacuar el contenido de la bolsa quística y los procedimientos que entónces aparecen son numerosos.

La *puncion evacuatriz simple*, muy perfeccionada desde que aparecieron los aparatas aspiradores de Dieulafoy y de Potain; la *doble puncion* de Boinet, que se transforma en manos de Verneuil en el procedimiento *á doble sonda;* los procedimientos evacuatrices lentos imajinados por Recamier; las *incisiones sucesivas* de Begin; el procedimiento de la *flecha cáustica* de Tillaux y otros han prestado grandes servicios y tenido su momento de voga. Pero los progresos realizados por la cirujía moderna sobre todo desde el advenimiento de la antisepsia, ha modificado á muchos y hecho desaparecer algunos de los procedimientos que acabo de citar, que actualmente solo conservan un interés histórico y el mérito de haber sido la base de los procedimientos que podemos llamar modernos.

III

El procedimiento de las punciones aspiratrices, que al lado de algunos éxitos produjo bastantes accidentes, ha ganado mucho desde que se ha completado con las inyecciones de líquidos antiparasitarios.

Además, se ha hecho mas racional; no puede siempre suponerse que porque se haya extraído el líquido que llenaba una hidátide, pierda esta en todos los casos su vitalidad. Es cierto que los intercambios nutritivos tienen á la fuerza que alterarse por falta de vehículo transmisor y la muerte de las hidátides se efectuaría entonces por inanición; pero muy á menudo se observa que el líquido se forma nuevamente en la cavidad. De modo que si algunas veces el resultado ha sido completo, los casos en que ha habido necesidad de recurrir á nuevas punciones ó á otro método de tratamiento son muy numerosos para atestiguar que no es la seguridad lo que distingue á ese procedimiento.

Así se esplica que el agregado propuesto por

Debove y Bacelli de las inyecciones antiparasitarias, haya vuelto á poner en voga un procedimiento que ya parecía olvidado.

Aisladamente, sin hacerlas preceder de aspiración, Voisin practicaba ya en 1857, siguiendo los consejos de Cadet de Gassicourt y Dolbeau, las inyecciones de bilis, reproduciendo así artificialmente uno de los mecanismos de la curación expontánea. Tambien Bonnet y otros inyectaban tintura de iodo. Así que los innovadores que hemos citado, no han hecho más que perfeccionar un método ya algo anticuado.

Mesnard, Debove, Baccelli, Julhel-Renoy, Sennet y otros han publicado varios casos de curaciones, obtenidas rápidas y completas por este procedimiento, que practican con pequeñas variantes.

Así, mientras Debove hace despues de la aspiración total del líquido, grandes lavages antisépticos, Baccelli inyecta una cantidad de solución de sublimado á dósis no tóxicas despues de evacuación completa del quiste.

Además de soluciones de sublimado se emplean el agua naftolada, (Juhel-Renoy y Chauffard), la solución de sulfato de cobre, el benzoato de mercurio, el amoniaco, el peptonato de mercurio, el ácido acético.

Al decir que el procedimiento de las punciones evacuatices ha beneficiado de las inyecciones parasiticidas, nos hemos referido al resultado cura-

tivo; en cuanto á los inconvenientes, subsisten y puede decirse que se han agravado. No pueden ser disimulados: todos los cirujanos los han experimentado y es muy frecuente leer en las revistas médicas, observaciones de accidentes que llegan á veces hasta la muerte producidas por la ejecución de ese procedimiento. Ha sido juzgado diciendo que el lavage es un perfeccionamiento, pero que no aumenta suficientemento el valor de la puncion para hacerla preferir á los métodos quirúrgicos. Lo único que puede decirse en su favor, es que la intervención operatoria es simple y poco dolorosa.

Los accidentes que pueden sobrevenir, deben imputarse, ya á la punción en sí, ya á la inyección del líquido antiséptico.

Siendo el bicloruro el que se emplea mas comunmente y dado el gran poder de absorcion de que está dotado el tejido hepático, no parecerá extraño que se hayan visto aparecer fenómenos de hidrarjirismo. En ciertos casos no se manifiesta mas que la estomatitis; pero en otros, además de ésta, hay diarrea, fiebre y supuración del quiste.

En un caso de Merklen citado por Forgue y Reclus, hubo accidentes síncopales, escalofrios, estomatitis, diarrea, congestión pulmonar y por una nueva punción se comprobó la supuración de la bolsa.

En el caso tratado por el Dr. Mabit por la

laparotomia y la sutura completa sin drenage, (Obs. n° III), una vez extraída la membrana fértil, se limpió la cavidad con un tapon embebido en solución débil de bicloruro y luego exprimido con cuidado, para sacar el excedente. Si en ese caso, con ser tan débil la cantidad de bicloruro que pudo ser absorbida, se produjeron síntomas tan alarmantes y graves como los descritos en esa observación; ¿qué sucederá en los casos en que despues de inyectar cierta cantidad de solución á un título mas ó menos fuerte, es imposible extraerla, como ocurre tantas veces?

Entre los accidentes provenientes de la puncion en sí, podemos colocar la inflamación del quiste y la supuración consiguiente que transforma una bolsa aséptica en abceso hepático. Es cierto que las mas de las veces puede evitarse con una antisepsia rigurosa.

El derrame del líquido en el peritoneo y los fenómenos producidos por la absorcion del líquido hidatídico, son en ciertos casos de una gravedad tal, que bien merecen que nos ocupemos de ellos con una cierta detencion.

IV

Los accidentes producidos por el derrame en el peritoneo y la absorcion del líquido hidatídico, no presentan siempre la misma intensidad, ni la gravedad que revisten es tampoco la misma. Entre la aparicion de una lijera urticaria, hasta la muerte más ó menos rápida caben muchos estados intermediarios.

La urticaria es la más comun y menos grave de esas manifestaciones; otras veces hay accesos disnéicos más ó menos intensos, acompañados de una tos seca y quintosa, que se ha querido atribuir á una urticaria interna, enantema cuya existencia no ha sido comprobada.

Así como en ciertos casos la agitacion es extrema al punto de revestir la forma de accesos epileptiformes, en otros la característica es el estado de colapso que parece indicar la muerte próxima: palidez muy pronunciada, sudor frío, enfriamiento en las extremidades, semblante denotando gran angustia, pulso filiforme, etc. En general estos síntomas alarmantes desaparecen poco á poco; pero

en algunos casos, felizmente raros, no hacen más que agravarse y terminarse con la muerte.

