UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO
DE LOS
QUISTES HIDATÍDICOS
DEL HÍGADO

TESIS INAUGURAL

DE

FRANCISCO LLOBET
Ex-interno por concurso del hospital Rawson; disector de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires; laureado en el concurso sud-americano del Círculo Médico Argentino (1893)

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE PABLO E. CONI É HIJOS
680 — CALLE DEL PERÚ — 680
1897

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO
DE LOS
QUISTES HIDATÍDICOS
DEL HÍGADO

TESIS INAUGURAL

DE

FRANCISCO LLOBET
Ex-interno por concurso del hospital Rawson; disector de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires; laureado en el concurso sud-americano del Círculo Médico Argentino (1893)

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE PABLO E. CONI É HIJOS
680 — CALLE DEL PERÚ — 680
1897

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

(Art. 162 del Reglamento de la Facultad).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Doctor ENRIQUE E. DEL ARCA

VICE-DECANO

Doctor Pedro Mallo

ACADÉMICOS TITULARES

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

ACADÉMICOS HONORARIOS

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

Secretario titular : Dr. Luis M. Acuña
Prosecretario : Dr. Zenón Aguilar

ESCUELA DE MEDICINA

TITULARES

Anatomía Descriptiva	Doctor Juan José Naón.
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	» Rodolfo de Gainza.
Fisiología General y Humana	» José M. Aztigueta.
Higiene Pública y Privada	» Melitón Gonzalez del Solar.
Patología General y Ejercicios clínicos	» Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma.
Patología Externa	» Obdulio Hernandez.
Patología Interna	» José Penna.
Anatómía Patológica	» Telémaco Susini.
Medicina Operatoria	» Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica.	» Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	» Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica.	» Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su clínica	» José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	» Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	» Julián Aguilar. » Antonio C. Gandolfo.
Clínica médica	» Eulemio Uballes. » Gregorio N. Chaves. » Luis Güemes.
Obstetricia y clínica respectiva	» Samuel A. Molina.
Medicina Legal y toxicología	» Eduardo M. Perez.
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata. » Anatasio Quiroga.
Física Médica	» Jaime R. Costa.
Historia Natnral Médica	» Eliseo Cantón.
Botánica Médica	» Adolfo Mujica.
Fisio-patología experimental	» Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Baldomero Sommer.
Laringología, otología y rinología	» Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	» Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	» J. Manuel Irizar.
Obstetricia para alumnas parteras	» Juan R. Fernández.
Odontología	» Nicasio Etchepareborda.

SUSTITUTOS

Anatomía Descriptiva	Doctor Juan D. Piñero.
Anatomía Topográfica	» Avelino Gutiérrez.
Histología teórico-práctico	Vacante.
Fisiología general y humana	» Pedro J. Coronado.
Higiene Publica y Privada	» Enrique Revilla » Ricardo Schats.
Patología General y Ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	» Enrique E. del Arca. » Angel M. Centeno.
Patoiogía Externa	» Daniel J. Cranwell. » Pascual Palma.
Patología Interna	» Marcial V. Quiroga.
Anatomía Patológica	» Carlos Malbrán. » José Badía.
Medicina operatoria	» Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica.	» José F. Molinari. » Alfredo Lagarde.
Enfermedades de los niños y Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero. » Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica.	» Francisco Barraza. » Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su clínica	» José A. Estevez. » Jose R. Semprun.
Clínica Quirúrgica	» Juan B. Justo. » Alejandro Castro. » Diójenes Decoud.
Clínica Médica	» Abel Ayerza (en ejercicio). » Julio Mendez. » Francisco Sicardi. » Ignacio Allende.
Obstetricía y su clínica	» Luis F. Vila.
Medicina legal y Toxicología	» Francisco Veyga. » D. Cavia.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Maximiliano Aberastury.
Laringología, otología, rinología	» Wenceslao Tello.
Obstetricía para alumnas parteras	» EnriquePietra nera.
Odontolagía	» Leon Pereyra.

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO DOCTOR TELÉMACO SUSINI

A MIS PADRES

Señor académico,

Señores profesores :

La frecuencia con que se observan en nuestro país los quistes hidatídicos del hígado, hace oportuna la cuestión tan debatida de su tratamiento.

No por encontrarnos ya distantes de la época en que se aconsejaba los baños para su curación, debemos tener por resuelto el problema de una manera definitiva, al extremo de poder aplicar sistemáticamente en cada caso, determinado procedimiento operatorio. No, tal exigencia sería prematura, á pesar de los progresos realizados en esta materia.

Los cirujanos, en efecto, no se han puesto de acuerdo todavía, pues mientras unos presentan como único tratamiento eficaz la laparotomía, otros preconizan con entusiasmo la simple punción aspiradora.

Puede decirse que hasta 1825 no hubo un sistema racional para la curación de estos quistes, siendo Recamier quien, en esa fecha, ideó el de la *cauterización evacuadora* que, aun cuando constituía en realidad un progreso, no tardó en ser abandonada.

Más tarde se creyó encontrar un procedimiento más seguro en la *punción capilar*, cuya sencillez y relativa eficacia lo hicieron aceptar casi sin discusión, hasta que una serie de fracasos vinieron á revelar los peligros que traía aparejados. Volvióse entonces al de Recamier, como base de una serie de tentativas para facilitar la apertura de la cavidad peritoneal, llegando por este camino al procedimiento más perfecto de Tillaux y al de Wolkmann que, apoyado en la antisepcia, permitía practicar con éxito la antigua incisión de Begín.

Los procedimientos fueron haciéndose cada vez más quirúrgicos y regulares, hasta llegar á la laparatomía, que puede considerarse como la última etapa de esta evolución y que, prestigiada por los resultados obtenidos por Lindemann, Championière, Segond, Trelat y Reclus, con ayuda de la

antisepsia, se ha impuesto como tratamiento de elección.

Hoy día los cirujanos se esfuerzan por perfeccionar el sistema y agotan los recursos de su arte, en la tarea de suprimir los inconvenientes que dificultan la cura de una afección tan generalizada.

Al ocuparme del tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado, he de dedicar preferente atención á los procedimientos últimamente ideados, entre nosotros y el extranjero. Al efecto estudiaré someramente, en el primer capítulo, el tratamiento llamado médico, dedicando el segundo al quirúrgico y el tercero á la aplicación de este último y á las observaciones recogidas por el cirujano del Hospital Rawson, doctor Andrés F. Llobet.

TRATAMIENTO MÉDICO

Punción simple

La experiencia había demostrado que bastaba la perforación de la membrana quística para obtener la muerte de los hidátides y la regresión del tumor, dando así origen al procedimiento de la punción simple, que se ha conservado como método racional.

Jobert, fué el primero en concebir esta idea, aconsejando la introducción de un *trocart*, en el quiste, diariamente, hasta su desaparición; pero por lo general, no sólo no obtenía su objeto, sino que, debido á la falta de precauciones antisépticas con que procedía, no era raro ver morir sus operados después de una supuración prolongada.

Sobre esta misma idea reposan los procedimien-

tos de la Electropuntura y Acupuntura, igualmente inútiles y llenos de peligros, pues se les reprocha dar lugar á la supuración y determinar intensos dolores.

Todos estos procedimientos, así como el de Borgherini, que consite en substraer con una jeringa de Pravaz algunos gramos de líquido, han sido, y con razón, completamente abandonados por su poca eficacia y serios inconvenientes.

Punción aspiradora. — Este método, que no es más que una variante del de la punción simple, constituye actualmente, gracias al impulso dado por M. Dieulafoy, un medio de diagnóstico y de tratamiento en los quistes hidatídicos del hígado. Se propone producir la muerte de la hidátide privándola de toda su agua.

