3196

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Médicas

QUISTES HIDATÍDICOS DEL HÍGADO

TÉSIS INAUGURAL

Presentada para optar al título de Doctor en Medicina

POR

ANTONINO ZAVALIA

DEL HOSPITAL DE AISLAMIENTO (1895)—PIROVANO (1896 , DE NIÑOS SAN LUIS GONZAGA (1896, 1897, 1898, 1899, 1900)

BUENOS AIRES
"IMPRENTA NACIONAL" de CARLOS GALLARINI
Calle Cuyo 1273

1900

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Médicas

QUISTES HIDATÍDICOS DEL HÍGADO

TÉSIS INAUGURAL

Presentada para optar al título de Doctor en Medicina

POR

ANTONINO ZAVALIA

DEL HOSPITAL DE AISLAMIENTO (1895)—PIROVANO (1896), DE NIÑOS SAN LUIS GONZAGA (1896, 1897, 1898, 1899, 1900)

BUENOS AIRES

"IMPRENTA NACIONAL" de CARLOS GALLARINI

Calle Cuyo 1273

1900

Art. 162 Del Reglamento de la Facultad
La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en la Tésis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice Decano

Dr. D. JOSÉ T. BACA

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEIZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUËMES
» » ELISEO CANTON
» » GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDE WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI

Secretario Titular

Dr. D. LUIS ACAÑA

Pro-Secretario

Dr. D. ZENON AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedràticos titulares
Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan José Naón
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Histoiogía teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza
Fisiología General y Humana	»	Pedro J. Coronado
Patología General y ejercicios clínicos .	»	Roberto Wernicke
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma
Higiene Pública y Privada	»	Meliton G. del Solar
Patología Externa	»	Obdulío Hernandez
Patología Interna	»	José Penna
Anatomía Pat lógica	»	Telémaco Susini
Bactericlogía	»	Cárlos Malbran
Medícina Operatoría	»	Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y su clínica .	»	Enrique Bazterrica
Enfermedades de niños y su clínica . .	»	Manuel Blancas
Enfermedades de los ojos y su clínica ..	»	Pedro Lagleyze
Enfermedades nerviosas y su clínica . .	»	José M. Ramos Mejia
Enfermedades mentales y su clínica . .	»	Domingo Cabred
Enfermedades Génito Uri arias	»	Federico Texo
Enfermedades venéreas y dermato logía .	»	Baldomero Sommer
Clínica quirúrgica	»	Julian Aguilar
	»	Antonio C. Gandolfo
	»	Alejandro Castro
	»	Gregorio N, Chaves
Clínica médica	»	Abel Ayerza
	»	Luis Güemes
	»	Francisco Sicardi
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero
Obstetricia y clínica respectiva	»	Samuel Molina
Medicina legal	»	Francisco de Veyga
Toxicología	»	Juan B. Señorans
Química aplicada á la medicina	»	Pedro N. Arata
Física Médica	»	Jaime R. Costa
Zoología Médica	»	Eliseo Canton
Botánica Médica	»	Martin Spuch
Botánica farmacéutica	»	Adolfo Mujica
Química Analítica	»	Atanasio Quiroga
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar
Obstetricia para alumnas parteras . . .	»	Juan R. Fernandez
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda
Dentistería operatoria	»	Leon Pereyra

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía Descriptiva.....	Doctor	Juan D. Piñero Joaquin Lopez Figueroa
Anatomía Topográfica.....	"	Avelino Gutierrez
Histología teórico-práctica.....	"	Samuel de Madrid
Fisiología General y Humana.....	"	Horacio G. Piñero (en ejercicio)
Patología General y ejercicios clínicos..	"	Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica.....	"	Enrique E. Arca Angel M. Centeno
Hijiene Pública y Privada.....	"	Enrique Revilla Ricardo Schatz
Patología externa.....	"	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna.....	"	Marcial V. Quiroga
Anatomía Patológica.....	"	José Badía
Medicina Operatoria.....	"	Nicolás Repetto Adolfo Masí
Enfermedades de mujeres y su clínica	"	Alfonso Lagarde José F. Molinari
Enfermedades de niños y su clínica....	"	Antonio F. Piñero Facundo Larguía
Enfermedades de los ojos y su clínica..	"	Francisco Barraza Teòfilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su clínica..	"	José A. Estevez Jose R, Semprum
Enfermedades mentales y su clínica....	"	Benjamin T. Solari
Enfermedades génito-urinarias.....	"	Pedro Benedit
Enfermedades venéreas y dermatología	"	Maximiliano Aberastury (en ej'o)
Clínica quirúrgica.....	"	Juan B. Justo Diógenes Decoud Alejandro Posadas (en ejercicio)
Clínica médica.....	"	Julio Mendez Ignacio Allende Patricio Fleming Ricardo Colòn
Laringología, otología, rinología.....	"	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
Obstetricia y Clínica respectiva.....	"	Luis F. Vila Fanor Velarde
Medicina legal.....	"	Domingo C. Cavia .....
Toxicología.....	"	Juan Alba Carreras (en ejercicio)
Química aplicada á la medicina.....	"	Francisco P. Lavalle
Física médica.....	"	Juan J. Galiano
Zoología médica.....	"	Vacante
Botánica médica.....	"	Lucio Durañona (en ejercicio)
Botánica farmacéutica.....	"	Vacante
Química analítica.....	"	Francisco B. Reyes
Farmacia teórica.....	"	Juan A. Dominguez (en ejercicio
Farmacia práctica.....	"	Miguel Puigari
Obstetricia para alumnas parteras.....	"	Vacante
Odontología.	"	Vacante
Dentistería operatoria.....	"	Vacante

PADRINO DE TÉSIS

Académico Doctor

Gregorio N. Chaves

Señores Académicos :

Señores Profesores :

La importancia que reviste en nuestro país el estudio de los quistes hidatídicos, me ha conducido á la elección de este como tema de trabajo reglamentario, para prestar una contribución científica y corresponder en algo á las sábias lecciones que he recibido en esta Escuela, expresando á vosotros por ello mi intimo agradecimiento.

Este trabajo dividido en cuatro capítulos que agrupan la Anatomía Patológica, los Sintomas Diagnóstico y Tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado, reservando un lugar especial á este último punto y á la Bacteriología, que es lo que tiene más importancia en la actualidad.

Mis observaciones han sido recogidas en el Hospital de Niños que dirije el Dr. Antonio Arraga, á quien expreso mi agradecimiento como también a todos los señores médicos de dicha

Casa de Beneficencia que han contribuido á formar mi ilustración y criterio científico.

A los doctores Castro, en cuyos servicios he practicado varios años, y el Dr. Marcelo Viñas que con marcada deferencia me ha facilitado todas sus observaciones y experiencias hechas en el laboratorio del Hospital de Niños y cuya publicación hago en esta monografia, cumplo con el deber de manifestar sincera gratitud.

Tengo el alto honor de ser acompañado en este acto tan solemne por el distinguido académico Dr. Gregorio N. Chaves, á quien expreso mi profundo reconocimiento.

ANATOMIA PATOLÓGICA

No me ocuparé de la patogenia de los quistes hidatídicos, pues, ella está suficientemente tratada en obras clásicas.

El quiste hidatídico del hígado formado esta constituido: 1° Por la membrana periquistica, 2° Por la membrana quistica, y 3° El contenido.

1° MEMBRANA PERIQUÍSTICA. — Esta membrana en intima adherencia por lo menos en parte con el órgano hepático, está formada por tejido conjuntivo denso en cuyas mallas se sitúan vasos sanguíneos y canalículos biliares. Su espesor varia y es el término medio de milimetros 2 á 3 pudiéndose reducir de una manera notable: — además aunque este espesor es regularmente uniforme, hay casos en los cuales aumenta considerablemente formando placas indu-
radas del tamaño por ejemplo de la palma de la mano, que al exámen clínico parecen adquirir una consistencia leñosa, lo cual es importante á retener. — Las relaciones de esta membrana pe-

riquística con el tejido hepático varián según la situación del quiste en el órgano y según su tamaño. Ella envia prolongaciones esclerosas á todo el parenquima hepático vecino, pudiéndose encontrar las células de este en regresión viéndose en el protoplasma de algunas de ellas pequeñas gotitas grasosas; otras con su núcleo fragmentado tiñéndose mal con los colorantes nucleares y la célula misma ha perdido sus contornos netos. Al mismo tiempo rodeando el tejido, se suele encontrar una infiltración de pequeñas células redondas y fusiformes otras. Es de notar también la cantidad de pequeños vasos que en algunos casos, rodean á la membrana periquística. Por su cara interna, esta puede desprenderse facilmente del propio saco quístico.

2° MEMBRANA QUÍSTICA. — Constituida por dos capas, una interna ó germinativa y otra externa en relación con la pared periquistica, también llamada membrana segregada. Estas dos capas que tienen por caracteres comunes el ser amorfas, no vasculares, no entrando ningún elemento figurado en su constitución, adhieren intimamente entre si siendo las envolturas propias del hidatide. La capa externa de 1 á 3 milímetros de espesor, se compone de dos hojas delgadas pegadas las unas á las otras, formando estratifica-

ciones concéntricas y rompiéndose facilmente. La capa interna de la membrana quística granulosa germinativa de Giraldes, da nacimiento á vesículas y á equinococus, puede en ciertos casos dar tan solo como gérmenes vesiculas sin equinococus, tomando entonces el hidatide el nombre de acefalócito.

3° Contenido. — Este puede ser constituido ya sea por liquido quistico, en cuyo interior se encuentran las vesículas en mayor ó menor cantidad ó solamente por estas últimas.

Nos ocuparemos tan solo del líquido quistico. Se nos presenta incoloro, claro como el agua de roca de reacción neutra ó ligeramente alcalina, por excepción ácida no contiene albumina solamente en caso de muerte de los hidatídes. Entre los elementos químicos que contiene y de especial interés para nosotros, es una tomaina señalada por Mourson y Schlagdenhauffen, cuyos efectos se manifestarían por fenómenos eruptivos y nerviosos. Ultimamente se ha encontrado una sustancia albuminoidea parecida según dicen á las propeptonas, por sus reacciones químicas y de efectos fisiológicos semejantes á las toxalbuminas. También Boine y Chazouliere han retirado del líquido quístico una tomaina muy tóxica.