Chauffard, en un caso de muerte por puncion, ha observado en conjunto casi todos los accidentes producidos por el derrame de líquido en el peritoneo, que otras veces se presentan aislados, y los dispone en tres grupos sintomáticos:

1er grupo, comprende signos de reaccion cutánea: prurito, urticaria.

2° grupo, que comprende los signos de reaccion cerebro-espinal; ataques epileptiformes.

3er grupo, comprendiendo los signos de reaccion miocárdica (1).

La causa iumediata, el punto de partida de todas esas manifestaciones parece ser la absorcion del líquido hidatídico; sometido á una fuerte presion, se derraman fácilmente algunas gotas en el peritoneo, en el momento ó despues de la puncion, al través del pequeño orificio dejado por ésta.

Pero el mecanismo íntimo, productor de esos accidentes se presenta hasta ahora muy oscuro; y las teorias que han pretendido explicarlo no son del todo concluyentes. Los que querian hacer intervenir como causal un proceso inflamatorio ó séptico, fundados en algunos casos en que la autopsia había revelado lesiones de la serosa peritoneal, no han podido hacer entrar en su teoría los otros mu-

(1) Semaine medicale, 1896.

chos casos en que esas lesiones no han sido halladas.

La teoría que considera esos accidentes como *fenómenos reflejos* de orígen traumático, gozó de cierto favor mientras no se lo disputó otra que satisfaciera más. La parálisis refleja del pneumogástrico fué la explicación dada por Martineau en un caso de muerte, por puncion practicada por él (1).

Las investigaciones y experiencias de laboratorio han aclarado mucho esta cuestion, y hoy la teoría de la *intoxicacion hidatídica* es la que domina. Debove la enunció por primera vez y los trabajos que en 1887 publicó en los «Comptes rendus de l'Institut» y que vamos á reasumir han sido decisivos.

Despues de filtrar el líquido extraído por puncion de un quiste hidatídico, hace á tres sujetos sanos que nunca habian tenido urticaria una inyeccion de un gramo de líquido bajo la piel del vientre. El primer sujeto no presentó nada de particular; el segundo tuvo diez minutos despues de la inyección, una erupcion local de urticaria que desapareció al cabo de una hora; el tercero, inmediatamente despues de la inyeccion, tuvo una urticaria local que más tarde se generalizó á diferentes partes del cuerpo.

El papel que en estas experiencias desempeña la absorcion de líquido hidatídico parece concluyente.

(1) Gazette hebdomadaire de medicine et chirurgie, 1888.

Además llama la atencion la diferencia de reaccion de los diferentes sujetos á la accion de un mismo líquido tóxico.

Estas experiencias no han hecho más que confirmar lo que ya preveian Mourson y Schlagdenhauffen al atribuir hipotéticamente á las ptomainas que á veces contiene el líquido hidatídico los accidentes tóxicos observados. Viron y Achard al demostrar la existencia de toxalbuminas en los líquidos por ellos analizados, han llegado á las mismas conclusiones.

Ahora, aceptando lo que dice Bouchard (1) que la urticaria es de orígen tóxico casi siempre, y demostrada la existencia de sustancias tóxicas en el líquido hidatídico, tenemos establecida la relacion de causa á efecto que robustece la teoría.

Chauffard (2) relata un caso lleno de enseñanzas y apropósito del cual, para comprenderlo en la teoría de la intoxicacion, la amplía y modifica de un modo que no está exento de novedad.

Veinte y cinco minutos despues de puncionar un quiste del hígado, el enfermo muere en estado de colapso, despues de un período de agitación, convulsiones epileptiformes, prurito, etc. La autopsia fué de resultados negativos en cuanto á datos para interpretar la patogénia de esos accidentes. El análisis químico del líquido, permite reconocer

(1) Bouchard — Lecons sus les auto-intoxications.
(2) La Semaine médicale, 1896;

rastros de una materia albuminoidea que parece pertenecer al grupo de las mucinas; toxinas no fueron encontradas. Las investigaciones experimentales tambien fueron negativas; los cobayos y conejos no reaccionan por las inyecciones del líquido. Para explicar el aparente contraste que resulta de estos hechos, Chauffard no acepta que los fenómenos observados puedan ser debidos á *accidentes reflejos*; cree que el caso entra en la teoría de la acción tóxica pero modificando y ampliando la concepción del término *toxicidad*. Distingue entre toxicidad relativa, y toxicidad absoluta, subordinada la primera á la *reactividad individual* del sujeto; y es á este elemento capital, que desgraciadamente no puede conocerse de antemano, que con mas motivo que á la toxicidad del líquido hay que atribuir los accidentes funestos observados; unas cuantas gotas de líquido hidatídico derramadas en el peritoneo del operado, han producido efectos que tal vez no hubieran existido en otros como no han existido en los animales de experimentación. Es que la reactividad individual, la idiosincracia del sujeto prima en importancia la composición misma del líquido.

Ya Debove decía que no todos los individuos son igualmente sensibles á la accion del líquido hidatídico.

«Ahora, agrega, y en razón de este factor cuya intervencion siempre posible no puede ser en

todos los casos prevista, la menor puncion de un quiste hidatídico, por más precauciones que se tomen, puede ser cosa grave, producir en pocos minutos accidentes alarmantes y hasta mortales. No hay que recurrir á ellas sino con conciencia, por razones sérias, cuando el interés mismo del diagnóstico ó del tratamiento está empeñado.»

V.

La *intervención quirúrgica*, á la cual Richelot llama *método moderno*, es considerado como la terapéutica de elección de los quistes hidatídicos del hígado.

Hoy que la laparotomia es una operación corriente, que acusa una mortalidad insignificante debido á los progresos de la antisepsia y asepsia, ir á buscar los tumores del hígado por esa via es algo que no debe hacer titubear al cirujano más timorato.

La evolución que en sus procederes y detalles han seguido los métodos quirúrgicos, han tenido siempre por base y punto de mira las ideas reinantes sobre la susceptibilidad y tolerancia del peritoneo.

Los temores de infección peritoneal y de los accidentes producidos por el contacto del líquido hidatídico con esa serosa, fueron los motivos que tuvieron en cuenta los que idearon y practicaron el método de la incision en dos tiempos ó *método lento*.

Es á Recamier á quien pertenece la primera

idea; en su procedimiento de *cauterización evacuatriz*, empleaba pastas cáusticas, que al mismo tiempo que necrosaban localmente las paredes abdominales abriendo una via para llegar al quiste, producian adherencias aisladoras que debian impedir el derrame de líquido en la cavidad peritoneal y la infección de la misma.