Vamos á detallar su técnica operatoría teniendo en cuenta los accidentes que suelen presentarse cuando no se observan ciertas reglas en su práctica.

Esta operación debe hacerse con todas las precauciones antisépticas que son actualmente de rigor: limpieza prolija de la piel, desinfección cui-

dadosa del aparato aspirador que se emplee y que podrá ser el de Dieulafoy, Potain, Llobet, etc.

Estando el enfermo en cama y en decúbito dorsal, se introduce la aguja nº 2, untada previamente con aceite fenicado, en la parte mate y culminante del tumor, si este proemina en la región abdominal, ó en el octavo espacio intercostal derecho sobre la línea axilar, si se presume que tiene su asiento en la parte póstero-superior del higado; la cesación de la resistencia indicará su llegada á la cavidad. Se abre entonces la llave de comunicación con el aparato, y, debido al vacío que se ha tenido precaución de hacer en él previamente, el líquido aparecerá en el recipiente; la aguja deberá introducirse más profundamente á medida que el quiste se vacíe y el aspirador hará todo el trabajo, absteniéndose el operador de ejercer presión sobre la pared abdominal y de cambiar de posición al enfermo con el objeto de facilitar y apresurar la salida del liquido. Cuando éste haya cesado de salir, se retira la aguja, sin cerrar la llave de comunicación, pues de esta manera el vacío que debe existir en el recipiente le impedirá caer en el trayecto

recorrido por la cànula. Terminada la aspiración se oblitera la pequeña herida con algodón empapado en colodio aséptico, cubriéndose el vientre con un vendaje lijeramente compresivo y cuyas vendas deben colocarse antes de comenzar la operación. El enfermo guardará cama uno ó dos dias, procurando conservar en lo posible su actitud en decúbito dorsal.

Debe procurarse que la evacuación del quiste sea total, porque sino, el líquido que queda podría derramarse en el peritoneo, escapándose por la perforación de la membrana.

Cuando el quiste contiene muchas vesículas hijas y diminutas ó cuando una de ellas obtura la extremidad de la aguja, la punción resulta ineficaz y el líquido no aparece.

Suele suceder también que, á pesar de haberse obtenido una buena cantidad de líquido, el tumor no desaparece en totalidad y esto es debido á la presencia probable de otro quiste vecino, separado del primero por un delgado tabique de substancia hepática. En semejante caso se practicará una nueva punción al lado de la primera.

Los enfermos, después de esta operación, no experimentan por lo regular accidentes febriles, ni dolores, pasando, como dice Dieulafoy, insensiblemente de la enfermedad á la curación. Sin embargo, suelen observarse accidentes serios, como ser la urticaria y otros síntomas generales de intoxicación hidatídica aguda, que han llegado hasta poner en peligro la vida de los operados.

La urticaria, cuando se presenta sola, es una complicación sin importancia; los enfermos no experimentan mayor molestia á no ser un ligero prurito que les dura dos ó tres días; pero el cuadro cambia cuando viene acompañada ó precedida de síntomas generales. Entonces se les ve sufrir inmediatamente ó algunos minutos después de practicada la punción, un gran malestar general, caracterizado por escalofrios, disnea, náuseas, vómitos, hipo, meteorismo abdominal; la temperatura asciende rápidamente y uno cree asistir al comienzo de una peritonitis.

En un caso publicado por Chauffard en la *Semaine Médicale* la punción dió lugar á accidentes te-

rribles: se acababa de extraer 10 gramos de líquido cuando se apoderó del enfermo un malestar súbito; sentóse en la cama y se puso á rascar desesperadamente la nuca, el cuello y el vientre. Pocos instantes después estalla un ataque epiléptico generalizado sin grandes movimientos clónicos; la cara contraída y cianótica, los miembros en convulsiones tónicas, líquido espumoso en la boca, pérdida de orinas y de materias fecales. Pasados algunos minutos, cuando se creía que todo concluía, se desarrolla un nuevo ataque eclámptico con gran agitación y angustia, espectoración espumosa y blanquisca, el cuerpo cubierto de sudor, el pulso rápido y pequeño, hasta que la muerte, dice Chauffard, termina esta terrible escena, veinticinco minutos después de la punción.

Un accidente análogo ha sido observado en el servicio del doctor Sicardi en el Hospital de Clínicas. Se trataba de un quiste del hígado en un sujeto de veintiún años de edad. Se hace una punción al solo objeto de controlar el diagnóstico, confiando en la *inocuidad* del proceder; inmediatamente, — pues nuestro amigo y condiscípulo el

doctor Emparanza, entonces interno del servicio, aún observaba el líquido extraído — se desarrolla en el paciente una serie de fenómenos que hacen preveer un desenlace fatal. Cianótico de los pies á la cabeza, el enfermo comienza á agitar convulsivamente los miembros, al mismo tiempo que un intenso prurito le obliga á un *grattage* violento de todo su cuerpo; el edema que invade los párpados y labios, desfigura enormente la fisonomía del sujeto, mientras que los escalofríos, la alta temperatura — llegó á 40° — y la profunda postración en que quedó sumergido, confirman más aún las presunciones que se abrigaron al comenzar el ataque.

Felizmente no sucedió así, y los que asistían á aquel cuadro, que impresionó fuertemente, vieron con alegría la desaparición gradual de los síntomas observados, conservando sólo el recuerdo de esta emoción desagradable. El enfermo conservó unos días una urticaria generalizada y un estado ligeramente febril.

Este formidable accidente fué atribuído al derrame del líquido en el peritoneo y en efecto, el volu-

men del tumor disminuyó considerablemente después de la punción, concluyendo por desaparecer totalmente un mes después, en que salió curado del hospital.

Ahora bien, ¿cuál es la causa de estos fenómenos? Para M. Jaccoud son debidos á una acción refleja proveniente de la punción del peritoneo, opinión que no es aceptable si se tiene en cuenta que suelen presentarse á consecuencia de la punción de quistes exteriores. La opinión de Devobe, que los atribuye á intoxicación por la penetración en el torrente circulatorio del líquido quístico, es la generalmente aceptada.

Acabamos de ver con estos dos ejemplos, los peligros felizmente excepcionales á que puede dar lugar una simple punción capilar, debiendo ahora apreciar los resultados terapéuticos que se pueden esperar de este procedimiento, empleado como tratamiento único de los quistes hidatídicos del hígado.

La simple punción evacuadora cuenta indudablemente con algunas curaciones, aún después de una sola intervención, pero estos casos son excep-

cionales y los ejemplos presentados como éxitos definitivos son difíciles de admitir como tales, pues les falta el control de una larga observación. Por otra parte, no dejan de tener sus inconvenientes las punciones repetidas; pues en ellas suele observarse la supuración del quiste, á pesar de haberlas hecho con todas las precauciones antisépticas.

En resumen, la punción aspiradora es infiel y á veces peligrosa, en el tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado.

Punción é inyección parasitícida.

Boinet fué el primero en usar como líquido parasitícida la tintura de yodo, pero como resultado de su empleo no obtuvo sino fracasos y accidentes graves, como el yodismo, la inflamación y aún la muerte. Más tarde Dolbeau indicó el empleo de la bilis, por haber observado que en los quistes, varias veces punzados, sobrevenía la curación recién cuando el líquido contenía aquella substancia; su

uso no dió resultado. Lo mismo diremos del alcohol diluído y el agua, que fueron sucesivamente ensayados y hubiera sido completamente abandonado el método, á no ser el feliz resultado que obtuvo Guido Baccelli, empleando otra técnica y otro líquido parasitícida. En efecto, este profesor en una lección clínica dada en Roma en 1887, hizo conocer los resultados obtenidos por medio del bicloruro de mercurio, en el tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado. Más tarde Devobe modificó su procedimiento, aunque empleando el mismo líquido parasitícida bajo la forma de licor Van Swieten.