Como se ve á estos elementos se le asignan propiedades muy tóxicas y por ende al líquido quístico prestándole la cualidades que ellos tienen y viniendo á ser según la mayoria de autores, el causante de toda la série de fen menos reunidos bajo el nombre de intoxicación hidática, y, de los cuales la urticaria sintomática sería el más frecuente, como lo veremos mas adelante. Sin embargo, las esperiencias hechas en el Hospital de Niños por el Dr. Marcelo Viñas, nos dan resultados negativos:(1)—25 inoculaciones hechas con líquido quístico claro cristal de roca, en chanchitos de la India y conejos, no han producido siquiera ni un ligero movimiento febril. La cantidad menor de líquido inoculado ha sido de dos centimetros cúbicos con esta circunstancia agravante, que fueron hechas, no solo intraperitoneales é intrameningeas, sino también intravenosas.—Hay más:—con el objeto de inyectar mayor cantidad de toxinas, el mismo observador ha reducido por medio de la evoparación al baño-maria el líquido quístico haciendo las siguientes experiencias:—550 gramos de líquido son reducidos á 20 gramos y de estos 20, dos fueron inyectados en el peritoneo de un chanchito, que se ha tenido en observación tres meses, sin que se pro-

---

1) Publicacion hecha en la Revista de la Sdad Medica Argentina Julio de 1900

dujera en él alteración de ninguna especie; — en otro caso 700 gramos se redujeron á 50 y se inyectan dos centimetros cúbicos á un chanchito, con identicos resultados; y en otro caso 350 gramos se reducen á 25 y se inoculan dos centimetros cúbicos á un chanchito, con el mismo resultado. Además en estos últimos dias se ha inoculado al peritoneo de un chanchito, el líquido de un quiste, que el sujeto que lo llevaba, había tenido una urticaria concomitante dando la inoculación también como en los anteriores casos, resultados negativos.

El Dr. Viñas en la monografia citada dice: «en todos estos casos de experimentación no hemos podido observar ninguno en que el líquido quístico fuera tóxico por si solo, pues en los casos en que después de inyectado el líquido y á las pocas horas ha muerto el chanchito, hemos encontrado gérmenes capaces de producir la muerte».

Con esto pues, tenemos derecho á hacer nuestras deducciones, pudiendo conciuir, que, en los casos sometidos á nuestra observación el líquido quistico por si solo es incapáz de producir fenómenos de órigen tóxico y también que en este mismo líquido, no se encuentran elementos al menos en suficiente cantidad, que puedan producir los mismos fenómenos.

El tumor hidático constituido así,

por los diferentes elementos que acabamos de pasar en revista, presenta un vólumen que varia mucho pudiendo llegar á dimensiones notables. Incrustado en el parenquima del hígado, proemina sobre su superficie deformándola y haciendo un abultamiento arredondeado. Solamente en los casos de ser muy pequeño puede no desbordar el órgano, pero entonces la escacez de los sintomas hace su diagnostico imposible. Ciertos quistes no se incrustan en el hígado, sino que por lo contrario se pediculizan.

Bajo el punto de vista de la anatomia-patólogica puede aceptarse la clasificación que engloba á los quístes hidatídicos del hígado, en cuatro localizaciones: — 1° *Quístes antero-superiores; antero-inferiores; postero-inferiores* y *postero-superiores.*

1° QUISTES ANTERO-SUPERIORES. — Estos quístes quedan casi siempre intra-hepáticos y en aumentando de tamaño hacen eminencia ya por debajo del reborde costal, ya en el hipocondrio derecho rechazando la pared toráxica y ensanchando los espacios intercostales ó también arrivan al epigástrio.

2° QUISTES ANTERO-INFERIORES. — Se dirigen hacía el abdómen por debajo de la cara inferior del hígado, rechazando las visceras abdominales y

viniendo á situarse en todo el lado derecho del vientre, de tal manera, que en ciertos casos se han confundido con tumores del ovario.

3° Quistes postero-inferiores. — Lo mismo que los precedentes, se desenvuelven hacía la cavidad abdominal proeminando en la región lumbar á la manera de tumores renales.

4° Quistes postero-superiores ó sub-diafragmáticos. — Se desenvuelven del lado del torax rechazan el diafragma, la pleura, el pulmon, el pericardio, el corazón, elevándose hasta la tercera costilla y haciéndose, por decir así, intratoráxicos.

La existencia de un quiste hidatidico es muy variable, su evolución es de las mas lentas; durando años. Una vez llegado el quiste al periodo de estado, sino es detenido en su desenvolvimiento por un trabajo de involución espontaneo ó provocado, continua más ó menos lentamente á aumentar hasta el día donde fatalmente llega á abrirse hácia afuera ó en los órganos vecinos. Ahora bien; esta última eventualidad es precedida en la inmensa mayoria de los casos por la supuración.

Así, pues, pueden ser dos las eventualidades que sufre un quiste en su evolución: la *muerte* ó la *supuración*. La *muerte del hidátide* es debida á tres causas principales: —compresión, inanición y

envenenamiento; siendo en este último caso la bilis, que, según los trabajos de Rendu, produce su muerte. Cuando el hidátide muere merced á tal ó cual de estas causas, sufre un trabajo regresivo. La pared y su contenido, sufren modificaciones que traen consigo su reabsorción, aunque no en totalidad el líquido quístico se hace albuminoso, pierde su transparencia y es reemplazado por una especie de magma gelatiniforme, después caseoso conteniendo restos de vesiculas hijas y pudiendo contener en su interior materias grasas, colesterina y hematoidina. La membrana hidatídica se pliega, se reduce en una série de incurvaciones sinuosas, la membrana conjuntiva se retrae pudiendo sufrir el todo un proceso de calsificación, encontrándose entonces el quiste bajo forma de un núcleo indurado, cretaceo, rodeado por paredes fibrosas que irradian en todas direcciones.

Bacteriología

La supuración de los quístes hidatídicos presenta al cirujano un interés especial. El mecanismo de su infección, ha sido el objeto de importantes estudios por Chauffard y Widal para determinar las condiciones necesaria para la supuración. Estos estudios experimentales datan del año

1891 y habían quedado sus conclusiones como clásicas.

Estas conclusiones son las siguientes :

1° La asépsia perfecta del liquido quístico cristal de roca;

2° Poder bacterioloide de este mismo líquido por los diferentes microbios experimentales;

3° Impermeabilidad absoluta de la membrana hidática vis-a-vis de los microbios que ella detiene como un filtro perfecto;

4° Rol dialítico de esta membrana por sustancias solubles de órigen microbiano;

5° Infección siempre secundaria de la cavidad quistica y multiplicidad de los gérmenes que pueden concurrir;

6° Débil virulencia al menos en ciertos casos del pus hidático por la ausencia posible y mismo, probada en este mismo pus de gérmenes piogenos.

Según estos autores, para que halla infección y supuración de un quíste, es necesario que la pared este alterada ó presente una solución de continuidad en cualquier punto de su superficie. En estas condiciones la membrana seria permeable á los micro organismos. La infección de la cascara fibrosa, la muerte del hidátide serian las causas de la perdida de sus propiedades de impermeabilidad de la membrana quística. La infección seria pues

siempre secundaria, puesto que según, estos estudios el líquido es normalmente aséptico.

Ultimamente se ha publicado por el Dr. Marcelo Viñas, un trabajo de este distinguido micro-biologista, intitulado Bacteriologia de los quístes hidatídicos. Los estudios han sido llevados á cabo en el Hospital de Niños donde se completan actualmente.

Las observaciones hechas en 33 casos de quístes hidatídicos, son algunas bien concluyentes. De estos 33 casos: 23 son quístes del hígado, 3 del pulmon, 2 del cerebro, uno de la pared abdóminal y otro del epiplon.

La experimentación practicada con toda prolijidad, como el mismo autor insiste en ello para no dar lugar á dudas de las condiciones de asépsia, en que han sido recojidos los líquidos ó membranas. Esta experimentacion ha consistido en hacer todo un exámen bacteriológico completo del líquido quístico, membrana quística y periquística. Al efecto, se han hecho preparación microscópicas, cultivos en diferentes medios é inoculaciones intra-peritoneales é intra-meningeas.

El resultado ha sido el siguiente: (lo extractamos de la publicación citada.)

« En 21 casos; 19 del hígado 1 del cerebro

---

(1) Publicacion citada.

y otro del pulmon, el líquido quístico no contenia gérmenes y de entre ellos seis quístes del hígado hubo que reoperarlos encontrándose la cavidad llena de liquido citrino que el exámen bacteriologico constató la presencia de estreptococos virulentos en un caso; estreptococos no virulentos en otro caso y estafilococos virulentos en los cuatro restantes.

« Estas investigaciones nos hizo pensar que talvez los gérmenes se quedaran detenidos en la cavida periquistica, desidiéndonos á hacer el exámen bacteriologico por separado del líquido quístico y membrana periquística, obteniendo los resultados siguientes. »

« En un caso en el cual el líquido quístico no contenía ningún gérmen la membrana periquística contenía colibacilo y estafilococo albus virulento. En otros dos casos en los cuales el líquido quístico no tenía tampoco gérmenes la membrana periquistica nos dió en los cultivos el estafilococus albus.

Los líquidos transparentes cristal de roca, pueden tener gérmenes: « Así en un caso de quiste del hígado, donde el líquido presentaba estas condiciones hemos encontrado el estafilococus albus no virulento. En un quíste del epiplon en idénticas condiciones hemos encontrado también el estafi-

lococus no virulento. En un quíste hidatídico del cerebro con líquido claro transparente también hemos encontrado un estafilococus virulento. En un quiste equinococus del pulmon que producía grandes elevaciones térmicas el líquido igualmente incoloro, transparente cristal de roca y sin embargo contenía el estafilococus albus capaz de producir una peritonitis en el chanchito, que se inocule».