Algo diferente en la técnica, aunque muy semejante en los medios, es el procedimiento de la *flecha cáustica* de Tillaux, que en manos de su inventor parece haber producido buenos resultados.

Pero no siempre se efectuaban completamente las adherencias salvadoras, y la infección peritoneal era una complicación bastante frecuente.

La aplicación de las prácticas antisépticas permitió resucitar un procedimiento que yacia olvidado. Fué Lindemann en 1871, el primero que practicó la laparotomia en los quistes del hígado, pero sin premeditación anterior ([1]). Sanger y Landau han operado en las mismas condiciones. El primero que deliberadamente practicó la laparotomia como tratamiento de los quistes del hígado fué Lawson Tait en 1873. Despues de estas tentativas que fueron coronadas de éxito completo, las operaciones se han multiplicado y los procedimientos seguidos se han reducido á dos: el de Volkman y el de Lindemann-Landau.

El procedimiento de Volkman, ó en dos tiempos, se reduce á lo siguiente; — previa desinfec-

(1) Greig Smith, Chirurgie Abdominal

ción del campo operatorio, incision de las paredes abdominales, incluso el peritoneo al nivel del punto más saliente del tumor; hecho esto y la hemostasia siendo perfecta, entre los lábios de la herida se coloca gaza iodoformada ó simplemente esterilizada, que mantenga la separación, y se termina con una curación impermeable. Es el primer tiempo de la operación. Ocho dias después, cuando se han hecho ya las adherencias entre los lábios del peritoneo parietal dividido por una parte y el visceral por otra, se procede á la segunda parte de la operación, es decir, á la incisión del tejido hepático hasta el quiste, que tambien es abierto y luego librado de su contenido, líquido y vesículas hijas. Extraída la membrana fértil, se deja un drenage y se coloca una gran curación absorbente, que hay que renovar lo más á menudo posible. (1)

Es una operación muy sencilla, que Reclus aconseja practicar con cocaina, pero que presenta el inconveniente de constar de dos intervenciones y exponer el enfermo á las emociones y sufrimientos de una doble operación. Tal vez sean estos inconvenientes los que han restringido mucho su empleo, y generalmente al querer emplear un procedimiento de incision ámplia del quiste, se recurre al de Lindemann Landau, contemporáneo en aparición y cuya técnica es como sigue.

(1) *Forgue y Reclus* -- Thérapeutique chirurgicale.

Después de tomar las precauciones de antisépsia y asépsia necesarias en toda operación en que la cavidad peritoneal debe ser abierta, se hace la incisión de las paredes abdominales, siguiendo ya una dirección pararela al reborde cortal y al nivel del punto culminante del tumor, ó ya, segun los consejos de Terrier, á lo largo de la línea blanca. Incindido el peritoneo, se trata de saber, colocando los dedos y paseándolos en el vientre si hay adherencias que cierren la cavidad peritoneal, en cuyo caso se hace la incision en el tejido hepático hasta el quiste y se dá salida al contenido de éste. En los casos en que no hay adherencias, deben tomarse algunas precauciones que impidan en lo posible el derrame del líquido en el peritoneo. Se hace una puncion aspiradora y una vez vaciada la bolsa, en el punto de entrada del trocart, se coloca una pinza á quiste que haga oclusion perfecta. Enseguida se fija la bolsa quística á la herida por suturas al nivel de los ángulos de esta; se incinde la bolsa, y los labios se suturan á los bordes de la herida abdominal por puntos bastante cercanos los unos de los otros. Estas diversas maniobras dán por resultado la marzupialización del quiste. Establécese un drenage y se coloca una curación absorbente.

Es un procedimiento corriente que se vé hacer á cada paso en los hospitales. Sus resultados inmediatos son inmejorables, pero lo que sucede en-

seguida es bien conocido de todos. Debido á la ulceración de las paredes de los canículos biliares. sobreviene una fuerte salida de bilis, una *colerragia* que obliga á hacer varias curaciones diarias,

Esta salida contínua de bilis, retarda la cicatrización de la cavidad quística; el peligro de las infecciones secundarias es inminente á la larga y la verdadera caquéxia que se apodera del enfermo, puede conducirlo á la muerte. Durante mi internado he visto una niña operada de dos quistes hidatídicos por la marzupialización y el drenage, que sucumbió á los tres meses de la operación á consecuencia de una colerragia abundantísima y á la infección que se produjo.

La fístula que se establece por esta contínua salida de bílis, dura varios meses y expone al enfermo á los inconvenientes consiguientes (alteraciones de la piel, eritemas dolorosos, ulceraciones,) etc.

VI

De los diferentes métodos propuestos para el tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado, que acabamos de pasar en revista, puede decirse que solo dos subsisten: la puncion aspiradora, seguida de inyecciones parasiticidas y la incision ámplia prévia laparotomia, en uno ó dos tiempos, especialmente esta última.

Indicaciones especiales que decidan en favor de tal ó cual procedimiento, puede decirse que no las hay. Cada cual adopta el que está más de acuerdo con su temperamento y sus hábitos. Así, mientras unos aconsejan las punciones repetidas, otros hacen la laparotomia en todos los casos. Bouveret aconseja la práctica siguiente: 1.° puncion aspiratriz simple; 2.° puncion con un grueso trocart y cánula á demora si el tumor persiste; 3.° intervencion quirúrgica propiamente dicha en los casos que las dos primeras operaciones no hubiesen dado resultado; tratamiento que tiene el inconveniente de enervar y debilitar al enfermo por una interven-

cion triple, necesaria muy á menudo por el fracaso de las dos primeras.

Para otros, (Segond, Reclus, Manaury, Pozzi) la doctrina se resume de la manera siguiente: comenzar por una puncion aspiratriz que asegura el diagnóstico; pero si el líquido se reproduce, léjos de renovar la puncion hay que recurrir á la incision ámplia del quiste previa laparotomia.

A esta última hay que llegar en definitiva; pero los inconvenientes que ya hemos mencionado no han pasado desapercibidos y se ha tratado de remediarlos. Se ha pensado si la laparotomia, una vez extraído el quiste, no podía terminarse por la sutura completa é inmediata.

Diversas tentativas se han hecho al respecto, que paso á exponer.

Thornton, en un caso operado en 1883, después de haber evacuado el quiste y extraído la membrana fértil, suturó la abertura del quiste á la pared abdominal y cerró el todo sin dejar drenaje. «La herida abdominal fué suturada como después de la ovariotomia.» Podría explicarse este modo de proceder, suponiendo que el operador se propusiera crear adherencias, que hicieran la abertura de la bolsa más fácil, en caso que se produjera un derrame en su interior. Pero en realidad no presenta más que inconvenientes, puesto que impide la retraccion que normalmente se produce en un quiste en vias de curacion, impidiendo al mismo tiempo

que las vísceras ocupen el lugar que les corres_ ponde.