He aquí cómo proceden ambos profesores:

Procedimiento Baccelli. — Se retira con una jeringa 20 gramos de líquido quístico y se reemplazan por una dósis equivalente de bicloruro de mercurio al 1 °/₀₀.

Procedimiento Devobe. — Se evacúa completamente el quiste, después se inyectan 100 gramos de licor Van Swieten, los cuales se retiran á los diez minutos para evitar los accidentes de intoxicación. Chantemesse, por la misma razón, acon-

seja hacer lavajes de la cavidad quística con agua salada esterilizada, después de haber aspirado la solución de sublimado. Para impedir la combinación insoluble del bicloruro con las materias albuminosas, es necesario acidular el licor de Van Swieten según la fórmula de Laplace.

Procedimiento Hanot. — No es más que una combinación de los precedentes. Después de evacuar totalmente el quiste, como lo hace Devobe, se abandona en su cavidad una dósis de bicloruro, — 20 gramos de licor Van Swieten,—suficiente para destruir los hidátides y oponerse á la supuración del quiste, pero insuficiente para producir accidentes de intoxicación. Según los estudios de Chauffard y Widal, 18 gramos de licor Van Swieten aseguran la esterilización de un quiste cuya capacidad cúbica sea de un litro.

Otras substancias, aunque menos eficaces que el bicloruro, son también empleadas como parasitícidas. Chauffard preconiza el agua naftolada, en la proporción de 4 á 8 gramos de naftol por 1000 de agua; esta substancia, siendo insoluble, se deposita en capa delgada sobre las paredes del

quiste. Como decimos anteriormente, su acción es poco enérgica con relación á la del sublimado; igual cosa diremos de las soluciones de ácido salicílico, sulfato de cobre y emulsión yodoformada.

Estos procedimientos en el tratamiento de los quistes hidáticos del hígado, diferentes, en cuanto á la substancia empleada ó en cuanto á la dosis de las mismas, se proponen, sin embargo, fines iguales: destruir primeramente la hidátide y luego oponerse á la infección del quiste, todo con una dosis de líquido antiséptico insuficiente para dar lugar á fenómenos de intoxicación.

En general, la práctica de este método está sujeta á los mismos inconvenientes que la del método por la punción simple, de que hemos hablado ya. Pueden observarse, en efecto, accidentes de intoxicación hidatídica, máxime si se emplea el procedimiento de Baccelli, que no sustrae más que una pequeña cantidad de líquido, siendo susceptible por lo tanto de que el sobrante, rechazado por la presión de las paredes del quiste, se vierta en el peritoneo por el orificio de la punción. Con el pro-

cedimiento de M. Devobe, si bien se está menos expuesto á que este accidente suceda — desde el momento que se evacúa completamente el quiste— en cambio, dada la dosis de bicloruro que se emplea, los fenómenos de intoxicación hidrargírica son frecuentes, sobre todo si el quiste en cuestión pertenece á la variedad multivesicular, en los que, á pesar de la aspiración, no se consigue muchas veces retirar más que una cantidad mínima del líquido inyectado.

Ahora bien, si imitáramos á Hanot, ahorraríamos, es verdad, los inconvenientes que traen aparejados los manuales de Baccelli y Devobe, pero en cambio los resultados terapéuticos que su proceder nos permite obtener en los quistes multivesiculares, son muy pobres, por no decir negativos. En efecto, la débil cantidad de sublimado introducida en el quiste es insuficiente para llegar á destruir todas las vesículas hijas, aunque el sabio profesor nos diga que por endósmosis se obtiene la destrucción de todas ellas. No debemos olvidar que á este respecto, es decir, tratándose de quistes multivesiculares, Baccelli y Devobe no nos brin-

dan mayores seguridades, debiendo en consecuencia deducir que los únicos quistes que podrían curar con el método de las inyecciones parasitícidas, serían los uniloculares no supurados y de reducido volumen.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Los fracasos á que frecuentemente expone el tratamiento llamado médico, así como los peligros que en ocasiones acarrean procederes en apariencia benignos, son causa de que en la actualidad se haya limitado muchísimo su empleo, á tal punto, que podríamos decir, que hoy día el tratamiento de elección de los quistes hidatídicos del hígado, es la intervención quirúrgica. Se recurre desde luego á un proceder más seguro, casi siempre radical, y que desprovisto de los inconvenientes que hacen ineficaces y peligrosos otros medios, se ampara además en las seguridades de inocuidad que ha proporcionado la asepsia y antisepsia á la cirugía contemporánea.

El tratamiento quirúrgico ha sufrido y sufre actualmente modificaciones que le imprimen, no ya

los hombres, sino las épocas en que se ejecuta, porque es natural que, teniendo por fin vaciar el quiste y determinar la oclusión de la cavidad, no haya logrado su objeto de igual manera en los comienzos de nuestro siglo que en la actualidad.

Así, para llegar á este resultado, antes del advenimiento de la cirugía antiséptica, era preciso proteger el peritoneo por medio de adherencias inflamatorias entre la pared del quiste y la hoja serosa parietal, y de ahí que se creara una serie de procedimientos, más ó menos ingeniosos que actualmente no conservan sino un interés histórico, en vista de lo cual seremos breves en su descripción.

Recamier fué el primero en hacer uso de la intervención quirúrgica. Depositaba sobre la parte culminante del tumor una capa de pasta de Viena, esperaba la caída de la escara para hacer otra aplicación y así sucesivamente hasta que el cáustico, por mortificación de los tejidos, abriera el quiste.

Los procedimientos de Richet, Saint-Germain, Tillaux, eran más ó menos idénticos al precedente, aunque con ligeras variantes.

El de Boinet, aunque basado en el mismo principio,—la producción de adherencias protectoras, —difería sin embargo en su técnica; se introducía un *trocart* de un centímetro de diámetro, que era sustituído más tarde por una sonda de goma por donde se escurría el líquido.

Verneuil ejecutaba la doble punción. Dos largos *trocarts* eran introducidos en la parte culminante del tumor á una distancia de 4 centímetros uno de otro, los que se sustituían inmediatamente por tubos de goma; al cabo de ocho ó diez días, cuando la inflamación adhesiva era un hecho, entre el quiste y la pared vecina á los tubos, se incindía el puente de tejido intermediario á los dos orificios, obteniéndose así una ancha abertura por donde se practicaban lavajes de la cavidad.

La técnica de Wollkmann constituye un adelanto respecto de la que empleaban sus predecesores. Incindía con el bisturí la pared abdominal hasta el peritoneo inclusive y la herida que resultaba la llenaba con gaza, aplicándole después una curación algodonada. Al cabo de diez ó doce dias cuando las adherencias entre la superficie hepática y la ve-

cindad de la herida estaban formadas, abría el quiste sin temor de que su contenido se derramase en el peritoneo; después colocaba un tubo de drenaje por el cual hacía lavajes hasta obtener la curación completa.

Actualmente todos estos procedimientos, explicables cuando no se tenía una noción exacta de la asepsia y la antisepsia, no tienen razón de ser y el emplearlos será un contrasentido quirúrgico. En efecto, las adherencias, inútiles las más de las veces, dificultaban la acción del cirujano y su poca solidez constituía un peligro inminente, sobre todo si el quiste era supurado. Por otra parte, los dolores ocasionados por la aplicación de los cáusticos y la lentitud con que se formaban las adherencias, no hacían más que agravar la situación de los enfermos. Si incluímos en la misma crítica el procedimiento de Wollkmann es porque, siguiendo los métodos antiguos, se preocupa de establecer adherencias inflamatorias antes de abrir el quiste, aunque difiera de ellos por la manera de realizarlo; exige, además, suma prudencia en las curaciones ulteriores, porque las adherencias de la herida son

muy débiles y pueden romperse dando lugar á la efusión de líquido en el peritoneo.