«Como se ve, dice el Dr. Viñas, no es tan raro que los quístes de equinococus contengan gérmenes y esto no debe extrañarnos, si consideramos que el embrión exacanto de la tenía equinococus antes de penetrar en la circulación tiene que pasar por el intestino, mezclarse con una cantidad de gérmenes que se encuentran habitualmente en ese lugar y en ciertos casos podrá este también llevar consigo uno ó varios de estos gérmenes.

«Si los gérmenes que transporta son muy virulentos terminará rapidamente por supuración, si no lo son, podra llegar á tener el quíste grandes dimensiones conservando á sus gérmenes en la perifería; y en los casos en que no los lleve, el quíste será completamente aséptico.

Con estas investigaciones el Dr. Viñas llega á la conclusiones siguientes:

1° El líquido quístico puede ser aséptico y la membrana periquistíca contener gérmenes.

2° Los líquidos de quístes hidatídicos pueden presentarse incoloros, transparente cristal de roca y sin embargo contener gérmenes patogenos: coli comunis, estreptococos y estafilococos.

3° El líquido de los quístes hidatídicos es un buen medio de cultivo para el estafilococos, estreptococos, colibacilo y bacilo de Eberth.

Los resultados de este interesante estudio nos dice á simple vista, que, el mecanismo de la supuración de los quístes según se explicaba antes por los trabajo de Widal y Chauffard y del que ya hemos hablado, no es aplicable á todos los casos.

En los quístes que no contienen gérmenes piogenos, la infección se hará merced á la falta de impermeabilidad de la membrana quística y por micro organismos que afluirán por via linfática sanguinea ó biliar.

Si el quíste contiene gérmenes no se necesitará para su supuración el proceso infeccioso descrito, sinó solamente el despertar de la virulencia de los micro-organismos y su germinación, provocada por cualquier causa siendo la muerte del quíste la más frecuente.

Resulta de todas estas consideraciones y experiencias del ilustre médico que hemos pasado en revista, que las conclusiones de Widal

y Chauffart, nos podríamos permitir hacerles algunas modificaciones y reasumir así nuestras conclusiones:

1° El líquido quístico, cristal de roca no es fatalmente aséptico.

2° Poder bacteroloide de este líquido por los diferentes microbios experimentales y comprobado por los últimos estudios para el estafilococos, estrectococos y coli-bacilo y bacilo de Eberth.

3° Impermeabilidad absoluta de la membrana hidática vis-á-vis de los microbios que ella detiene como un filtro perfecto.

4° Rol dialítico de esta membrana por substancias solubles de órigen microbiana.

5° Infección primaria ó secundaria de la cavidad quística.

SINTOMATOLOGÍA

Es algo ya conocido que hay quistes que evolucionan sin producir sintómas, hallazgos de la autopsia. Esto depende en gran parte de su tamaño y su situación, no perturbando el buen funcionamiento del órgano hepàtico ó de los órganos vecino. Además es frecuente ver que los primeros sintómas funcionales, son confundidos con otras afecciones y agrupados en trastornos de órigen gastricos, en trastornos hepáticos que un buen día se revela por la proeminencia un tumor que un exámen más atento quizas lo hubiera hecho diagnosticar.

Pero entrando de lleno en materia, encontramos que los sintómas de los quístes hidatídicos del hígado, pueden ser clasificados en dos grandes grupos; sintómas generales y comunes á todos ellos y en sintómas particulares y locales propios á su situación.

SINTÓMAS GENERALES Y COMUNES.— Aquí se colocan una série de trastornos funcionales que ata-

can principalmente el aparato digestivo; los enfermos se quejan de inapetencia de fenómenos dispépticos mal caracterizados, vómitos sin causa apreciable, dolores vagos que ya afectan el estómago como la región hepática, sensaciones de pesantéz en el hueco epigastrio ó en el hipocondrio, salvo en los quístes postero-superiores.

El desgusto por las materias grasas, es otro sintómas que puede constatarse. Dielafoy cita varios casos y entre ellos uno bastante demostrativo: Se trata de una enferma cuyo desgusto duraba desde dos años y que después de las comidas ella era atacada de rejurgitaciones sin naúseas sin esfuerzos, llenándose su boca de partes grasosas de la alimentación y que ella expulsaba con la saliva.

Se observa también fenómenos cardiacos, palpitaciones, ansiedad.

Icteria ó sub-icteria.

La *urticaria* que aparece durante la evolución de ciertos quíste hidatidicos, la traen ciertos autores como un medio de alguna fidelidad para el diagnóstico precoz de estos. Ella tiene como causa la reabsorción del líqüido quistico. Se ve sobrevenir esta erupción ortiada á consecuencia de la punción ó á consecuencia de un quiste que se ha roto dentro de las paredes abdominales. Por si sola ella no tiene ninguna importancia.

La constatación del *tumor* con todas sus cualidades, es un sintóma de inmenso valor : El es liso, redondeado regular, renitente elástico, llegando hasta la fluctuación poco ó nada doloroso á la presión. No siempre se le puede apreciar como sucede en los quístes de via ascendente, pudiendo entonces ser confundido con el hígado mismo, aumentando su tamaño conservándole una forma regular sin hacer ninguna salida en su superficie. — Este tumor es mate á la percusión, pudiendo con este medio de exámen constatarse el *fremito*, si es que existe, percutiendo en las condiciones requeridas, es decir, percutir fuerte apoyando ligeramente la mano sobre el tumor.

El *fremisement* es como se sabe, debido á la vibración de las vesiculas y á este sintoma se le ha tenido como patonogmonico. Si bien es cierto, que el tiene un valor diagnóstico incomparable, sin embargo no se puede asegurar que sea el *fremisement* un sintóma absolutamente éxacto de quíste hidatídico. Veamos un caso muy concluyente. El año 1896 tuvimos aportunidad de observar en el Hospital de Niños un tumor colocado en el flanco derecho del tamaño de un huevo de avestruz y que tenía el fremito característico; todos pensábamos, que se trataba de un quíste hidatídico por la existencia de ese sintoma que se presentaba

de una manera bien clara, y sin embargo al abrir este tumor, que dejo salir una gran cantidad de líquido transparente algo citrino, llamó desde el principio la atención que no apareciera por la incisión la membrana quística, se buscó detenidamente y se encontró que era un tumor formado por la pelvis renal.

El estado general del sujeto que lleva un hidátide del hígado puede mantenerse bueno, floreciente, y otras veces por lo contrario y menos á menudo puede haber adelgazamiento bastante marcado á lo cual es debído los errores de diagnóstico.

Sintómas locales. — La série de sintómas locales sea cual fuere su naturaleza pertenecen no al hidátide sino á cualquier tumor que produce fenómenos de compresión sobre los canales hepáticos, colecoco, vena porta, vena cava, produciendo por ello complicaciones más ó menos sérias como es la ascitis, varices circulación colateral edemas localizados ó de los miembros inferiores.

Se puede agrupar estos sintómas locales en quístes anteriores, superiores é inferiores. Cuando el asiento del quistes es *anterior*, el aerco costal se encuentra proeminente produciéndose una abovedadamiento que abarca ya el epigastrio ó los hipocondrios ó ya dos de estas regiones á la vez.

Cuando el quíste siendo anterior asienta muy hacía la izquierda, deforma el hipocondrio izquierdo rechazando el bazo confunde la matitez hepática con la esplenica siendo estos, los casos que hace creer en un quiste del bazo. La palpación denota el borde hepático algo descendido, la pared toraxica depresible pudiéndose sentir cierta remitencia elásticidad á travéz de los espacios intercostales generalmente ensanchados.

Quistes-superiores—Ellos rechazan el diafragma y con él las vísceras situadas por encima y el hígado hacia abajo. De aquí una série de síntomas muy importantes para su diagnóstico. Como es fácil explicarse, en estos casos no se constata tumor ni á la inspección ni á la palpación.

Examinando un sujeto atacado de un quíste superior del hìgado, se constata: Un aumento de la matitez hepática que se extiende en todo el lado derecho; la línea superior que limita esta matitez en los quístes derechos es convexa y su convexidad mira hacia arriba, estando situado el punto culminante en la línea axilar media. Hácia los lados, esta matitez se ensancha sin ir más allá del esternon y de la columa vertebral. Las cualidades de esta matitez, son aquellas que pertenecen á todo derrame líquido enquistado, es decir, sus límites son fijos y solo gracias á los movimientos respira-

torios y en caso de que el quíste no sea muy grande, la curva de matitez varía en la extensión de un centímetro.

3° Los *quistes inferiores* se dirijen hacia la cavidad abdominal; á la inspección se puede notar el tumor con todos los síntomas que acompañan á los tumores intro-abdominales, tumor que sigue los movimientos respiratorios, etc.

A la palpación se siente un tumor esferico, renitente ó fluctuante, pudièndose notar en su pared algunas partes duras como leñosas. La percusión del tumor se continúa con la hepática, pero algunas veces, suele estar interrumpida por una faja de sonoridad.

Esta descripción sintomática es la que se encuadra en los quístes hidatídicos del hígado, que no han sufrido una de las eventualidades que puede sufrir todo quíste en su evolución, como decíamos anteriormente, me refiero á la *supuración del quíste hidatídico*.

A los síntomas enumerados se agregan aquellos que corresponden á una colección purulenta: dolor expontáneo ó exagerado por la presión, localizado en el abdómen, en la región lumbar ó en el torax, según la situación del tumor. Este que antes era apenas renitente se hace francamente fluctuante y á ello puede agregarse ciertos

síntomas de inflamación local; edema de la piel y coloración. Además los síntomas generales que antes apenas si se esbozaban, aquí se exageran: adelgazamiento muy marcado, decaimiento, somnolencia, fiebre que sobreviene por accesos con intermitencias más ó menos regulares, acompañados de escalofríos con disnea, agitación, vómitos y diarrea. Se comprende que con todo ello el enfermo presente en poco tiempo un tinte caquéctico ó una máscara especial terrosa mezclada con una ligera coloración ictérica.

Consecutivamente á la supuración ó sinó se interviene oportunamente, el quíste se abre ya sea al exterior ó sea en medio de las cavidades viscerales.

Del lado del torax, el quíste puede abrirse formando una pleuresia purulenta que trae consigo todo un cortejo sintomático: dolor muy agudo y violento, partiendo de la región hepática y que irradia en todo el lado derecho del torax, escalofrío, fiebre, toda una complicación que puede terminar por una vómica, como también puede matar.