Bond en 1891, aunque incompletamente empleó el mismo procedimiento en un caso de quistes hidatídicos múltiples del abdómen. Los quistes mayores fueron tratados por el método ordinario, y los chicos fueron tomados en la sutura abdominal, pero colocando un pequeño drenage que fué retirado á las seis horas para completar las suturas.

Billroth, en cinco casos y con buen éxito, reduce la bolsa despues de haberla llenado con una emulsion iodoformada al 10 °/₀ y suturado. Tratándose de una cavidad aséptica, no presenta gran utilidad esa mezcla antiséptica que puede producir intoxicacion é impedir la retraccion de la bolsa.

Bobrof, modifica el tratamiento de Billroth, reemplazando la emulsion iodoformada por la solucion fisiológica de cloruro de sodio, con la cual llena la cavidad que resulta de la extraccion del quiste. Sutura enseguida los bordes de la cavidad quística por dos planos de suturas de hilos de seda; reintegra el hígado en la cavidad abdominal y sutura herméticamente sus paredes. El resultado fué inmejorable. El autor del procedimiento hace notar que la introduccion en el interior del saco de un líquido indiferente (vale más la solución fisiológica de sal de cocina) es absolutamente indispensable, oponiéndose á la penetracion en la cavidad del saco

de los líquidos provenientes de los tejidos. La solucion de cloruro de sodio se reabsorbe poco á poco y la herida termina por cicatrizar.

Todos estos procedimientos realizan un gran progreso sobre los propuestos por Volkman y Lindemann Landau. El drenage que en esos procedimientos era el origen de fístulas interminables, se suprime por completo; la marsupializacion está reemplazada por la sutura completa é inmediata del abdómen.

Hay un punto que ha preocupado á los que han preconizado la sutura completa del abdómen; nadie se aventura á abandonar en la cavidad abdominal, la bolsa hepática tal como queda despues de la extraccion del quiste. Se temen los derrames intra-cavitarios y los accidentes que estos puedan originar. A impedirlos tienden las soluciones y emulsiones indicadas; Bobrof dice que es una condicion indispensable.

La práctica ha venido á demostrar lo infundado de esos temores.

VII.

El distinguido cirujano Dr. Alejandro Posadas, Profesor sustituto de la Facultad, ha propuesto un procedimiento que puede considerarse el ideal de la terapéutica quirúrgica de los quistes hidatídicos.

Este procedimiento ha sido publicado en los Anales del Círculo Médico Argentino en Diciembre de 1895. No lo aplica exclusivamente á los quistes hidatídicos del hígado, todos los tumores á equinococos pueden ser tratados por ese procedimiento, cualquiera que sea su localización. A la descripción de la técnica operatoria acompaña cinco casos operados con un resultado completo y de los cuales dos eran del hígado.

En la sesión del 18 de Febrero de 1896, de la Academia de Medicina de París, Duplay lée un trabajo de P. Delbet sobre un nuevo tratamiento de los quistes hidatídicos del abdómen, con presentación de un caso. (1) Mas tarde, en la sesión del 26 de Mayo, Nicaise (2) relata otro caso operado

(1) Bulletin de l' Acad: de Med. Febrero de 1897.
(2) Semaine médicale, Mayo de 1897.

tambien por Delbet por el mismo procedimiento. Este, salvo algunas variantes de detalle, es el mismo que el publicado por el Dr. Posadas; pero dadas las fechas en que ambas publicaciones han sido hechas, no puede negarse la prioridad al cirujano argentino.

Así lo ha reconocido Delbet en carta dirijida á un colega del Dr. Posadas y que está en poder de éste, al conocer la publicación de sus trabajos, aunque dice que la característica de su procedimiento está en el *capitonnage*, que aconseja en las grandes cavidades, cuando la pared dá mucha sangre ó cuando debido á su espesor, las paredes no tienen tendencia natural al acercamiento. Para efectuarlo emplea catgut grueso y agujas muy curvas, que hace entrar y salir sucesivamente por la misma cara de la pared. «Por otra parte, el capitonage no es absolutamente indispensable. En mi caso, una gran parte de la bolsa se prolongaba bajo el hígado y era completamente inaccesible. El enfermo no por eso dejó de curar bien.» (Delbet).

El Dr. Posadas no emplea el capitonage, y eso que entre sus operados, hay casos de quistes enormes. Lo considera peligroso é inútil: peligroso, pues al introducir la aguja para practicarlo, no se puede estar seguro de lo que se toma y se comprende en la sutura, que bien puede ser una rama mas ó menos gruesa de la vena porta ó un grueso conducto biliar, ó el intestino etc.

Lo considera inútil y dice: «Despues de haber extraido la membrana fértil y las vesículas hijas, no debe haber inconveniente ninguno en abandonar la caja fibrosa del tumor en las cavidades esplánicas. En efecto, apenas vaciado uno de esos quistes y extraida la membrana fértil, se vé al introducir la mano, que las paredes de la membrana periquística están en contacto, pues la presión de las vísceras vecinas desalojadas cuando el tumor existia, las aplican unas contra otras.» (1)

Como se vé, la cavidad real, se convierte en una cavidad virtual, que irá retrayéndose poco á poco.

Los derrames intraquísticos que tanto habian atemorizado á los otros cirujanos, no han sido tenidos en cuenta por la poca importancia que presentan en cuanto al resultado final. Delbet los divide en tres especies diferentes: de serosidad, de sangre y de bilis.

Los dos primeros son poco temibles: la cantidad de serosidad segregada es muy pequeña, como lo ha observado en los casos operados por marsupialización, para que constituyan un peligro. Lo mismo dice de los derrames sanguíneos: la membrana adventicia fibrosa es muy poco vascular en su parte interna, al contacto de la membrana hidática propia, lo que lójicamente favorece poco la producción de hemorrajias.

(1) Anales del Circul. Med. Arg. Dic. 1895.

En los derrames biliosos, distingue dos variedades de casos; aquellos en que el líquido está cargado de bilis que ha penetrado en el quiste antes de la operación, en cuyo caso es preferible marsupializar y drenar, pues la bilis puede ser séptica; y aquellos en que el líquido en el momento de la operacion conserva su limpidez ordinaria. No cree que la salida de bilis que se observa, haga fracasar la operacion; «las fístulas biliares secundarias me parecen debidas á ulceraciones de la bolsa, ulceraciones determinadas, sea mecánicamente por los tubos de drenage, sea por infeccion. Así, no creo que sean de temer cuando se reduce la bolsa despues de haberla suturado.» (Delbet) (1).