Procedimiento de Lindemann-Landau. — Aunque el procedimiento de Wollkmann pueda ser de elección para cirujanos poco ejercitados, hay que preferir la incisión en un solo tiempo que, aunque más dificultosa, realiza, sin los inconvenientes del primero, una cura más rápida y segura.

No ha mucho que Lindemann introdujo en la práctica quirúrgica el procedimiento en un solo tiempo. Incinde las paredes abdominales hasta el quiste y tapiza la herida con el peritoneo visceral suturándolo á los bordes de la pared abdominal. Después coloca en la membrana fibrosa periquística dos hilos ; á fin de atraerla convenientemente é incindirla. Pero como era de temer que el líquido quístico se derramara en el peritoneo al menor descuído, Landau propuso hacer previamente á la incisión del saco, la aspiración de su contenido, seguida de extracción de la membrana fertil y drenaje de la cavidad. Después efectuaba, hasta la curación, lavajes antisépticos abundantes.

No entraremos aquí en mayores detalles sobre

los tiempos de la operación que se conoce hoy por de Lindemann-Landau, pues lo haremos más adelante al describir el proceder del cirujano del Rawson doctor Llobet. Vamos sólo á discutir las ventajas é inconvenientes de su empleo.

No se puede negar sus inmensas ventajas: permite por la laparotomía, que se hace previamente, explorar con comodidad la cavidad abdominal, pudiendo establecerse así el diagnóstico de la naturaleza exacta y del sitio preciso dèl quiste hidatídico, así como determinar el número de éstos que tienen implantación en la glándula hepática, sin correr el riesgo de dejar alguno sin tratamiento. Por otra parte, deja evacuar el saco sin ningún peligro, máxime si son quistes superficiales que se pueden en parte sacar afuera para incindirlos; además se libra al enfermo de intervenciones repetidas, hecho de suma importancia cuando se trata de quites voluminosos que afectan el buen funcionamiento de los órganos vecinos. Ahora, cuando el quiste está supurado es indiscutiblemente el procedimiento de elección, pues conjura el peligro de la ruptura con sus desastrosos efectos.

En fin, el éxito que se obtiene con él, en los quistes no supurados, es tal que su mejor elogio son las recientes estadísticas, que no consignan un solo caso de muerte.

Debemos, no obstante, consignar á costa de cuántos inconvenientes se alcanzan los resultados que señalan esas estadísticas.

Uno de los reproches que se le hace á este método de la marsupialización y el drenaje y que ha hecho que muchos facultativos empleen con preferencia las inyecciones parasitícidas, antes de recurrir á él, es la lentitud con que curan los enfermos; serio inconveniente que depende únicamente del hecho de dejar la cavidad periquística en comunicación con el exterior, drenándola.

La rapidez en la desaparición de esta cavidad y por consiguiente de la curación, parece que dependiera no tanto de su volumen como de la situación, superficial ó profunda del quiste en la glándula hepática.

Los grandes quistes superficiales se ven en efecto cerrarse más pronto que los de un tamaño menor, pero profundamente incluídos. Esto fácilmen-

te se explica, si se tiene en cuenta que, en los primeros, después que se les ha extraído la membrana fértil, sus paredes, flácidas y movibles, tienden á adosarse, ya expontáneamente ó por la presión de las asas intestinales, distendidas por los gases. Esta yuxtaposición, simple al principio, se hace más tarde definitiva por medio de adherencias fibrosas, quedando la cavidad obliterada. Por el contrario, en los quistes profundos é incluídos totalmente en el parénquima, la obliteración de la cavidad se hace esperar más tiempo, porque sus paredes rígidas no se deprimen, no vuelven la una hacia la otra inmediatamente de extraída la membrana fértil, efectuándose su cierre más bien por una retracción concéntrica, que por adosamiento de aquellas.

Además se acusa á este procedimiento de presentar con alguna frecuencia dos complicaciones: la bilirragia y la supuración.

La bilirragia del saco es, en efecto, una complicación que suele presentarse á las pocas horas ó en los días subsiguientes á la operación. Por lo general, el derrame es insignificante y desaparece rápi-

damente, pero en otros casos es considerable. M. Segond, en su artículo del *Tratado de Cirugía* sobre quistes hidatídicos del hígado, cita una observación de Wechselmann, en la que el enfermo perdía diariamente 750 gramos de bilis; y otra propia, de un enfermo en quien el derrame duró seis semanas. Pero en honor de la verdad, diremos que estos casos, en que la bilis se derrama en tan gran cantidad, son excepcionales, aunque dignos sin embargo de tenerse en cuenta, si se tiene presente el rol importante que juega la bilis en el proceso digestivo gastro-intestinal.

Se ha explicado la bilirragia del saco de diversas maneras: Potherat no considera este accidente sino como una consecuencia, no siempre fatal, de la decompresión brusca de sus paredes. Kuester la atribuye á la marcha no aséptica de la curación y Genzmer y Leisnink, la explican por la ulceración de los canalículos biliares situados en el espesor de sus paredes.

La hipótesis de Potherat explicaría la bilirragia que suele suceder á las pocas horas de la operación; y las dos últimas, la que suele presentarse en los

días subsiguientes, cuando se observa al mismo tiempo la supuración del saco.

Las numerosas curaciones á que obliga el tratamiento post-operatorio, hacen inevitable la supuración con todo su cortejo perjudicial para el enfermo: retardo de la curación, agotamiento y demacración del paciente, que termina en ocasiones en un desenlace fatal.

Tratando de abreviar en lo posible estas curas que se hacen así interminables, es que los cirujanos modernos buscan variantes al procedimiento de la laparotomía, en beneficio de sus operados. Así es cómo en estos últimos años hemos presenciado tratamientos quirúrgicos, cuyos resultados satisfacen las mayores exigencias: vaciar el contenido quístico, extraer su membrana fértil y obtener, previa sutura, la curación por primera intención. Este es el objetivo á que se encamina la cirugía contemporánea, esperando imponer como método de elección un tratamiento que reuna á la seguridad de su acción, la rapidez de la curación y evite los peligros á que frecuentemente conducen los otros.

Un procedimiento semejante, es claro que no puede emplearse sino en quistes no supurados, pues es deber ineludible del cirujano, evitar la infección y no exponer al paciente á sus peligrosas contingencias.

Buscando esto, fué que Billroth y Thornton suprimieron el drenaje y cerraron la pared que cubría el quiste, obteniendo su curación, y que, entre nosotros, el doctor Llobet la llevó á cabo, como lo demuestra la historia que, publicada en la *Revue de Chirurgie* de 1893, reproducimos á continuación.

« Pedro C... ocho años de edad, presenta en la región umbilical un tumor del tamaño de una naranja y que sigue los movimientos de inspiración.

« *Operación.* — El 20 de noviembre de 1890, incisión sobre la línea media, de cinco centímetros, cayendo sobre el tumor. Abierta la cavidad abdominal el quiste es punzado, y el hígado incindido hasta una profundidad de dos milímetros. La vesícula extraída presenta el volumen de un huevo de avestruz.

«Después de haber examinado los órganos contenidos en la cavidad abdominal y constatado su estado normal *nos decidimos á suturar la herida hepática con catgut, dada su poca extensión y la ausencia de bilirragia. Las paredes abdominales fueron suturadas en seguida.*

«*Resultados.*—No hubo fiebre, los hilos fueron sacados al *octavo día*, lenvantándose el niño al décimosexto. La inapetencia habitual continuó, aunque sin mayores sufrimientos.