En lugar de abrirse en la pleura, puede hacerlo en los bronquios directamente por medio de un proceso inflamatorio que traería consigo la gangrena, la ulceración de los tejidos intermediarios terminando el proceso por una vómica de un líqui-

do sero-purulento, fétido, de color rojo sucio, con estrías blanquizcas entre las cuales se encuentran restos de la membrana hidática, gancho y cabezas de equinococus. Antes de esta ruptura aparecen una série de síntomas que no tienen un cachet particular; dolores vivos, tos quintosa, esfuerzos de vómitos, disnea intensa llegando algunas veces hasta accesos de sofocación. El murmullo vesicular se apaga y el silencio respiratorio le puede sustituir. Frotes pleurales aparecen.

A consecuencia del proceso mórbido una fístula bronco-hepática se establece y los signos de un neumotorax parcial estallan.

Otras veces el cuadro no es tan alarmante, el enfermo á consecuencia de uña vómica puede encontrarse aliviado: el dolor disminuye, la calma vuelve y el estado general se mejora aunque aparentemente.

Apesar de esto, el pronóstico no deja de ser bastante obscuro.

En la cavidad abdominal la abertura de los quístes hidatídicos supurados, se hace trayéndo procesos bastante variados.

En las vías biliares, en los diversos canales excretores de la bilis ó en la vesícula biliar la abertura se hace merced á un proceso flemásico que determina la formación de adherencias y la

perforación de los conductos, pudiendo aparecer entonces todo el cuadro de una angiocolitis aguda y purulenta, precedida ó no del sindrome del cólico hepático.

En las vías digestivas la abertura de un quiste puede hacerse en el estómago ó los intestinos, siendo esta última la más frecuente. La perforación del intestino establecida generalmente al nivel del colon, todo el contenido quístico se vacía por el ano en un tiempo más ó menos largo, según sea el orificio de comunicación entre el quiste y el intestino, esta complicación puede acompañarse de un sindrome que en muchos casos no es muy alarmante manifestándose por diarrea profusa, sudores, desfallecimiento, y en otros casos menos numerosos, pueden estallar accidentes bastante intensos para hacer temer una terminación fatal: vómitos, dolores muy vivos en el vientre, frecuencia de pulso, adinamia, diarrea, hemorragica profusa.

Pero seguramente el accidente más terrible que puede sobrevenir es la abertura en el peritoneo trayendo una peritonitis parcial ó una peritonitis generalizada y no en balde dice Murchison: «la ruptura en el peritoneo debe siempre ser mirada con terror».

Puede también el quiste cuando está pró-

ximo á los grandes vasos, y especialmente cerca de la vena cava inferior, propagar su proceso inflamatorio hácia esta vena, haciendo en ella una trombo-flebitis y así hemos podido observar un caso en el cual la muerte súbita se produjo, en un individuo en cuya autopsia se encontró un gran quíste del tamaño de una cabeza de feto, que había supurado, comprimiendo la vena cava, encontrándose ésta al mismo tiempo con su cara interna inflamada y con trombos parietales en la desembocadura de esta vena en la aurícula derecha, que obstruía por completo la luz y que había sido la causa de la muerte del sujeto.

DIAGNÓSTICO

Para llegar á afirmar la existencia de un quíste hidatídico del hígado, es necesario siempre que haya producido un aumento de volúmen del órgano parcial ó total, capaz de ser apreciado por cualquiera de nuestros medios de exámen. Los síntomas funcionales, los fenómenos dispécticos, cardiacos, hepáticos y las alteraciones que producen por compresion, no bastan por sí solos para admitir la existencia de un quíste hidatídico del hígado y únicamente sirven para hacernos sospechar que puede tratarse de esta afeccion.

Tres casos pueden presentarse al diagnóstico:

1° O bien, el quíste ha producido solamente un aumento de tamaño del hígado. Hay un hígado grande.

2° O bien el quíste produce una deformacion parcial del hígado fácilmente apreciada.

Y 3° El quiste se manifiesta por la constatacion de un tumor.

1° *Hay un hígado grande.* En tal caso el diagnóstico es casi por completo de exclusion, rechazando todas aquellas afecciones que traen consigo un aumento del volúmen del órgano.

No se trata de una *congestión crónica* del hígado, porque el sujeto no es un cardiaco, no es un alcohólico, además la congestion crónica trae un aumento de la totalidad del hígado y en todos los sentidos, mientras que el quiste hidatídico nunca produce esta tumefaccion general y uniforme. Los *pousee* agudos que se observan en la congestion crónica podrán completar el diagnóstico.

Lo mismo podríamos decir del gran *hígado leucocifémico* y *palúdico* añadiendo todos los síntomas peculiares á estas afecciones.

El hígado grande de las *cirrosis hipertróficas* se eliminan por la etiología que acompaña á estas afecciones, los síntomas concomitantes, la ictericia progresiva y persistente que ha comenzado con la enfermedad misma y por último aumento de volumen del brazo.

El gran *hígado sifilítico* con su peri hepatitis, los antecedentes negativos, la falta de deformaciones globulosas, la negacion del tratamiento de prueba ayudará á eliminarlo.

Los *tumores malignos* del hígado, el cáncer

primitivo ó secundario que trae consigo las indura-ciones leñosas, las irregularidades de la superficie hepática; el aspecto del sujeto, la emanciacion, el tinte anémico de los tegumentos y la evolución de la enfermedad comparada con aquella del quíste hidatídico es muy diferente. Un hígado canceroso aumenta de tamaño rápidamente y en muchos casos á proporciones notables 6 y 8 kilos.

2° *Existe una deformación parcial del órgano.*

Estas deformaciones situadas al nivel del tu-mor se constatan generalmente á derecha, dada la frecuencia de los quístes en el lóbulo derecho. Ellas pueden ser superiores ó anteriores.

Cuando la deformacion es anterior, ella se manifiesta por un levantamiento del hipo-condrio, del arco costal correspondiente ó del epi-gastrio. Constatada esta deformacion se debe bus-car inmediatamente la consistencia del tumor si es ó no renitente y reconocida la cual el dignóstico es menos difícil.

Los *tumores malignos* del hígado producen también estas deformaciones, pero, en un período bien avanzado de la enfermedad, cuando ya existen metástasis y los demás síntomas propios de estas afecciones.

La sífilis hepática, los gomas son diagnostica-dos según lo hemos hecho anteriormente.

Hay que acordarse que los tumores del riñon pueden producir un abovedamiento del hipocondrio rechazando el hígado; de ellos hablaremos más adelante.

Cuando la deformacion es superior, ella es producida por los quistes sub-diafragmáticos. A la palpacion, se constata el borde hepático descendido y á la percusion la deformacion de la matitez hepática en su línea superior.

El diagnóstico con los derrames pleuríticos y los quistes del pulmon ó pleura, es aquí el más importante.

La forma de la matitez, es un dato que puede aclarar algo el diagnóstico. En los quístes del hígado la línea superior es convexa y se confunde suavemente con el límite superior de la matitez hepática, las extremidades se hacen entonces horizontales. La convexidad vendría á hacer un arco de círculo. En las *pleuresias serosas* si bien convexo el límite superior cuando el derrame es inferior á dos litros tiene además una forma parabólica siendo su vértice en línea axilar. En los quistes por otra parte no existe la egofonia, el soplo ni la pectoriloquia afona y los fenómenos febriles lo más á menudo hacen falta. Sin embargo el diagnóstico puede presentarse bien difícil y se comprende el error cuando se piensa que ellos pueden traer fenómenos de una pleuresia seca, con tos quintosa.

Con los quístes del pulmon el diagnóstico de los quistes hidatídicos sub-diafragmáticos puede presentarse igualmente erizado de dificultades; no insistiremos en hacerlo. El dolor, la disnea, la tós y los hemóptosis estarán en favor de un quiste del pulmon: algunos rales sub-crepitantes apareciendo en la base del torax, un soplo suave ó signos de compresion de un bronquio podrán completar el diagnóstico.

3° *El quiste se manifiesta bajo la forma de tumor.*

En estos casos se palpa pues, un tumor cuya situacion y consistencia, debe ser determinada. Constatada la existencia de un tumor líquido, veamos las afecciones que pueden confundirse.

Estando situado el quiste al nivel de la visecular biliar, son las afecciones de éste las que se colocan en primer lugar.

La *dilatación vesicular;* se podrá excluir por los antecedentes del enfermo y los síntomas del enfermo, preguntándonos si es ó ha sido un calculoso. Por otra parte la evolucion de la enfermedad aclarará el diagnóstico. Las *inflamaciones de la vesícula*, las *colecystitis* de paredes induradas son menos voluminosas, menos regulares acompañándose de *pousées* ictéricos y febriles excepcionales en los quistes. A pesar de estos casos hay en que solo la puncion exploratriz puede determinarlos.

Citemos las otras afecciones del hígado como ser los angiomas y adenomas que también se pedi-culizan y cuya confusion se ha hecho.

Si el quíste es postero-inferior habrá que dis-tinguirlo de los tumores del riñon de la hidrone-frosis.

Los quístes antero inferiores habrá que dife-renciarlos de los tumores del mesenterio, del epiplon y de los quistes del ovario. En todos estos casos será necesario un estudio atento de los síntomas locales y generales lo mismo que indagar con toda escrupulosidad los antecedentes del enfermo acor-dándose de los caracteres físicos del tumor quístico, regular, redondeado, renitente, indoloro, desplaza ble, evolucionando como un tumor benigno, insi-diosamente, lentamente, trayendo como primeros trastornos aquellos que produce su aumento de vo-lúmen. Todo esto bien diferente de las enfermeda-des discrásicas microbianas ó en forma de neoplasia.

Además, siempre cuando se constata la exis-tencia de un tumor debe buscarse si existe ó no fremisement cuya importancia diagnóstica está de-más repetirla.

Con esta exposicion hemos tratado de buscar el mejor modo de conducirse para llegar á un diagnóstico, no escapandose las dificultades insuperables que pueden presentarse no solo para

afirmar la existencia de un quiste sino también para localizarlo y decir si él pertenece al hígado y no al riñon, al epiplon, al bazo ó cualquier otro órgano vecino.