La técnica del procedimiento del Dr. Posadas, es como sigue:

Incision de las paredes abdominales en la línea media ó lateralmente, siguiendo una direccion paralela al reborde costal, segun la situacion del tumor. Abierta la cavidad abdominal y puesto en evidencia el tumor, se incinde con el bisturí ó se desgarra con dos pinzas el tejido hepático que cubre el quiste y la membrana periquística. La membrana fértil aparece entonces haciendo hérnia debido á la gran tension intraquística; es conveniente evitar que se rompa para extraerla íntegra, lo que suprimiría el derrame del líquido en la cavidad peritoneal. Se agranda cuidadosamente con tijeras la

(1) Gazette hebdomadaire, Febrero de 1897.

abertura de la membrana periquística, hasta que permita extraer la bolsa. Resécase lo más posible de membrana periquística y del tejido hepático adelgazado y degenerado que cubre el tumor para que la cavidad disminuya de tamaño. Se seca con el mayor cuidado la sangre ó líquido quístico que puede haber caído en la cavidad, y se cierra ésta por dos planos de sutura despues de haber doblado los bordes hácia adentro como en las suturas del intestino. Se reduce la bolsa y se sutura completamente la herida abdominal.

La limpidez del líquido hidatídico es un gran criterio para decidir el modo como se terminará la operación. Si se halla un poco turbio y se tiene la menor duda sobre sus condiciones de asépsia, es preferible marsupializar.

Por este procedimiento ha operado el Dr. Posadas veinte y tres casos de quistes hidatídicos del hígado; el resultado, como se verá por las historias resumidas que seguirán y que me han sido gentilmente facilitadas, ha sido inmejorable. Los veinte primeros, niños todos, fueron incluidos en la comunicacion que el Dr. Blancas hizo á la Academia de la Facultad de Medicina el 29 de Setiembre último. Los tres siguientes que son de adultos, no han sido publicados todavía.

En el servicio de Cirujía del Hospital Francés á cargo de mi distinguido maestro el Dr. Mabit, he visto practicar tres veces esta operación. El

resultado no ha podido ser mas satisfactorio, como podrá verse consultando las historias que van incluídas al final del presente trabajo. Los dos primeros operados estuvieron curados á los nueve dias y fueron dados de alta á los quince. El último, como se verá, presentò un cuadro sintomático bastante grave, que se atribuyó á la absorciòn de sublimado, por haber limpiado la cavidad con tapones embebidos en solución de bicloruro de mercurio y luego exprimidos para sacar el exceso; esto no impidió sin embargo su rápida curación. Se levantó á los 17 días de la operación y salió perfectamente curado al mes.

El retardo con relación á los otros dos, se explica además por haber supurado uno de los puntos de sutura de la pared abdominal; del lado del hìgado no hubo nada.

Estos tres operados han sido examinados algun tiempo despues y se ha podido constatar además de la no recidiva, que el hígado posee sus límites normales, prueba de la perfecta retraccion de la bolsa quística.

CONCLUSIONES

De todos los procedimientos que acabamos de citar, solo tres se recomiendan y se practican actualmente: la puncion aspiratriz con inyecciones parasiticidas, la laparatomia con marsupialización método de Lindemann-Landau, el procedimiento de sutura completa é inmediata, sin drenage, del Dr. Posadas.

El primero, fácil en su ejecución, con la ventaja de que al mismo tiempo es una ayuda para el diagnóstico, presenta los graves inconvenientes que hemos señalado al hablar de las punciones. Es además inseguro en sus resultados finales, lo que obliga muchas veces á intervenir nuevamente recurriendo á otra operacion.

El procedimiento de Lindemann-Landau, es muy seguro como resultado inmediato, pero tardío en su terminación, puesto que raramente se obtiene la curación antes de tres ó cuatro meses, en cuyo espacio de tiempo, la colerragia abundante que sobreviene, debilita á los enfermos y los expo-

ne á los inconvenientes inherentes á una fístula biliar.

El método del Dr. Posadas no puede practicarse en todos los casos: es necesario la asépsia completa del líquido intraquístico. Existiendo esta condicion indispensable es un procedimiento que reune toda clase de ventajas: resultado seguro y rápido, puesto que la curacion se obtiene en nueve dias y no hay el peligro de la colerragia y de las infecciones secundarias.

Aunque el número de casos tratados por este procedimiento no es bastante numeroso como para que pueda sacarse una conclusion exacta y establecerse una proporcionalidad aproximada relativa á la mortalidad, diremos sin embargo que de los veinte y cinco casos que conocemos, solo hay uno de muerte que pueda atribuirse á la operación (el nº 5), lo que dá, por lo tanto, una mortalidad de 4 por 100. Las otras muertes han sido orijinadas por enfermedades accidentales: el nº 4 por un enema de fenol; el nº 11 por ruptura en un bronquio de un quiste del pulmon; el nº 17 por neumonia doble desarrollada al rededor de quistes pulmonares. En todos ellos se observaba una primera intencion y nada anormal del lado del hígado. El nº 19 supuró, lo que constituye tambien un fracaso; es que en esta operacion más que en los otros procedimientos el cirujano debe estar seguro de que su antisepsia es perfecta.

La mortalidad de 4 por 100 de esta operacion es muy inferior á la que dá la de Lindemann Landau, que es de 10 por 100, segun Davies Thomas, y á la del procedimiento de Volkman que es de 19 por 100 egun el mismo autor. (1)

---

(1) Greig Smith, Chirugie abdominal

OPERADOS POR EL Dr. POSADAS

Num. 1 — Abril 1895

Antonio Larrea — 3 años—Quiste hidatìdico del lóbulo derecho del hígado del tamaño de un huevo de avestruz, cuyo comienzo se refiere al año anterior. Estaba alojado en el espesor del hígado y hubo que incindir la glándula hepática para llegar hasta él. No tenía vesículas hijas, pero sí un gran número de cabezas de ténia. El contenido era un líquido transparente como agua de roca. Se extrajo el quiste y se reunió la herida por completo. La curación fué completa á los 9 días en que se sacaron los hilos.