«Cuarenta días después de la operación, presentó el niño un segundo tumor de desarrollo rápido. La parte más culminante de este tumor se hallaba en la región esplénica. Sin embargo, el aumento de volumen del hígado, la ictericia concomitante y la debilidad general que aumentaba cada día nos llevaron á pensar que se trataba de un segundo quiste intrahepático. No permitiendo el estado general una segunda intervención, hicimos una punción que dió 1500 gramos de un líquido límpido é incoloro.

«Acentuándose algunos días después la debilidad, aconsejamos la estadía en una población ma-

rítima. La estadía al borde del mar no produjo ninguna mejoría y en vista de que el niño se quejaba de violentos dolores al vientre, los padres resolvieron traerlo otra vez á Buenos Aires. En el viaje devuelta murió súbitamente en el tren.

«Es difícil asignar una causa cierta á esta muerte rápida, pero es permitido, sin embargo, atribuirla á la ruptura de un quiste formado ulteriormente.»

En este caso y en otros que operó después el doctor Llobet, una vez extraída la membrana fértil, suturó el saco fibroso periquístico y lo abandonó en la cavidad abdominal, cerrando inmediatamente después esta cavidad: es decir que procedió en aquella época como más tarde aconsejan casi simultáneamente entre nosotros el doctor Alejandro Posadas, y en Francia M. Pierre Delbet.

Actualmente el doctor Llobet, previendo malos resultados, ha innovado su primitivo procedimiento en la forma que veremos á continuación.

Procedimiento del doctor Andrés F. Llobet. — Al describir esta operación, tal cual la practi-

ca este cirujano, vamos á suponer, como lo hemos hecho al enumerar los diferentes tiempos de que se compone el procedimiento de Lindemann-Landau, que el quiste sea ántero-superior con relación á la superficie hepática y que proemine por debajo del reborde costal derecho, é inmediatamente por detrás de la pared abdominal.

Los preparativos del enfermo son iguales á los de toda intervención en la cavidad abdominal; el cirujano tomará todas las precauciones antisépticas que son actualmente de rigor.

Incisión vertical lateral de 10 á 15 centímetros de la pared abdominal y que corresponda en su parte media al punto culminante del tumor, seccionando el peritoneo parietal en toda la extensión de la herida músculo-cutánea; se percibe así en el fondo de la incisión el quiste, que supondremos parcialmente incluído en la glándula hepática. Para evitar el derrame de líquido en el peritoneo, se colocan compresas entre el hígado y la pared abdominal, dejando á descubierto una pequeña superficie del tumor, que es por donde se introduce el *trocart*. Si no hay vesí-

culas hijas se vaciará fácilmente su contenido líquido, pero si por el contrario es multivesicular, la punción no dará resultado, en cuyo caso se hará al saco un simple ojal con el bisturí, teniendo únicamente más cuidado en la protección del peritoneo. En cualquiera de estos dos casos la presión en el saco fibroso periquístico queda disminuida, pudiéndosele sacar así en parte afuera, para incindirlo ampliamente y extraer la membrana fértil. La dificultad que se presenta algunas veces en la extracción de esta última, sobre todo si el saco es profundo y contiene muchas vesículas, se remedia singularmente empleando para este objeto la pinza Nelaton, que posee largas ramas y anchos mordientes.

Vaciado el saco completamente de su contenido, se resecan sus paredes, si son excesivas, á un nivel tal que los bordes que queden se puedan unir fácilmente á los labios de la herida abdominal. Esta marsupialización, se hace por medio de una sutura continua, ó bien con puntos separados, empleando al efecto catgut prolijamente esterilizado. Hecho esto, se seca la cavidad cuidadosamente

con una compresa, cerrándola después completamente con la pared abdominal suturada. Los puntos de sutura de esta última, deben ser colocados en dos planos comprendiendo en el primero los músculos y la pared del saco, y en el segundo, la piel.

Por este procedimiento, con el que cierra la cavidad quística sin drenarla, el doctor Llobet obtiene en sus operados la curación por primera intención, á los ocho días. Concíbese, pues, sin mayor discusión, las ventajas de su empleo.

Sin embargo, se le podría objetar que siendo la infección del saco un accidente frecuente, el pus se coleccionaría en su cavidad con los peligros consiguientes.

La infección suele acontecer es verdad, pero en la mayoría de los casos, ¿no será debida á que se la deja abierta como en el procedimiento de Lindemann-Landau, practicándose curaciones poco prolijas?

Por otra parte, es muy probable que esta infección sea facilitada por la misma presencia de los tubos de drenaje, que irritando mecánicamente las paredes del saco, aumenten la transudación de se-

rosidad, que acumulada en las partes declives que se drenan mal (ya sea por su mala dirección ó por el decúbito de los enfermos) sirva de caldo de cultura á los microbios llevados por aquellas curaciones poco prolijas.

Se le podría también objetar que el temor á la bilirragia del saco, constituye otro inconveniente para proceder así; pero este es un reproche que no tiene razón de ser si se tiene en cuenta la poca frecuencia de este accidente y además, porque parece, como lo asevera Kuester, que fuera en la mayoría de los casos, una consecuencia de la marcha no aséptica de la curación. Probablemente el pus exfoliaría la membrana periquística, poniendo á descubierto su red de capilares biliares y de ahí la bilirragia consecutiva.

Pero dado el caso que sobreviniesen estos accidentes, el procedimiento del doctor Llobet no constituye un peligro, puesto que la fijación del saco á la pared abdominal, impedirá que el pus ó la bilis coleccionadas en su cavidad se derramen en el peritoneo.

Para hacer esta evacuación en semejante caso,

bastará levantar dos ó tres puntos de sutura de la herida y separar sus labios—adosados aún por débiles adherencias,—mediante una sonda acanalada; después se introducirá un grueso tubo de drenaje por donde se harán grandes lavajes antisépticos, y la curación se hará como cuando se emplea el procedimiento de Lindemann-Landau. En este caso, practicando la operación de Llobet, no se habrá hecho más que una tentativa de curación por primera intención, que la supuración ó la bilirragia han impedido que se realice.

APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Segond ha dividido los quistes hepáticos, según su situación, en cuatro grupos principales:

1° Quistes ántero-superiores;

2° Quistes póstero-superiores;

3° Quistes ántero-inferiores;

4° Quistes póstero-inferiores.

Si adoptamos esta división es porque cremos con Potherat que, « exacta bajo el punto de vista anatómico y ventajosa bajo el punto de vista clínico, debe ser conservada, teniendo en cuenta el acto operatorio ».

Ahora, de acuerdo con su situación, discutiremos las modificaciones que el tratamiento quirúrgico experimenta en cada caso.

Quistes ántero-superiores

Estos quistes son los más frecuentes. Proeminan por lo regular en el epigastrio ó en un punto próximo, por debajo del reborde costal derecho. Los del lóbulo derecho generalmente se dirigen á la cavidad abdominal, aunque algunos suelen hacerlo á la torácica; si pertenecen al lóbulo izquierdo, siempre se dirigen á la primera, en razón del obstáculo que les ofrecen el centro frénico y el corazón para dirigirse á la última.

Es, pues, por la vía abdominal, como lo aconseja Landau, que es necesario abordarlos, haciendo una incisión en la línea media por arriba del ombligo, si el quiste proemina en la región epigástrica y, si lo hace en el hipocondrio, se practicarà una incisión lateral y paralela al reborde costal.