En último caso un medio de llegar al diagnóstico indicado por los autores, es la puncion. Por nuestra parte la admitimos, colocándose en las condiciones é indicaciones de que hablamos á propósito del tratamiento.

TRATAMIENTO

Tan numerosos como variados son los métodos que se han propuesto para tratar los quistes hidatídicos. Muchos de ellos han quedado relegados á la historia.

Entre ellos se encuentra toda la trapéutica interna con su arsenal de medicamentos; desde el ioduro de potasio, hasta los vermifugos, han sido empleados con el resultado que ya se puede suponer. La medicacion local, los emplastos, revulsivos caústicos y pomadas que lo único que pueden producir es molestar al enfermo.

Indiquemos entre tanto los diferentes métodos que se disputan en la hora actual el tratamiento de los quistes hidatídicos.

Se les puede agrupar asi: Puncion y quistotomía, siendo esta última el proceder sangriento

Punción

Es uno de los procedimientos que tienen principalmente en Europa un gran número de partidarios. Se ha recomendado varias maneras de hacerla: la puncion simple, la puncion con aspiracion y la puncion aspiratriz con inyeccion de líquido pariciticida. La puncion simple está ya completamente abandonada, así es que solo trataremos de la puncion aspiratriz y ésta con inyeccion de un líquido pariciticida.

Puncion aspiradora.—Para ejecutarla hay que valerse de uno de los aspiradores de Potain ó Dielafoy. La técnica es bien sencilla y si algunas dificultades presenta ellas no son mayores que aquellas de una pleuresia, por el contrario las consecuencias pueden ser infinitamente más graves, la herida de un grueso vaso puede traer accidentes terribles. Las precauciones que hay que tener son las mismas de una laparotomía: asépsia completa del campo operatorio que es limitado por la extension del tumor. Los trocares y todo el instrumental á usar debe ser convenientemente esterilizado. El sitio de la puncion debe ser elegido de antemano y él se ubica en el punto más saliente y renitente. Se debe

tener en cuenta la situacion de la vesícula biliar, borde externo del recto anterior por debajo del reborde costal.

Estando preparado todo así, como dejamos indicado, con anestesia clorofórmica si es un niño se procede á la puncion: Con la mano derecha se toma un trocar mediano de uno de los aparatos ya citados; con la mano izquierda se fija el tumor y el punto de eleccion. Hendido el trocar, se le empuja á necesidad hasta el momento donde se juzga y se siente que la extremidad libre es fácilmente balanceada, ejecutando para ello y con la mano derecha movimientos de vaiven. Retírase entonces la aguja del trocar dejando la cánula en el lugar por la cual se evacua fácilmente ó con una ligera presion el líquido quístico: luego después se procede á la aspiracion hasta retirar la mayor cantidad de líquido, recordando que la cánula se puede obstruir ya sea por partículas del quiste ó también por la pared de éste; inconveniente que se salva por la nueva introduccion de la aguja, ó en el último caso por la introduccion de la cánula más profundamente.

Esta es la manera de practicar la puncion aspiradora de un quiste hidatídico que, como se ve, en su técnica es bien simple.

Ella ha dado sus éxitos pocos numerosos pero

reales, como también sus fracasos y siendo necesario para obtener un resultado satisfactorio la ejecucion de tres, cuatro y más punciones; por lo cual se ha tratado de substituir por la:

Punción aspiratriz con inyeccion de líquido pariciticida.—La idea de matar un quiste por inyecciones de sustancias es algo antigua. Voisin inyectaba bilis en 1857; Boinet hacía inyecciones de iodo sin que ninguno de ellos realizara la aspiracion del líquido quístico. Se puede decir, que Baccelli fué el primero que hizo el procedimiento de que nos ocupamos. En 1887 este eminente médico publica una estadística de casos entre los cuales se encuentran curaciones reales. Después de esto el procedimiento se vulgarizó, sufriendo algunas modificaciones, de tal manera que la puncion aspiradora con inyeccion de líquido antiséptico se practica de tres modos diferentes. Según el proceder de Baccelli, aquel de Debove y el de Hanot. En todos ellos se prepara al enfermo y los instrumentos con las mismas precauciones que hablamos al tratar de la puncion aspiratriz. Los líquidos á inyectar deben estar esterilizados.

Proceder de Baccelli.—Es el proceder primitivo; consiste en puncionar el quiste, extrayendo una cierta cantidad de líquido (20 á 30 gramos;) é inyectando bicloruro de mercurio al 1 por 1000; repitiendo las punciones en caso de fracaso.

Proceder de Debove.—Este autor procede del siguiente modo: Punza y aspira una gran cantidad de líquido quístico, todo lo que es posible y lo substituye con líquido pariciticida, que vuelve á llenar casi completamente el saco. Las soluciones que usa, son de licor de Van-Smeten ó de sulfato de cobre volviendo á aspirar estos líquidos.

Proceder de Hanot.—Prefiere en las punciones un procedimiento que armoniza los anteriores, que consiste en aspirar toda la cantidad de líquido quístico posible, inyectando una solucion pariciticida á dosis no tóxicas, por ejemplo 40 gramos de licor de Van-Smeten dejándolos en el lugar.

Este último procedimiento es el que cuenta en actualidad mayor número de partidarios. Esto se explica fácilmente, pues, una série de inconvenientes que presentan los otros métodos son aquí evitados. La caída de líquido antiséptico en el peritoneo que puede suceder por el método de Baccelli por la poca disminucion de la presion intraquística, como tambien la intoxicacion, que puede suceder en el método de Debove, por no poderse retirar el líquido intraquístico por tal ó cual circunstancia, y las dificultades que pueden presentarse en este tiempo de la operacion son

tantas causas que lo hacen reemplazable por el proceder de Hanot, evitando éste los inconvenientes de aquellos.

Quistotomias

Con este nombre se engloba una série de procedimientos que consiste en llegar por ámplias incisiones hasta el quiste, abrirlo y evacuar su contenido. El resto del tumor, la pared periquística es tratado según el método que se siga y el autor.

La historia de la quistotomía remonta al siglo pasado con Ledran, que parece ser el primero que hace la abertura de los quistes hidatídicos, pero es Recamier que como Baccelli en la puncion preconiza y vulgariza este tratamiento esencialmente quirurgico. La falta de conocimientos sobre asépsia, hacía que los primeros operadores practicaran la abertura de los quistes por medio de líquidos y pastas caústicas, así Recamier en 1825 usaba la potasa para ejecutar la abertura; poco después el mismo cirujano modifica su procedimiento y aconseja la incision de la pared abdominal hasta el peritoneo, colocando la pasta caústica y ejecutando en una segunda sesion, la incision de la bolsa quística. Es un pro-

ceder semejante al que indica Tillaux, usando la pasta de Viena.

Otros cirujanos emplearon á mediados del siglo, el proceder con un grueso trocar, substituido más tarde con la doble puncion colocando á cierta distancia, un trocar del otro, uniendo en una segunda sesion los dos orificios, luego que las adherencias eran formadas.

Lindeman en 1871 es el primero que practica la marzupializacion de los quístes, con un procedimiento que bien pronto fué adoptado por todos los cirujanos, de tal manera que su proceder ha quedado clásico.

Vienen después los procedimientos más audaces y brillantes; las quistotomías simples usadas por los australianos, cuya época no conocemos y que entre nosotros eran ignoradas cuando aparecieron la estadística de casos operados y brillantemente sostenidos por el distinguido cirujano Dr. A. Posadas.

Antes el Dr. Alejandro Castro había practicado el procedimiento de quistotomías simples en quistes del epiplon en algunos casos, cuya publicacion no se ha hecho, pero cuyas historias se encuentran en los hospitales.

En la Reveu de Chirurgie de 1893 aparecieron los primeros casos operados por el Doctor

Llovet en el Hospital Rawson según la tésis de F. Llovet que tenemos á la vista. Más tarde este cirujano cambió el procedimiento y usa la quistotomía con fijación de que es autor. En 1895 Delvet publica un procedimiento de quistotomía simple. Se ve pues que el tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos se ha ido modificando, pero aparte de los quistotomías hechas en dos sesiones ó con pastas caústicas; ellos han quedado subsistentes de tal modo que en la hora actual se discute entre el proceder primitivo de Lindeman y el proceder australiano ó quistotomias simples.

La descripción de estos procedimientos es lo que nos va á ocupar ahora y para ello lo vamos á agrupar en tres clases:

Quistotomía con marsupialización.

Quistotomia con fijación á la pared.

Quistotomia simple.

Antes de entrar en la discripción de los procedimientos, hablaremos de los cuidados é indicaciones necesarias para practicar una quistotomía.

Los enfermos antes de entrar al servicio ó ser operados, deben ser sometidos á un baño de limpieza cuatro ó cinco dias antes, lavado completo y bien extenso de la región donde debe colocarse la incisión, aplicando curaciones húmedas de timol al 1 por 3000 ó de bicloruro de mercurio al

1 en 2000 con algodon esterilizado, debiendo esta curación renovarse todos los días, cuidando al mismo tiempo de los eritemas medicamentosos que pueden sobrevenir, administrase al enfermo un purgante el día antes, ó los dos antes de la intervención.

Colocado el enfermo en la mesa de operaciones se vuelve á lavar la región con cepillos y agua esterelizado, desinfestando luego la piel con una solución antiséptica por ejemplo;, bicloruro de mercurio 1 gramo, eter y alcohol absoluto partes iguales 500 gramos.

Esterilización perfecta de los instrumentos y asépsia y antisépsia de las manos como en la más delicada laparotomia, completa las precauciones necesarias para intervenir.

Veamos ahora: *las quistomías con marsupialización.*—Proceder de Lindeman y Landau.