Núm. 2 — Mayo de 1895

Antonio Frumento — 10 años — Quiste hidatídico del lóbulo derecho y de la cara inferior del hígado, alojado en parte en el espesor del hígado y parte fuera de la glándula adhiriendo al cólon transverso y al epiplon. El quiste era del tamaño

de una cabeza de niño, no tenía vesículas hijas pero sí escolex; el líquido era transparente. Se hizo sutura completa. Curó por primera intención á los 9 días.

Núm. 3 — Agosto de 1895

Juana Lúcas — 10 años — Quiste hidatídico del lóbulo derecho del hígado, asienta en la cara convexa y se halla alojado en el espesor de la glándula, cuyo lóbulo ocupa por completo; rechaza hácia arriba el diafragma y el pulmon. El quiste era unilocular, sin vesículas hijas; el líquido era de color ligeramente amarillento. Tratado por la extirpacion y la sutura curó por primera intención á los 9 días.

Número 4

Carlota Alvarez — 13 años — Quiste hidatídico del lóbulo izquierdo del hígado, de un tamaño mayor que el de un huevo de avestruz. Era unilocular, no contenia vesículas hijas; el liquido era transparente. Tratado por la extirpacion y la sutura. Esta enferma sucumbió por habérsele hecho por error de una enfermera, un enema de 40 grs. de fenol. La herida operatoria estaba en perfectas condiciones y todo hacia esperar una cura por primera intención.

Núm. 5—Febrero de 1896.

Domingo Palyadore—4 años—Quiste hidatídico del lóbulo derecho del hígado, del tamaño de un puño, alojado en el espesor de la glándula, que data de 3 años. El quiste era unilocular, contenía gran cantidad de vesículas hijas unas como nueces; otras más pequeñas. El líquido era claro con cabezas de ténia. Tratado por la estirpación y sutura.—Muerto por peritonitis por infección operatoria.

Núm. 6—Marzo de 1896.

Nicolasa Méndez—8 años— Quiste hidatídico del hígado alojado en el espesor del lóbulo derecho, del tamaño de un huevo de pavo, que data de un mes y crece rápidamente El quiste era unilocular sin vesículas hijas; el líquido era claro y contenía cabezas de ténia. Tratado por extirpación y sutura; curación por primera intención.

Números 7 y 8—Mayo de 1896.

Maria Betegui—9 años—Quistes hidatídicos del hígado. Tumores del tamaño de cabezas de niño, alojados uno en el lóbulo derecho y otro en el lóbulo izquierdo. Se opera el del lóbulo derecho que era un quiste unilocular, sin vesículas hijas, con líquido de color bilioso. Operado por la extrac-

cion y la sutura, curó tambien por primera intención.

Al mes volvió la enferma con otro tumor del lóbulo izquierdo que fué igualmente tratado por la extracción y la sutura; este segundo tumor, de volúmen igual al primero, unilocular, de líquido transparente y sin vesículas hijas, curó tambien por primera intención.

Núm. 9—Mayo del 96.

María Bronchi—10 años— Quiste hidatídico del lóbulo derecho y de la cara convexa del hígado. El quiste se halla alojado en el espesor de la glándula, del tamaño de un huevo de avestruz, unilocular, sin vesículas hijas, líquido transparente y que data de 3 meses. Tratado por la extracción y sutura. Curó por primera intención.

Núm. 10—Agosto de 1896.

Delfina Argañarás—7 años—Quiste hidatídico del tamaño de una cabeza de adulto, alojado en el espesor del lóbulo derecho del hígado. Data de 6 meses. El quiste era unilocular, sin vesículas hijas; el líquido era claro y contenía cabezas de ténia equinococos. Tratado por extraccion y sutura, curó por primera intención.

Num. 11 — Agosto de 1896

Manuel Roldan — 11 años — Hidatósis múltiple del hígado, peritoneo, riñon, diafragma y pulmon. Quistes hidáticos múltiples del vientre de todo tamaño, del hígado, del epiplon y del mesenterio. Se extraen los mayores que son como huevos de avestruz en numero de *seis*; quedan otros quistes en el diafragma y en los intestinos, adherentes, que no se extirpan. Curacion por primera intencion. Muerte á los 15 dias por ruptura en un bronquio de un quiste del pulmon derecho. Habia en el otro pulmon dos quistes como naranjas y el vientre contenia todavia muchos quistes más.

Num. 12 — Octubre de 1896

Manuel Darquié — 5 años — Quistes hidatídicos del hígado. Tres tumores independientes que ocupan toda la glándula hepática: dos asientan en el lóbulo derecho, uno en el lóbulo izquierdo. Los quistes eran uniloculares, no contenian vesículas hijas, el líquido era transparente. Tratado por la extraccion y sutura curó por primera intencion.

Num. 13 — Noviembre de 1896

Nicolás de Pasqua — 9 años — Quiste hídatidico del tamaño de un huevo de avestruz, que data de 7 meses, alojado en el espesor del lóbulo derecho.

El quiste era unilocular, sin vesículas hijas, contenia líquido claro. Tratado por la extraccion y sutura curó por primera intencion.

Nnm. 14 — Diciembre de 1896

Saturnino Arguel!es — 12 años — Quiste hidatídico del lóbulo derecho y de la cara convexa del hígado, del tamaño de una cabeza de niño que databa de dos meses. El quiste era unilocular, sin vesículas hijas, líquido transparente. Tratado por la extraccion y sutura curó por primera intencion.

Num. 15 — Enero de 1897

Nicolás Lanusse — 10 año — Quistes hidatídicos del hígado. Dos tumores como huevos de avestruz uno del lóbulo derecho y otro del lóbulo izquierdo. Ambos datan de 3 meses, contienen líquido claro, sin vesículas hijas. Fueron tratados pola extirpacion y la sutura. Curacion por primera intencion.

Núm. 16. — Febrero de 1897.

Sofia Viola — 11 años. Quiste hidatídico alojado en el espesor del lóbulo derecho del hígado, del tamaño de una cabeza de adulto. Data de dos meses. El quiste era unilocular, sin vesículas hijas, de contenido líquido transparente, con

cabezas de ténia. Tratado por la extracción y sutura, curó por primera intención.

Núm. 17. — Abril de 1897.

Juan Veral — 13 años. Quistes hidatídicos múltiples. Un tumor que ocupa todo el vientre, lobulado, movible. En la rejion del hígado, otro tumor que hace cuerpo con la glándula. La afección data de 10 meses. Tratado por la laparotomia y la extracción de varios quistes del epiplon é hígado; no se prosigue por la imposibilidad de estirpar todos los tumores. Muerto á los 10 dias de *neumonia doble* desarrollada alrededor de quistes pulmonares. La herida estaba curada por primera intención. Habia quistes en el diafragma, hígado, mesenterio y pélvis menor.