Incindida la pared abdominal en el lugar de elección y puesto á descubierto el hígado, puede presentar su superficie un color blanco grisáceo,

lo que indicará que la membrana fértil está próxima y que la inclusión no es más que parcial en la glándula. Si, por el contrario, es rojizo normal, esto revelará que el quiste es central y que para llegar á él será necesario incindir, en un espesor variable, el tejido hepático.

Vamos á considerar estos dos casos:

1° *Quiste parcialmente incluído.* —Este caso es el que nos ha servido de ejemplo al describir el procedimiento del doctor Llobet, así que no insistiremos en su tratamiento.

2° *Quiste central.* — Cuando el quiste es central será conveniente controlar el diagnóstico por la punción, la que nos dará idea también de su profundidad. Antes de abrirlo se fijará el hígado al peritoneo parietal por medio de una sutura con catgut que será circular, continua ó por puntos separados.

Estos últimos son preferibles; la aguja atravesará de afuera á adentro, el peritoneo parietal y la substancia hepática en un centímetro de extensión, —de manera que el asa del hilo sea paralela á la herida—, y por último el peritoneo parietal otra

vez, pero de dentro á fuera. En seguida se anudarán los hilos y se pondrá otro punto de unión parietal, un centímetro más lejos, y así sucesivamente hasta concluir el círculo. El adosamiento que se obtiene es perfecto. Protegido de esta manera el peritoneo se incinde el hígado con el bisturí ó con el termocauterio, —si la capa de tejido á atravesar es muy espesa,—hasta llegar al quiste, el que se evacuará completamente. Como se ve en este caso, en que el quiste es central, ha sido necesario, á diferencia del primero, fijar el hígado á la herida antes de incindirlo, para evitar el derrame de líquido en el peritoneo.

Si una vez efectuada la marsupialización de la cavidad se notara que su fondo fluctúa ó se presenta abovedado, se practicará una punción exploradora con el objeto de constatar la existencia de otro quiste próximo, en cuyo caso se abrirá una co municación, incindiendo el tabique de substancia hepática que lo separa. La operación se terminará cerrando la pared abdominal en la forma que ya hemos dicho anteriormente. La curación antiséptica se dejará 10 ó 12 días, al cabo de los cuales se saca-

rá, así como también los puntos de sutura, y si sobreviniesen accidentes, — supuración ó bilirragia, — serán tratados en la forma arriba expresada.

Quistes póstero-superiores

Estos quistes, al desarrollarse, se dirigen á la cavidad torácica, rechazando el diafragma, la pleura, el pulmón y desviando el corazón. Para abordarlos, dos vías han seguido los autores : la transpleural y la abdominal.

Vía transpleural. Operación de Israël. — La técnica de esta intervención ha sido modificada por Genzmer, Owen y Segond, pues la que el cirujano alemán empleaba en 1879, no difería del proceder de Wollkmann para la laparotomía. En efecto, en un primer tiempo resecaba un fragmento de costilla é incindía la pleura parietal; ocho días más tarde, cuando la adherencia de las hojas serosas era un hecho, seccionaba el diafragma y por último, transcurridos otros ocho días, incindía

el quiste. Este era un procedimiento largo, incierto y peligroso, las adherencias formadas no tenían la resistencia debida y la protección de la cavidad pleural era por lo tanto ilusoria.

Actualmente, con las modificaciones hechas por aquellos cirujanos, se llega á intervevir en un solo tiempo. La incisión de las partes blandas, se practicará como lo aconseja Segond, al nivel de la novena costilla, en una extensión de 10 á 12 centímetros, y al través de su vaina perióstica se seccionará la pleura parietal. La pleura diafragmática aparecerá entonces en la herida, lisa y brillante ó rugosa y despulida, si ha sido inflamada por la vecindad del quiste. Sobre ella, y en toda la extensión de la herida cutánea, se hará una incisión que comprenda las fibras del diafragma y el peritoneo sub-diafragmático. En seguida se reunirán por medio de una sutura los bordes de la incisión con los de la pleura-parietal, de manera que la serosa quede obliterada y no haya peligro de que el líquido hidático se derrame en su cavidad. Con el tumor á la vista, se procederá como lo aconseja el doctor Llobet, teniendo únicamente

mayor cuidado al hacer la evacuación, por los accidentes serios que suelen presentarse en los órganos torácicos. En efecto, cuando se da al líquido rápida salida, aparece en el pulmón una congestión intensa caracterizada por tos, dísnea, expectoración espumosa, rales crepitantes, etc., que en algunos casos ha dado lugar á la asfixia y la muerte.

El temor de que el aire penetre en la cavidad pleural al hacer esta operación de Israel, desaparece si se tiene la precaución de hacer deprimir, valiéndose de un ayudante, la región costal que rodea la incisión. Esta precaución es tanto menos necesaria cuanto más voluminoso sea el quiste y mayor por consecuencia el adosamiento de las hojas pleurales.

Vía abdominal.—Landau la preconiza aún para estos casos de desarrollo póstero-superior y al efecto practica una incisión por debajo del reborde costal y una vez que ha llegado al hígado, cambia la posición de éste hasta colocar al quiste en el campo operatorio. En esta nueva posición lo fija á la herida, incindiéndolo después.

Este movimiento de báscula, además de dificultar la abertura del quiste, produce desórdenes serios en el parénquima hepático, como lo ha comprobado Canniot en sus experiencias.

Á M. Lannelongue le parece más fácil abordar los quistes de la cara convexa, resecando el reborde costal, procedimiento que tendría además la ventaja de no abrir la cavidad pleural. Veamos su técnica.

«Se practica una incisión recta á dos centímetros por arriba del reborde costal, ligeramente oblícua, de arriba á abajo y de dentro á fuera, comenzando á tres centímetros del borde del esternón y concluyendo en la unión de la décima costilla con su cartílago. Seccionados los músculos, el labio inferior de la incisión se retrae y viene á colocarse inmediatamente bajo el reborde costal, que por sí sólo tiende á salir por la herida » (Canniot).

Se secciona el recto del abdomen, únicamente en su parte externa; el pequeño oblícuo se desinserta con el bisturí y con la legra las fibras de transverso y del diafragma de la parte posterior de los cartílagos, teniendo cuidado de no herir el fondo de saco

pleural. El reborde cartilaginoso, libre de sus inserciones musculares, se extirpa, comprendiendo la mayor parte de los cartílagos 8°, 9° y 10° y sus espacios intercartilaginosos.

La simple resección de este reborde no permite llegar con facilidad á los quistes posteriores, así es que es necesario hacer resecciones parciales de las costillas próximas. Al desprender y alzar la pleura con la legra, se suele desgarrar, no consiguiéndose, por lo tanto, uno de los objetivos del procedimiento: conservar intacta la cavidad pleural. El desprendimiento de una parte del diafragma no deja de presentar sus inconvenientes por el lado de la respiración.

Por lo que precede se ve que la intervención aconsejada por Lannelongue para llegar á estos quistes, es incomparablemente inferior á la simple y rápida de Israël.

Quistes ántero-inferiores

Estos quistes, nacidos de la cara inferior del hígado, por delante del epiplón gastro-hepático, invaden el abdomen. Los intestinos y el estómago suelen cubrirlos, pero, por lo general, proeminan inmediatamente detrás de la pared abdominal.

Cuando adquieren gran desarrollo, se les ve descender hasta la cavidad pelviana y simular así quistes del ovario. Un error semejante de diagnóstico dió motivo á que Terrier aplicara por primera vez en Francia el procedimiento de Lindemann-Landau.