Incisión.—Debe ser hecha en el punto más saliente del tumor que es generalmente el punto más accesible; incisión cuyas dimensiones varian según el volúmen del tumor y también según la habilidad del cirujano para manejarse en pequeñas incisiones. Se incinde la piel, la pared muscular llegando hasta pertioneo, se reconoce este y se incinde. Por la ancha herida se nota inmediatamente el tumor que viene bajo el bisturí del operador al primer

movimiento inspiratorio del enfermo. Reconocida su forma arredondeada, su membrana externa, lisa blanquizca y nacarada, el aspecto fibroso de esta, cuando no está recubierta como sucede en algunos casos, de una débil capa de tejido hepático, con su coloración y textura característica. Reconocido como decíamos, así, el tumor, se le toma con una pinza (nosotros aconsejamos la de Doyen) se punza con un trocar mediano dejando salir una cierta cantidad de líquido quistico, atrayendo el quiste ligeramente hacia afuera. Luego colocánse comprensas entre el tumor, y el peritoneo al cual dos pinzas se han fijado de ante mano, y tirando mas fuertemente del tumor se incinde su pared en frente de la incisión abdominal; colocando inmediamente dos pinzas en los bordes de la herida de la membrana periquística y de la cual se puede hacer más tracciones para que el líquido quistico no se vierta en la cavidad abdominal. La bolsa quistica debe vaciarse casi completamente, extrayendo además la membrana quistica por medio de pinzas secando con compresas el interior de la gran cavidad.

Atrayendo siempre la membrana perisquitica hácia afuera se procede á la marzupializaciòn, empezando por fijar si se quiere ó si es necesario el peritoneo. Es preciso entónces colocar una

série de puntos en la pared periquística que tiende á desaparecer en la profundidad y que debe por otra parte quedar anchamente abierta hácia afuera.

Los hilos que se colocan atraviesan la pared quística y deben suturarse á la pared abdominal tomando peritoneo y musculos á la véz, lo que es mas cómodo; acordándose siempre que lo esencial es, que el peritoneo quede perfectamente aplicado á la pared externa de la bolsa quistica, que la sutura sea sólida y los hilos deben recortarse en condiciones de poderlos sacar más tarde. Puede además, recortarse los bordes de la membrana periquístaca que sobresalieran en la herida abdominal. Aproxímase la herida de la piel en sus extremidades; se termina la operación haciendo una curación taponando, drenando perfectamente la cavidad con gaza y tubos, haciendo un vendaje compresivo.

Los cuidados consecutivos tienen su cierta importancia; pues de ellos dependen muchas veces la rapidéz de la sanación del enfermo. Generalmente hay una gran exudación de líquido mezclado de bilis que moja la curación rápidamente en los primeros días, por lo cual hay que renovarla diariamente; dos y también tres veces al día.

La cavidad debe lavarse con agua esterili-

zada y al mismo tiempo antiséptica graduando las soluciones según la superficie de absorción.

Las irrigaciones deben ser siempre calientes, el drenaje convenientemente mantenido, rozando poco la superficie de cicatrización y sosteniendo siempre la herida anchamente abierta, mientras la bolsa quística disminuya poco su profundidad.

Para todo esto hay que tener en cuenta, que cuando el trayecto fistuloso se deja establecer, ellos duran meses y años sin cicatrizarse.

Tal es, el tratamiento de Lindeman, el proceder de marzupialización, absolutamente indicado en los quiste hidatícos supurados y también sostenido por algunos operadores en los quistes asépticos.

QUISTOTOMIA CON FIJACIÓN.—Esta opereciòn se puede reasumir así:—incisión del quiste, extirpación de parte de su membrana, fijación de esta á la pared abdominal suturandola sin drenage.

Haremos esta descripcion, segun el modo de operar del Dr. Máximo Castro.

En este y en los procedimientos que siguen, hay que ser escrupuloso en las precauciones asépticas y antisépticas indicadas anteriormente.

Las indicaciones de la incisión de la pared abdominal son también las mismas que cuando se hace el anterior procedimiento. La punción prévia del quiste antes de incindir su membrana debe ser

hecha y la condición absolutamente necesaria para ejecutar el procedimiento, es de que el líquido que sale, sea incoloro claro, cristal de roca; de otra manera el proceder á prácticar cambia, debiendo optarse por la quistotomia con marzupialización.

Constatada entónces la claridad del líquido quistico, la abertura de las membrana periquistica se ejecuta como lo indicamos en el proceder de Lindeman, se lava y se seca el interior de la bolsa, procediendo á extirpar la pared quistica, desprendiéndola suavemente de las víseras que adhieren á su superficie externa. Por otra parte, este tiempo operatorio no debe preocupar tanto al cirujano como para desgarrar el tejido hepático ó dañar el instestino.

Es imposible casi siempre, extirpar más de la mitad de la bolsa quistica y en la mayoria de los casos, son dos ó tres centímetros, á más cuatro centímentros más allá de la incisión quistica, lo que se puede resecar. Hay que tener en cuenta la abertura del quiste tiene que venir á abocar á la herida abdominal, cerrando primero por una línea de sutura la bolsa quistica, y de tal manera que los bordes sangrientos miren hácia el interior del saco, para lo cual es necesario la sutura Lembert. Esta sutura debe ser continua y con el mismo hilo debe comenzarse la sutura del

peritoneo y primer planco muscular, empezando así, el tiempo de fijación del quiste á la pared, que se completa, tomando en un mismo punto; 1° lábio izquierdo de la herida muscular y peritoneo; 2° lábios suturados de la incision quistica y 3° lábio muscular derecho. Así se colocan una série de puntos en sutura continua. Se refuerza la pared abdominal con un segundo plano de sutura muscular completando la operación con la sutura libre de la piel. Curación aséptica, etc.

Los cuidados son los mismos que en cualquier otra laparotomia. Temperatura tomada mañana y tarde, que es lo que nos servirá de control del resultado de la intervención.

QUISTOTOMÍA SIMPLE.—Esta oporación consiste en hacer solamente la abertura del quiste, abandonándolo por completo en la cavidad abdominal, cerrando ésta sin drenage.—Es inútil una descripción de un tal proceder, que, por otra parte se usa más raramente siendo aplicable más á los quistes del epiplon y solo á los pequeños quistes del hígado.

Otros procederes ha complicado las quistotomía simple, describiremos los dos usados.

PROCEDER DE DELVET.—El se encuentra descripto en el tratado de Cirugía, publicado bajo la direccion de este eminente cirujano y sobre el cual calcamos este artículo.

Incisión practicada como en las otras quistotomias, piel, músculos y serosa peritoneal. Inmediatamente de apercibido el tumor, la punción debe ser hecha reconociendo la naturaleza del líquido que se evacua. Vaciado el quiste con un trocar, como lo aconseja Delvet ó de otro modo como lo hemos indicado, á propósito de la marzupialización, se procede á la extracción de parte de la membrana quística. Delvet no dice nada al respecto de la extirpación de la membrana periquística, nosotros creemos que es algo que tiene su importancia para merecer que sea señalado, pues, cuanto menor sea la bolsa quística que se abandone, más fácil y rápido será practicar la maniobra propia del autor que se conoce con el nombre del *clapitonage*. Este consiste en adosar las parades de la bolsa por hilos de cadgut pasado en su espesor.

Con agujas acodadas y muy curvas, se pasa un grueso cadgut en una de las paredes. Este hilo entra y sale por la cara interna tomando un espesor de tejido suficiente para que este punto de apollo sea sólido. Entre el punto de salida y entrada de la aguja, debe haber por lo menos una distancia igual á quince milímetros ó dos centímetros y más también. La aguja pasa inmediatamente al punto simétrico de la pared opuesta, quedando de esta

manera colocado un primer punto de sutura y así, y de igual modo se colocan los sigüientes: Se anundan después, todos los hilos entre sí, dándose por terminada la operación, aproximando los los lábios de la herida quística por una sutura de Lembert.

Tal es la maniobra del clapitonage. La operación termina con la sutura de la pared abdominal, sin singuna clase de drenage.

El alta del enfermo es dada en diez ó doce días.

Véamos un segundo modo de proceder en las quistotomías simples.

El proceder que vamos á citar data de la misma época que el de Delvet, no haremos una discripción detallada, uúnque nosotros lo preferimos al proceder del ilustre cirujano francés.

La diferencia con el método de Delvet, consiste en que la maniobra del *clapitonage* es suprimida, pudiéndose la operación reasumir así: Incisión de la piel, musculos y peritóneo como en los anteriores procedientos; se llega al quiste, se punza, se incinde y se evacua su contenido, claro cristal de roca, se extrae la membrana quística y se procede á extipar la membrana periquística, hecho lo cual se sutura cerrando así la bolsa. Sutura de la pared abdominal.—Es casi el proce-

der más sencillo y el tiempo más importante viene á ser aquel de la extirpación de la membrana periquística, la cual debe ser librada en lo más posible, para dejar como resto la más pequeña bolsa quística. Desgraciadamente esto no es posible y hay que contentarse en la mayoría de los casos, con extirpar un tercio de la pared periquística como decíamos más arriba.

Conclusiones

Los numerosos procedimientos descriptos demuestran por sí solo la divergencia de opiniones que se ha levantado respecto al proceder como tratamiento general de los quistes hidaticos del hídago. Por nuestra parte, no pretendemos demostrar la exelencia de tal ó cual proceder sobre otro, sinó tan solo exponer nuestras deduciones dictadas por la observación y la experiencia adquiridas en cinco años de servicios hospitalarios.

Así, un proceder exclusivo y único no se puede sentar. Por otra parte creemos que todos los procedimientos son buenos y que lo único que falta es su indicación, la cual estando bien esta blecida, el resultado será siempre brillante.

Estas indicaciones están basadas en la asépsia de los quistes, su situación y tamaño.

La supuración del quiste impone un procedimiento y en esto, todos los autores están contestes: el proceder de elección es la marzupialización, el drenage ámplio. El mayor peligro al ejecutarlo, es la caida del pus en el peritoneo, pero ello facilmente se evita según lo hemos visto, cuando describiamos el procedimiento de Lindeman.

Cuando el líquido quístico sin ser francamente purulento, es turbio, es igualmente indicado el mismo procedimiento. En la inmensa mayoria de los casos como nosotros lo hemos visto, al tratar de la bactereología, el líquido contiene micro orgánismo piogenos, con suficiente virulencia para desarrollar una peritonitis aguda mortal. Si ensayáramos el proceder más prudente, la quistotomía con fijación, nos expondríamos por lo menos é inutilmente á hacer una segunda intervención y marzupializar en peores condiciones.