Núm. 18. — Abril de 1897.

Maria Diaz — 7 años. Quistes hidatídicos del pulmon izquierdo y del lóbulo derecho del hígado.

Tumor del vértice del pulmon izquierdo que ha rechazado el corazón hasta la línea mamilar derecha y que data de 3 meses; ocasiona tos y dísnea. Se hace la resección temporaria de dos costillas; incisión del pulmon, extracción del quiste y sutura. El quiste era unilocular, no contenia

vesículas hijas, el líquido era claro. Curación por primera intención.

Al mes vuelve esta misma niña con un quiste hidatídico del lóbulo derecho del hígado del tamaño de una cabeza de adulto. Ya en la operación anterior se habia notado el hígado grande. Se extrajo el quiste del espesor de la glándula hepática y se reunió la herida. El quiste era unilocular, líquido claro, con numerosas vesículas hijas. Curó por primera intención.

Núm. 19. — Junio de 1897.

Cirilo Sevane — 11 años. Quiste hidatídico del lóbulo derecho que data de un año; del tamaño de una cabeza de adulto El quiste era unilocular; sin vesículas hijas, líquido claro. Fué tratado por la extirpación y sutura. Supuró; curó á los dos meses.

Núm. 20—Agosto 1897

Lorenzo Torres—9 años—Quistes hidatídicos del hígado, alojados en el lóbulo derecho de la glándula hepática, uno del tamaño de una cabeza de adulto y el otro como una naranja. Databan de 3 meses. Tratados por la extirpación y sutura. Cura por primera intención.

N*úm.* 21.

J. H.—24 años. Quiste hidatídico del lóbulo izquierdo del hígado, del tamaño de una cabeza de adulto; data de 6 meses. Ocasiona palpitaciones cardíacas y dolores. El tumor asienta en el hipocóndrio izquierdo, que se halla dilatado; el corazon está rechazado hácia arriba, la punta late en el tercer espacio. Incisión curva sobre la séptima costilla; se reseca el séptimo cartílago costal, se incinde el diafragma sin abrir la cavidad pleural y atravesando una capa de hígado esclerosado como de dos centímetros en la cara convexa del hígado, se llega al quiste. El líquido era claro; la membrana fértil contenia cabezas de ténia, no habia vesiculas hijas: el quiste era unilocular. Tratado por la extracción y sutura, cura á los ocho dias sin ningun accidente.

N*úm.* 22

J. A.—40 años. Quiste hidatídico del lóbulo derecho del hígado, del tamaño de una cabeza de niño, que data de 4 años y que crece muy lentamente. Se hace una incisión paralela al borde costal derecho; y se abre el quiste, que era unilocular, de contenido líquido claro, sin vesículas hijas, ni cabezas de ténia. Se extrae la membrana fértil, que era amarillenta y muy gruesa y se sutura. Cura por primera intención.

Núm. 23

J. Mena—31 años. Quiste hidatídico del lóbulo derecho del hígado. Tumor como un puño, muy duro, timpánico, en la línea média bajo el apéndice cifoides, que data de cinco meses; produce vómitos, dolor irradiado á los lomos, no sigue los movimientos respiratorios y es muy movible. Se practica la laparotomia mediana y se halla un tumor del tamaño de un huevo de avestruz, asentado en le cara anterior del hígado, recubierto por el estómago. Era unilocular, sin vesiculas hijas. Tratado por estirpación y sutura. Curación por primera intención.

Observación Núm. I

HOSPITAL FRANCÉS — SERVICIO DEL DR. MABIT, SALA IV

Cárlos Mathou. 64 años de edad, Francés, domiciliado en Bahía Blanca.

Su enfermedad data de dos años, fecha en que notó una tumefaccion en el hipocóndrio derecho, indolente espontáneamente y á la presion, que no ha hecho mas que progresar. No ha tenido urticaria ni ninguno de los otros signos reveladores señalados en los quistes hidatídicos del hígado, disgusto por los alimentos grasos, dolor de la espalda derecha, etc.

Entra al Hospital el 16 de Abril y el estado actual que se levanta dá los siguientes datos:

Buen estado general; conserva el apetito y no experimenta ningun dolor, sintiendo solo algo como un peso, una incomodidad en el sitio del tumor.

Á la *inspección* se vé que el hipocóndrio derecho es el sitio de una deformacion considerable; las costillas son rechazadas hácia afuera.

A la *palpación*, además de que se constata el

descenso del hígado, se siente debajo del reborde costal un tumor renitente, fluctuante, que sigue los movimientos del diafragma.

Por la percusion se limita una zona mate desde la 5ª costilla hasta una línea que pasa al nivel del ombligo. Este aumento de volúmen se halla solamente en el lóbulo derecho.

Se hace diagnóstico de quiste hidatídico del hígado, lóbulo derecho, cara anterior.

Operacion. (30 de Abril de 1896) Incision de 12 centímetros en el punto culminante del tumor, á dos centímetros del borde costal y paralelo á ese borde. Abierto el peritoneo parietal, al introducir la mano se encuentran algunas adherencias; incíndese el tejido hepático hasta llegar á la bolsa; se hace una puncion con un trocar que dá salida á un líquido claro y enseguida se extrae la membrana fértil. No se encuentran vesículas hijas. Con tapones embebidos en una solucion dé il de sublimado y exprimidos, se limpia la cavidad quística; se suturan los lábios de la bolsa con puntos reparados de catgut grueso. Las paredes abdominales se suturan por planos separados; dos con catgut, el peritoneo y los músculos y aponeurosis; la piel con crín de Florencia.

Post operatorio. No hubo nada digno de notarse durante los dias que siguieron la operación. La temperatura no subió á mas de 37°3. Del lado del peritoneo no hubo ningun signo de reacción

especial. A los 10 dias se sacan los hilos y se observa una curación por primera intención; el hígado se ha reducido enormemente. A los 15 dias se levanta.

Este enfermo ha sido visto diez meses despues de su salida del Hospital, y ha podido comprobarse el buen resultado obtenido por la operación.

Observación Nùm. II

HOSPITAL FRANCÉS — SERVICIO DEL DR. MABIT, SALA V.

Marcelina L. — Francesa, 48 años de edad, domiciliada en el partido de Juarez (Prov. de Bs. As.) Entra al Hospital el 16 de Mayo del 96.

Hace tres años que notó lijeros dolores en el hipocóndrio y flanco derecho; el tumor dice que data de 8 meses. No ha tenido urticaria.