Teniendo en cuenta su invasión del abdomen, lógico será que se les aborde por esta vía, siguiendo las mismas reglas y líneas operatorias que hemos indicado ya, al hablar sobre los quistes ántero-superiores. Pero es el caso que algunos de estos tumores —precisamente aquellos que se manifiestan como ovario-quísticos — suelen estar adheridos al hígado solamente por un delgado pedículo. En se-

mejante circunstancia procederemos como lo aconseja M. Segond, haciendo la extirpación total, previa ligadura de aquel. La herida se suturará como en todos los casos.

Quistes póstero-inferiores

Estos quistes, desarrollados en la cara inferior del hígado, por detrás del epiplón gastro-hepático, pueden, al invadir la cavidad abdominal, simular muy bien á los precedentes, ó imponerse como de origen renal, si proeminan en la región lumbar. Así, pues, no es extraño que den lugar á errores de diagnóstico, máxime si se tiene en cuenta su poca frecuencia.

Por dos vías son accesibles: la abdominal y la lumbar. La primera, aconsejada por M. Landau, sólo da resultado cuando el tumor es voluminoso. En caso contrario, para llegar á él, es preciso imprimir al hígado un movimiento de báscula que exagere su retroversión, maniobra que, además de

ser difícil, no está exenta de peligros como hemos visto ya.

En consecuencia, preferiremos en todos los casos la segunda vía, que Villaret preconizó en 1886 y que M. Segond se esfuerza en aconsejar como más fácil y rápida y por responder mejor á la indicación quirúrgica.

La incisión vertical desde la última costilla hasta la cresta ilíaca, distará 8 ó 10 centímetros de la columna vertebral. Con el quiste á la vista, se procederá como la aconseja el doctor Llobet.

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

I

Quiste hidatidico del higado. Multivesicular. Curación por primera intención

Pedro L..., 32 años, italiano, reside en la campaña.

Antecedentes personales. — Hace cuatro años recibió un golpe en el epigastrio; dos años después observó un pequeño tumor al mismo nivel, indoloro espontáneamente y á la presión, el que ha ido aumentando de volumen. No ha tenido perturbaciones digestivas, ni urticaria.

Estado actual. — Buena constitución. Presenta un tumor en el epigastrio, liso, renitente y del volumen de una cabeza de feto. La zona de matitez se continúa con la del higado, al cual acompaña en los movimientos res-

piratorios. No presenta ninguna alteración en los demás órganos.

Operación. — 12 de abril de 1897. Laparotomía vertical, supra-umbilical sobre la línea media. Se llegó al hígado cuya superficie blanquizca, acusaba la presencia inmediata de la membrana fértil. Se colocaron compresas protectoras, dejando á descubierto un pequeño espacio del tumor. La incisión dió salida á una gran cantidad de líquido y vesículas del tamaño de un huevo de gallina. Extraída la membrana fértil, se seccionaron circularmente las paredes del saco, por ser excesivas y des pués se le fijó á la herida. La pared abdominal fué suturada en dos planos, comprendiendo en el primero los músculos y la pared del saco, y en el segundo, únicamente la piel. Curación antiséptica y vendaje conveniente, etc.

Resultados. -- Excelentes; al noveno día se sacaron los puntos de sutura, abandonando el enfermo el lecho, al décimo sexto, completamente curado.

II

Quiste hidatídico del hígado. Unilocular. Curación por primera intención

M..., de 50 años de edad, entró al Hospital Rawson en agosto de 1896.

Este enfermo habia sido operado dos años antes por el doctor Llobet, por el procedimiento de Lindemann-Landau, de un quiste hidatídico del hígado.

Un año después comenzó á sentir molestia del lado del aparato digestivo, sensación de peso en el epigastrio y vió aparecer una tumefacción que aumentaba lentamente de volumen. Ha tenido urticaria dos veces y muestra una repugnancia invencible por las grasas.

Estado actual. — El tumor se halla situado en el epigastrio, á la izquierda de la línea media. Liso y redondeado, es algo doloroso á la presión. El sujeto está en buen estado.

Operación. — Hace el doctor Llobet el procedimiento de práctica. El quiste era más pequeño que el operado la primera vez, del tamaño de un huevo de aveztruz, estaba situado en el lóbulo izquierdo, cara convexa. El

enfermo curó perfectamente en nueve días, al cabo de los cuales se sacaron los puntos de sutura.

III

Quiste hidatídico del hígado. Univesicular. Curación por primera intención

Agueda B..., 13 años, argentina (Lincoln, prov. de Buenos Aires) entra al servicio el 18 de mayo de 1897.

Antecedentes personales. — Sin importancia; no ha tenido nunca trastornos que se pudieran imputar á la afección de que padece. Presenta en el epigastrio derecho una tumefacción del tamaño de un huevo de gallina, lisa, redondeada é indolora; la piel se desliza sobre ella, sigue los movimientos respiratorios. El hígado ligeramente aumentado de volumen. No presenta alteración de aparato ninguno y fuera de la ligera sensación de peso, que el tumor le produce, así como la presencia de éste, diríase que se trata de una persona sana.

Operación. — Mayo 30. Por su procedimiento y previa anestesia, el doctor Llobet interviene.

Se encuentra en la parte ántero-superior del lóbulo derecho un quiste del tamaño de una naranja ó algo más. Lo separaba de la superficie una capa de substancia

hepática de diez milímetros. Las consecuencias de la operación fueron simples; á los diez días se sacaron los puntos de sutura, abandonando el lecho la enferma el décimo quinto día.

Á esta persona la hemos visto á los tres meses de operada, se conserva bien y sin que haya habido la más mínima alteración.

IV

Quiste hidatídico univesicular del hígado
Curación por segunda intención

Ruperta del C..., de cinco años de edad, argentina (Navarro, prov. de Buenos Aires), entró á la clínica en noviembre de 1896.

Antecedentes personales. — Buenos. Los padres se apercibieron hará unos meses que la niña adelgazaba, atribuyéndolo á trastornos gastro-intestinales que se repetían con alguna frecuencia. Más tarde notaron un abultamiento en la región epigástrica que no le producía dolor espontáneo, ni á la presión.

Estado actual. — Estado constitucional regular. Presenta en el epigastrio, proeminando á la derecha de la línea media, un tumor del tamaño de una naranja, re-

dondeado, liso, indoloro y cubierto por la piel normal que desliza sobre él, sin interposición de asas intestinales. Sigue los movimientos respiratorios y es ligeramente fluctuante. La zona de percusión mate, que se limita bien, cubre el espacio de Traube y permite establecer el aumento de la matitez hepática, que desciende al nivel de la línea mamelar derecha, cuatro traveses de dedo de su sitio normal. Sus órganos marchan bien y las funciones digestivas se hacen con regularidad.

Para controlar el diagnóstico, — que por otra parte era claro, — se hace una punción capilar, extrayéndose el líquido *agua de roca*, típico de los quistes hidatídicos.

Operación. — 12 de noviembre de 1896. Previa anestesia clorofórmica, el doctor Llobet opera por su procedimiento sin mayor dificultad; el quiste situado en la cara inferior del hígado era univesicular, superficial, y se presentaba algo adherido por su membrana periquística á la cara anterior del estómago. Cerrada la pared abdominal se le hizo la curación de práctica, esperando la cura por primera intención.

A los ocho días se quitan los puntos de sutura, siendo aparentemente perfecta la cicatrización y sin sospecharse que un proceso inflamatorio se operaba en el seno de los tejidos. Al undécimo día aparece la fiebre con exacerbación vesperal de 40°, viéndose obligado á practicar

una incisión de tres centímetros al nivel de la herida, que aparecía tumefacta, roja y dolorosa; se da salida á un líquido rojizo y fétido, mezclado á restos de membrana. Se coloca un tubo de drenaje y se ordena lavajes antisépticos diarios. La fiebre cae al tercer día para desaparecer completamente al séptimo. La bolsa fué retrayéndose hasta su curación completa. Fué dada de alta á mediados de enero de 1897.