Cuando el líquido quístico es claro cristal de roca, no es una prueba absoluta de que sea aséptico, es decir, que no contenga gérmenes piogenos, como nosotros también los hemos visto. Además, si en el líquido quístico no se encuentran, pueden existir en la cara interna de la membrana periquística. Siendo así, y abandonáremos una bolsa quística en la cavidad abdominal, dicha bolsa

podría supurar y más si se retiene en su interior líquido sanguinolento; luego después abrirse en el peritoneo, una peritonitis ser su consecuencia y un caso fatal su resultado.

Esto es lo que desgraciadamente hemos observado en algunos casos, en los cuales se había practicado, quistotomía simple.

Por estas consideraciones, nuestro modo de pensar es, que la quistotomía con fijación de la bolsa quística á la pared abdominal, es el proceder de elección en los quistes hidatícos del hígado, de contenido claro cristal de roca. Es un procedimiento que no expone á un fracaso y solamente á una segunda intervención. El resultado es tan brillante como en cualquiera de las quístotomías simples, sin tener sus inconvenientes.

Esto, no quiere decir, que rechazemos en absoluto esta última clase de aperaciones. Por lo contrario, nosotros las aceptamos pero en número más reducidos de casos.

En los quístes pequeños del tamaño de una naranja cuando más y que provengan de la cara superior del hígado, estaría indicada esta clase de intervenciones.

Esto es lo que se rcfiere á los procedimientos verdaderamente quirúrgicos, digamos

entre tanto algunas palabras del tratamiento médico, como se podría llamar á la punción.

En estos últimos tiempos y entre los cirujanos se la ha abandonado demasiado. La necesidad de varias intervenciones para obtener un resultado feliz y algunos rarísimos casos de colapsus y muerte rápida, ha desterrado entre nosotros y entre los operadores los procederes á trocar. Sin embargo nosotros pensamos que la punción se debe prácticar más á menudo y *de ella se debe pensar siempre en presencia de un quiste aséptico del hígado*, buscando su indicación, la cual se presenta cuando la situación del quíste separa todo riesgo de herir un órgano vecino, cuando el quíste venga á hacer salida bajo la pared habrá todas probabilidades para que el contacto sea íntimo entre la serosa que lo recubre y el peritoneo parietal, y además que el cirujano ú operador pueda darse cuenta de que el tumor ha desaparecido en su mayor parte, no habiendo quedado en su interior vesículas hijas. En este último caso una segunda punción estaría contraindicada, lo mismo que el *fremisement* contraindica la punción.

OBSERVACIONES

No me es posible hacer la publicación de 32 observaciones que encuentro en el archivo del Hospital de Niños, referentes á casos de quístes hidatídicos del hígado. Proponiéndome hacer sólo una selección, publicando aquellas observaciónes que ya por su historia clínica bajo el punto de vista sintomático, ó del tratamiento revisten un interés especial.

Todas estas observaciones pertenecen al servicio de cirujía que dirigen los Dres. Alejandro Castro y Máximo Castro.

I

Quíste hidático del hígado

Vicente Sola.—9 años de edad.—Entra al servicio en Agosto 21 de 1897.

Antecedentes personales.—Hace nueve meses que la madre notó que el vientre se abultaba, y durante todo ese tiempo no manifestó ninguna incomodidad. Recien hace tres días, que se queja de un dolor al nivel de la 8ª costilla derecha.

Estado actual.—En el hipocondrio derecho se constata un tumor, redondeado, renitente fluctuante cuya

matitez se confunde con la hepática y extiéndese hasta la fosa iliaca derecha.

Agosto 21—.*Ictericia.*—Desarrollo venoso en la cara anterior del torax.

Tratamiento.—Agosto 26. Punción, extrallendo 1500 gramos de un líquido amarillo verdoso.

Setiembre 23.—Nueva punción. Extracción de 2000 gramos de un líquido amarillo verdoso oscuro y turbio.

Setiembre 30.—Incisión en la parte culminante del tumor, se constata el quíste, pero está muerto y con un líquido muy teñido de bilis, se vacía y se sutura la pared hepática á la piel, curación con gaza haciendo drenaje.

Resultado.—Diciembre 19. Existe una pequeña fístula en vía de cicatriciones,

II

Quíste hidatídico del hígado, Punción y sanación

Antonio Tegera.—Tiene 7 años.—Entrada al servicio el 18 de Enero de 1877.

Antecedentes personales.—Ha tenido sarampión coqueluche y escarlatina. Tiene helmintiasis. Hace diez días que se ha notado un tumor en el vientre, que le impide algo caminar, según dice la madre, sintiendo al mismo tiempo dolores en lado derecho.

Estado actual.—Presenta á la derecha de la región epigástrica un tumor que hace cuerpo con el hígado, pués, se continúa con la matitéz hepática y sigue los movimientos respiratorios. Es indoloro. El estado general del enfermo es bueno.

Tratamiento.—Enero 22. Punción aspiratriz extrayendo 1500 gramos de líquido cristalino con ganchos de equinococus.

Febrero 20.—Es dado de alta. El quíste no se ha reproducido.

III

Quíste hidatídico del hígado, lóbulo derecho, cara posterior y lóbulo izquierdo

María Fogolini. — Entra al servicio en Noviembre 6 de 1896.

Antecedentes personales.—La enfermedad actual data desde hace un mes, empezando con dolor en el epigastrio que se propaga á la región rumbar. El tumor no ha aumentado de volúmen, hay adelgazamiento, el apetito se conserva.

Estado actual.—El estado de nutrición malo, panículo adiposo escaso; niña bién desarrollada. En el flanco derecho notáse un tumor del tamaño de un huevo de gallina con *fremito* muy claro de forma redondeada indolente. La matitéz de hepática se continúa hacia ha bajo de los arcos costales, en cuatro traveses de dedos y estendiéndose á la izquierda, hasta línea media en el epigastrio donde se siente ligera renitencia.

Tratamiento.—Noviembre 14. Laparotomía lateral que descubre el hígado, encontrándose en su cara posterior un tumor, que se extiende á la región renal, contrayendo adherencias con el peritoneo. Se estirpa el quíste se reseca parte de la membrana, fijándola á la pared y suturando sin drenaje.

Noviembre 22.—Sácanse los puntos de sutura estando la herida cicatrizada.

Diciembre 16.—Laparotomía superior y mediana, incisión de cinco centímetros que viene en el lugar reni-tente. Punción saliendo líquido quístico claro cristal de roca. Extracción de la membrana quística y resecando parte de la periquística, fijación de esta á la pared abdominal, sutura en tres planos y sin drenaje.

Resultado.—Diciembre 24, Sale de alta con la herida operatoria completamente cicatrizada.

Observaciones.—No ha habido ningún movimiento febril. El exámen batereológico ha sido el siguiente:

De la membrama quística cultivos, y no han dado gérmenes. Las inoculaciones sucutáneas en chanchitos han tenido idéntico resultado.

Del líquido quístico se hace uno inoculación intra-perítonial de cuatro centímetros cúbicos á un conejo, sin resultado.

Los cultivos no han dado gérmenes.

IV

Quiste hidatídico del hígado

Santiago Peraza.—Argentino 6 años.

Antecedentes personales.—Ha sido completamente sano antes de la enfermedad actual. Hace dos meses que se queja de dolores en el flanco derecho é hipocondrío del mismo lado; dolores pasageros y no muy intensos. Hay diarrea y buen apetito.

Estado actual.—Niño algo raquítico, con un estado de nutrición regular, con ganglios inguinales axilares y del cuello. En el hipocondrio derecho se palpa un tumor qué forma cuerpo con el hígado haciendo una saliencia total de la región.

Este tumor de paredes tensas y fluctuantes, es indolente sintiéndose peloteo. El hígado está decendido, su límite superior se marca en el sexto espacio intercostal y su límite inferior desciende hasta el ombligo y flanco derecho donde se siente el borde. Existe además un cordón ancho como de dos dedos que atraviesa de izquierda á derecha la parte más saliente del tumor. Este cordón es pastoso y en su lugar la matitéz no es absoluta. Los riñones no son posible palparlos.

Tratamiento .— Junio 1º. Operación. Anestesía clorofórmica, síncope respiratorio que dura quince minutos. Laparotomía lateral dos traveses de dedos por debajo del arco costal de 8 centímetros. Inmediatamente aparece el quíste de la cara postero inferior del hígado, haciendo saliencia por debajo del borde hepático. Punción y evacuación de líquido transparente cristalino. Incisición de la membrana periquística y vaciamiento de la cavidad. Desprendimiento de las adherencias del colon el cual pasaba por encima del tumor. Extráese un pedazo de la membrana periquística. Sutura y fijación de esta á la pared abdominal. Sutura de la piel sin drenage.

Resultado·—Junio 12. Alta con la herida completamente cicatrizada.

Observaciones—El exámen bacteriológico del líquido quístico, no ha dado ningún gérmen.

Quiste hidatídico del hígado

13 Años argentina.—Entra al servicio en el departamento de pensionistas en Junio 22 de 1899.

Antecedentes personales.—Hace dos meses que los padres le han notado un tumor en el epigastrio que ha ido aumentando.

Estado actual.—Presenta en el hueco epigastrio un tumor redondeado, renitente indolente, siguiendo los movimientos respiratorios y cuya matitéz se continua con la del hígado.—El estado general de la enferma es excelente.

Tratamiento.—Laparotomía mediana y superior, de ocho centímetros.

En la cara inferior del hígado y en el lóbulo izquierdo se ve un quiste que rechaza la vesicula biliar á la cual adhiere.

Su tamaño es mayor que el puño.

Operación.—Incisión del tumor saliendo líquido claro, agua de roca y la membrana quistíca. La bolsa quistica delgada se extirpa en parte suturando luego su abertura y fijándola á la pared abdominal, la cual es á su vez, suturada sin drenage.

Resultado—Julio 4. Alta con su herida completamente cicatrizada.

Observacion.—Exámen bacteorológico. Líquido quistico incoloro, transparente cristal de roca. Membrana quistica blanco nacarada.

Se hace cultivos del líquido y no dan gérmenes.