A la *inspeccion* no se nota nada de anormal. A la *palpacion*, al nivel de la línea umbilical se siente un tumor duro, algo movible, doloroso á la presion, del tamaño de una naranja, que se continua con el hígado y que acompaña al diafragma en sus movimientos rítmicos respiratorios.

La *percusion*, confirma los datos obtenidos; matités normal para el borde superior y un descenso de dos traveces de dedo bajo el reborde costal del lado derecho y sobre todo en la línea media á cuyo nivel llega casi hasta el ombligo.

El estado general no ha sufrido alteracion; conserva el apetito, no ha tenido ictericia.

Operación. Incision en la línea media; abierta la cavidad abdominal se halla un quiste del tamaño de una naranja, del borde y de la cara inferior del hígado. Se evacua el liquido por una puncion aspiratriz; se extrae la membrana fértil, que no contiene vesículas hijas; se reseca parte del tejido hepático esclerosado que cubria el quiste y se sutura la bolsa y la pared abdominal como en el caso anterior.

En los dias que siguieron la operacion, no hubo accidentes de ninguna clase. Una lijera elevacion de temperatura que sobrevino el tercer dia, desapareció con un purgante de calomel. Se sacaron los hilos á los 9 dias. Sale del Hospital completamente curada á los 16 dias de la operacion.

Ocho meses despues, esta enferma ha podido ser examinada nuevamente; no hay recidiva; el hígado ha tomado sus límites normales.

Observación Núm. III

HOSPITAL FRANCÉS—SERVICIO DEL DR. MABIT—P. DE PENSIONISTAS

Fernando Ch. Francés, 23 años.—Su madre y un hermano suyo han sido operados también por quistes hidatídicos.

Desde hace 10 años ha tenido urticaria repe-

tidas veces. Ha notado la aparicion del tumor hace solo dos años: tiene disgusto por las materias grasas; no ha tenido dolor en la espalda derecha. Ha perdido fuerzas y su estado general ha empeorado á medida que el tumor ha aumentado de volúmen.

Estado actual. Tumor bien visible en el hipocóndrio derecho, renitente, fluctuante, indoloro expontaneamente, algo doloroso á la presion; llega por la parte inferior, como se comprueba por la palpacion y percusion hasta el ombligo. Los límites superiores del hígado son normales. Lateralmente, la tumefacción se extiende hasta el epigastrio.

Operacion. Incision en la línea média; abierta la cavidad peritoneal, el quiste aparece con tendencia á hacer hérnia; en el punto más saliente se introduce un trocart de Potain para hacer la aspiracion del líquido; pero la pared muy friable se desgarra y el líquido se derrama en el peritoneo en gran cantidad. El líquido era claro y no contenía cabezas de ténia. Se incinde hasta llegar á la pared del quiste; se extrae la membrana fértil que no contiene vesículas hijas. Se reseca parte de la capa de tejido hepático dejenerado que cubre la cara anterior de la bolsa; se límpia la cavidad resultante con tapones embebidos en solución de bicloruro débil y luego exprimidos. Sutura continua de la bolsa con catgut grueso. Las paredes

abdominales se suturan por planos separados como en los casos anteriores.

Por operatorio. Á la noche del dia de la operacion (26 de Agosto de 1897), 37°6 de temperatura; 105 pulsaciones, no tiene dísnea, pocos vómitos, lengua seca y saburral, pocos dolores localizados en la region operada.

El 27 por la mañana, 38°2. Sobreviene diarrea compuesta de mucosidades teñidas con sangre. Ligera estomatitis. Poca orina, que analizada muestra rastros de albúmina. Agitación, diarrea, 110 pulsaciones. Por la noche, 38°7. La diarrea ha continuado todo el dia; se administran grandes enemas. Ligero timpanisma. El pulso á 110; no tiene dísnea.

El 28 por la mañana 37°6. Ha tomado un purgante de aceite ricino que le ha hecho eliminar una gran cantidad de materias; éstas ya no están sanguinolentas. Régimen lácteo absoluto. Poca orina que aun contiene albúmina. Por la noche 38°.

El 29, por la mañana 37°5. Por la noche 39°4.

El timpanismo ha desaparecido. El pulso á 100.

El 30, 37° por la mañana. Por la noche 38°2.

La orina analizada no dá más albúmina. La diarrea ha desaparecido.

El 31, 37°2. Por la noche 38°.

El 1° de Setiembre, 37°. Por la noche 37°9.

El 2 » » 37°2. » » 37°7.

La temperatura vá descendiendo gradualmente hasta el día 5, en que por la noche alcanza á 37°4. Al día siguiente se sacan los hilos de sutura superficiales uno de los cuales ha supurado; se lava bien. No hay comunicacion con las partes profundas.

Continúa tomándose la temperatura que oscila por las noches entre 37°3 y 37°6, estando á la normal por la mañana. Se alimenta bien; no siente ningun dolor. La herida se cura diariamente. Se levanta á los 18 dias. Al mes la herida está completamente cerrada y sale del hospital.

MIGUEL ESTEVA BERGA.

Octubre, 1897.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Las inyecciones esclerógenas de Lannelongue, constituyen un buen tratamiento en el comienzo de las artritis fungosas.

II

En el cáncer del recto, cuando la invasion del neoplasma es muy estendida, el anus ilíaco es la única intervencion racional.

III

Los injertos dermo-epidérmicos impiden las cicatrices viciosas en las grandes pérdidas de sustancia.

Buenos Aires, Octubre 28 de 1897

Nómbrase á los Señores Académico: Dr. José T. Baca, Profesor Titular: Dr. Antonio C. Gandolfo y Profesor Suplente: Dr. Alejandro Posadas para que constituidos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis

E. DEL ARCA
L. Acuña

Buenos Aires, Noviembre 5 de 1897

SEÑOR DÉCANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno Miguel E. Berga.

« En el local de la Facultad á 4 de Noviem-
« bre de 1897, reunidos lós que suscriben encar-
« gados de dictaminar respecto de la admisibili-
« dad de la tésis presentada por el ex-alumno
« Miguel E. Berga que versa sobre "Contribucion
« al estudio del tratamento quirúrgico de los quistes
« hidatídicos del higado" resolvieron admitirla. Con
« lo que se terminó el acto. Firmados: J. T. Baca
« — A. Gandolfo — A. Posadas — Zenon Aguilar.

LUIS M. ACUÑA

Buenes Aires, Noviembre 5 de 18.7

Entréguese al interesado esta tésis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el dia en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA
Luis M. Acuña