V

Quiste hidatídico univesicular del hígado. Curación por segunda intención

Juan E..., once años de edad, argentino (Chascomús, prov. de Buenos Aires), entra á la clínica el 6 de febrero de 1897.

Antecedentes personales. — Buenos. Hace tres meses próximamente que ha notado su costado derecho aumentado de volumen, con sensación de peso y cierta dificultad en los movimientos respiratorios. No ha tenido ictericia ni urticaria.

Estado actual. — Presenta en el hipocondrio derecho un tumor saliente, bien revelado por la inspección y los otros medios de investigación. Liso, redondeado,

regular, es poco ó nada doloroso á la presión. Su matitez se continúa con la del hígado y lo acompaña en los movimientos respiratorios. Acusa perturbaciones digestivas mal caracterizadas; vómitos intercurrentes, repugnancia por las grasas.

Operación. — 10 de febrero. El doctor Llobet practicó sobre la parte culminante del tumor una incisión vertical de diez centímetros. Seccionada la pared, apareció el quiste que se encontraba localizado en la parte ántero-superior del lóbulo derecho y parcialmente incluído en el parénquima. Protegió el campo operatorio con compresas para extraer el líquido y la membrana fértil, suturó después la herida abdominal, previa marsupialización del saco.

La supuración de éste, que se declaró al cuarto día, lo obligó, como en el caso precedente, á levantar los puntos de sutura y establecer el drenaje. El enfermo no sufrió por este accidente mayor molestia, á no ser el retardo en la curación, que sobrevino el 29 de marzo.

VI

Quiste hidatídico de la cara convexa del hígado Multivesicular. Curación por primera intención

Serapio T..., 22 años, argentino, peón de campo. Presenta en el lado derecho de la base del tórax, un abovedamiento apreciable que ha llamado su atención un año atrás próximamente, obligándole á requerir asistencia médica.

Aparte de la deformación y de una vaga sensación de plenitud en ese lado, el enfermo no ha acusado síntomas que llamaran su atención.

En sus antecedentes personales se cuentan algunas de las enfermedades propias de la infancia, y la fractura del húmero derecho que sufrió á los 18 años, á causa de un accidente. No da antecedentes de sus padres.

La matitez del hígado alcanza por delante hasta la 6ª costilla y por detrás hasta la 9ª. No se toca el reborde inferior.

El 10 de agosto de 1897, el doctor Llobet opera por la vía transpleural, encontrando el quiste del volumen de una naranja grande. Después de marsupializar el saco á la herida, cerró su cavidad suturando las

partes blandas en dos planos. Diez días después el enfermo es dado de alta.

VII

Quiste hidatídico de la cara convexa del hígado Multivesicular. Curación por primera intención

Roberto P..., 26 años, oriental. 1897.

Antecedentes personales. — No recuerda haber tenido otra enfermedad que la actual, cuyos primeros síntomas empezó á notar á la edad de 23 años. Sensación de peso del lado derecho de la base del tórax, aumento de volumen lento y gradual de la región, ligeras perturbaciones digestivas y últimamente, dificultad respiratoria, con epistaxis frecuentes.

Estado actual. — Se encuentra bastante delgado y deprimido. La inspección denota una asimetría de la base del tórax, debida al abovedamiento del lado derecho. La piel conserva sus caracteres normales.

La matitez del hígado llega por delante hasta el mamelón, y por detrás á dos dedos por debajo del ángulo del homóplato. La presión no es dolorosa.

Operación. — Practicada por el doctor Llobet el día

8 de junio, quien interviene por la vía transpleural, previa resección de un fragmento de la novena costilla.

Con el quiste á la vista, procedió como de costumbre, obteniéndose, sin complicaciones, la curación doce días después.

FRANCISCO LLOBET.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

La falta de síntomas de insuficiencia hepática en los casos de quistes hidatídicos intra-parenquimatosos, se explica por la hipertrofia vicariante.

La resección precoz, debe ser el procedimiento de elección en el tratamiento de la artritis tuberculosa de la muñeca.

Para la cura radical de las hernias, no es indispensable la resección del saco.

BIBLIOGRAFÍA

ACHARD. — *De l'intoxication hidatidique. Arch. gen. de med.* 1888, páginas 411 y 572.

BOUCHARD. — *Progrès médical.* 1886, página 171.

BLANCHARD. — *Traité de zoologie médicale.* Tomo I.

CANNIOT. — *Thèse de doctorat.* Paris, 1890.

CHAUFFARD É WIDALL. — *Bulletin médicale.* 1891, página 377.

CHAUFFARD. — *Semaine médicale.* 1896, página 255.

DIEULAFOY. — *Manuel de Pathologie interne.* Tomo III, 1897.

DIEULAFOY. — *Traité de l'aspiration.* 1873.

DEMARS. — *Thèse de doctorat.* Paris, 1888.

DELBET. — *Sur un moyen de traitement des kystes hidatiques de l'abdomen. Semaine médicale.* 1896, página 77, y *Bulletin médicale,* 1896.

DEFONTAINE. — *Chirurgie du foie. Arch. Prov. de Chirurgie,* nº 7, 1897.

DUJARDIN-BEAUMETZ. — *Maladies du foie.* 1893, página 146.

GALLIARD. — *Traitement des kystes hidatiques du foie. Médecine Moderne,* juin 2, 1894.

HERRERA VEGAS (MARCELINO). — *Tesis de Buenos Aires.* 1893.

JACCOUD. — *Leçons de clinique médicale.*

LANDAU. — *Semaine médicale,* 1886, página 511.

LLOBET (ANDRÉS F.). — *Kystes hidatiques de l'abdomen. Revue de Chirurgie,* 1893, página 860.

MASI. — *Tesis de Buenos Aires,* 1893.

NICAISE. — *Semaine médicale,* 1896, página 210.

POTHERAT. — *Thèse de doctorat.* Paris, 1889.

POSADAS (ALEJANDRO). — *Quistes hidáticos. Un nuevo método de tratamiento. An. del Circ. Méd. Arg.* 1895, página 613.

RECLUS. — *Traitement des kystes hidatiques du foie.* Clin. Chirurg. de la Pitié.

SEGOND. — *Traité de Chirurgie,* tomo VII, 1892.

TROUSSEAU. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu,* 1885.

TILLAUX. — *Traité de chirurgie clinique.*

TRELAT. — *Clinique chirurgicale,* tomo II, 1891.

TERRILLON. — *Clinique chirurgicale,* 1889.

VILLARET. — *Semaine médicale,* 1886, página 512.

Buenos Aires, octubre 4 de 1897.

Nómbrase á los señores : académico doctor José Penna, profesor titular, doctor Antonio C. Gandolfo y profesor suplente, Juan B. Justo, para que constituidos en comisión se sirvan dictaminar sobre la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña,
Secretario.

Buenos Aires, octubre 11 de 1897.

Señor Decano :

Transcribo á continuación el acta labrada en el día de la fecha por la Comisión encargada de dictaminar sobre la admisibilidad de la tesis presentada por el ex-alumno Francisco Llobet:

« En el local de la Facultad, á 11 de octubre de 1897, reunidos los que suscriben, encargados de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el ex-alumno Francisco Llobet y que versa sobre « Tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado » resolvieron admitirla.

« Con lo que terminó el acto.

« JOSÉ PENNA. — ANTONIO C. GANDOLFO.
—JUAN B. JUSTO. — *Zenón Aguilar.* »

Luis M. Acuña.

Buenos Aires, octubre 11 de 1897.

Entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña,
Secretario.