Se hace una inoculación intraperitoneal á un chanchito; con el líquido quístico se tiene en observación durante tres meses. La temperatura siempre ha sido normal.

Sele da muerte y en la autopsia no se encuentra lesión anatómica.

VI

Quistes hidatídicos del pulmón derecho y del hígado

Es uno de los casos más interesantes por lo cual detallamos integralmente su historia clínica.

R. S. 5 años.—Argentina. Pensionista.

Antecedentes hereditarios.—La madre es sana.

Tenía una hermana que murió de una enfermedad al pulmón.

Antecedentes personales.—La niña ha sido siempre sana. Hace 25 días que empezó su enfermedad con fiebre, tos y dezasociego general. Hace 4 ó 5 días que sus síntomas se agravaron elevándose la temperatura á 39°5 por la tarde y 40° por la noche; esta elevación de temperatura empezaba algunas veces con chucho y terminaba con dolores copiosísimos. Acusa un dolor persistente en el costado derecho. Ha tenido urticaria un solo día.

Estado actual.—Abril 25. Panículo adiposo escaso, pequeños ganglios submaxilares é inguinales.

Torax.—Asimétrico, más elevado y saliente en el costado derecho, cerca del reborde costal y del apéndice xifoide.

Pulmón derecho.—Por detrás hay una zona mate que comienza dos centímetros por encima del ángulo inferior del omóplato, confundiéndose por debajo con la matitez hepática, lateralmente esta zona se extiende hasta la línea axilar, el murmullo vecicular está disminuido en el mismo sitio, hay algunos rales sibilantes y gruesos, y se sienten tambien algunos frotes.

Abdómen.—Ligeramente saliente y abovedado en el hipocondrio derecho, el resto está bién.

Hígado.—A la palpación se nota que este órgano sobrepasa mucho el reborde costal, palpándose su borde inferior á un centímetro por encima de la espina ilíaca antero-superior.

La superficie es lisa y se nota al nivel de la línea paraexternal, por debajo del reborde costal, una saliencia de superficie lisa de paredes resistentes elàsticas, fluctuante, de forma esferoidal.

La matitez hepática, en su parte anterior, llega hasta sexta costilla.

El análisis de la orina ha dado 1.70 de albúmina y en los sedimientos se encuentra gran cantidad de leucocitos y cilindros hialinos y granulosos.

Operación.—Abril 25.—Anestesia clorofórmica tranquila. Laparotomía oblicua lateral derecha á un travéz de dedo del reborde costal. Se llega al quiste que es intrahepático. Se punza en el sitio de mayor fluctuación y sale un líquido cristal de roca, que se recoje en un tubo. Se hace una incisión para abrir el quiste, que está cubierto por un centímetro de parénquima hepático Al hacer esta incisión el parénquima da mucha sangre; se coibe con el termocauterio; se termina de abrir bien el quiste, se saca la membrana quística y se marzupializa la periquistica. Tumor del tamaño de una cabeza de niño.

El drenaje se hace de gaza estelirizada. Se marzupiali-

za por la temperatura y los sudores que hacían temer fueran producidos por el quiste.

Abril 26.—Por la noche la temperatura se ha elevado á 38°1 y ha habido sudores copiosos.

Abril 27.—Por la mañana la temperatura está en 36°5. Persiste la puntada de costado, por la noche la temperatura se levanta á 40°2, con malestar general y después empieza á descender seguida de sudores copiosísimos.

Se cambia la curación; las gazas están completamente limpias. Se manda al laboratorio para que se hagan estudios bacteriológicos; la cavidad quística esta completamente limpia.

Abril 30.—La temperatura se ha mantenido en 36°8 por la mañana, 37°6 por la tarde. Los sudores persisten, empapando las almohadas y mojando el cabello como si se hubiera lavado la cabeza.

Se vuelve hacer un nuevo exámen clínico y se observa que la matitez antes descripta en el pulmón derecho persiste; esta matitez es de forma curva en convexidad superior; por la parte anterior baja rápidamente hasta encontrar la matitez hepática; por detrás baja más oblicuamente hasta encontrar el ángulo posterior de las costillas (sonoridad obscura en esta parte). A la auscultación, murmullo vesicular muy disminuido y abolido en el punto en que la matitez es más marcada.

Se oye uno que otro frote.

Se hace una punción esploradora, prévia antisépsia rigurosa de la piel, introduciendo la aguja de una geringa esterilizada, al nivel del 5º espacio intercostal, punto en que la matitez es mas marcada y se extraen dos gramos de líquido transparente, cristal de roca, con el cual se hacen inoculaciones á chanchitos y cultivos en caldo.

Mayo 2.—En vista del resultado de la punción exploradora y como la fiebre persistía en la misma forma antes descripta se procede á la operación.

Anestesia clorofórmica tranquila. Incisión en U de ramas cortas sobre la sexta costilla. Se diseca el colgajo musculocutáneo hasta poner en descubierto la sexta costilla.

Se incinde el periosto, se aisla la costilla en una extensión de cuatro centímetros, que se reseca. Se palpa sobre la pleura parietal puesta á descubierto y se siente la fluctuación del tumor.

Se secciona la pleura dando salida á un líquido quístico transparente, incoloro, cristal de roca. Se extrae la membrana quística, la cual presenta una coloración blanca nacarada. Se marzupializa la membrana periquística, la cual estaba adherida á la pleura parietal por bridas fibrosas laxas. Se hace drenage con gaza.

En el análisis de la orina no se encuentra albúmina.

Los cilindros han desaparecido. Se encuentra uno que otro lencocito, cristales de fosfato amoníaco magnesiano, células epiteliales pavimentosas.

Mayo 4.—La temperatura se mantiene baja. Los sudores persisten menos abundantes. Se nota que las gazas del hígado salen impregnadas de bilis; el quiste pulmonar está bien.

Mayo 6.—La pérdida de bilis ha aumentado algo, el quiste pulmonar está bién. La temperatura baja; persisten aún los sudores menos abundantes.

Mayo 12.—La temperatura siempre en la normal, ha vuelto el apetito. Los dos quistes operados siguen bien.

Junio 2.—La temperatura en la normal; ha engrosado mucho. Los dos quistes siguen cicatrizando.

Junio 20.—El quiste pulmonar está cicatrizado. Ha desaparecido la matitez, el pulmón respira bien.

El quiste del hígado en vías de terminar la cicatrización.

Junio 25.—Quiste hepático cicatrizado. El hígado ha disminuido muchísimo de volúmen, se palpa su borde á un traves de dedo, por debajo del reborde costal. No hay dolor á la palpación.

En muy buen estado de nutrición, tiene mucho apetito y ha engrosado mucho. Los sudores hace ya un mes que han desaparecido.

Julio 20.—Unos puntos de seda que habían quedado en el quiste del hígado al hacer la marzupialización ha supurado y se ha hecho un pequeño abceso subcutáneo por debajo de la cicatriz.

Se incinde el abceso, se sacan los puntos de sutura.

Agosto 4.—Herida cicatrizada.

La enferma está completamente curada.

Como se comprende de la historia clínica y del exámen bacteriológico; la causa de la temperatura era debida á la infección del quiste del pulmón, que presentaba su líquido claro transparente cristal de roca.

Observación.—Se práctica una punción exploradora en el pulmón derecho.

El líquido quistico extraido por la punción pulmonar se presenta incoloro, transparente, cristal de roca.

Se hacen cultivos con este líquido en caldo y da estafilococus que toman el Gram y liquidan la gelatina

Con el resto del líquido (un gramo), se hace una inoculación á un chanchito de 503 gramos, y presenta las temperaturas siguientes:

Mayo 5.....	38.5
Mayo 8.....	38.8
Mayo 13.....	38.2
Mayo 17.....	38.0
Mayo 19.....	38.0

El 28 de Mayo se le da muerte y se encuentra una peritonitis fibrino purulenta localizada alrededor del bazo.

Del líquido del peritoneo, de la sangre, de la pulpa hepática de este chanchito se han hecho cultivos y en los medios de cultivos se han presentado colonias de estafilococus *albus* que toman el Gram y liquidan la gelatina.

Tiñendo el líquido del exludado peritoneal se han encontrado estafilococus escasos y algunos colocados en interior de los lencocitos.

La membrana quística se presentaba con una coloración blanco nacarada, se hacen cultivos y también se encuentra el mismo estafilococus.

El líquido del quiste hepático era incoloro transparente cristal de roca.

Con este líquido se hacen cultivos en caldo y no han dado ningun gérmen.

Se hace con el líquido una inoculación á un chanchito.

Abril 26.....	38.0
Abril 30.....	37.0
Mayo 10.....	37.0
Mayo 5.....	37.9
Mayo 9.....	38 0
Mayo 11.....	38.2
Mayo 13.....	38.2
Mayo 17.....	38.0
Mayo 19.....	38.0
Mayo 20.....	37.9

El 20 de Mayo se le dió muerte, y en la autopsia no se encontró ninguna lesión anatómica.

Buenos Aires, Octubre 3 de 1900.

Nómbrase á los señores académicos Dr. José Penna, profesor suplente en ejercicio Dr. Alejandro Posadas y profesor suplente Dr. R. Colón, para que constituidos en comision se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

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

Octubre 23 de 1900.

Senor Decano:

Transcribo á continuacion el acta labrada con motivo de esta tésis: En el local de la Facultad, á 23 de Octubre de 1900, reunida la comisión que suscribe, encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tésis de Antonino Zavalía que versa sobre "Quistes hidatídicos del hígado"—resolvió admitirla.

Fdos: JOSÉ PENNA.— A. POSADAS.
—R, COLON.- *Z. Aguilar.*

Luis M. Acuña.

Octubre 23 de 1900.

Entréguese esta tésis al interesado para su impresion, debiendo fijarse por secretaria el dia que debe ser sostenida.

ENRIQUE DEL ARCA.
Luis M. Acuña.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

La inmensa mayoría de los hidroceles infantiles no resisten al tratamiento de Defert.

Los baños calientes deben sustituir á los baños frios en las afecciones pulmonares agudas infantiles.

En las luxaciones congénitas de la cadera y en los niños, el tratamiento de Lorenz es el mejor entre los actuales.