UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Médicas

Aneurismas Cirsoides

TÉSIS INAUGURAL

Presentada para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

MANUEL J. RIZZI

Ex-practicante de la Asistencia Pública
é interno del Hospital Rawson
1897 - 1898 - 1899 - 1900 - 1901

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

1901

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Médicas

Aneurismas Cirsoides

TÉSIS INAUGURAL

Presentada para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

MANUEL J. RIZZI

Ex-practicante de la Asistencia Pública
é interno del Hospital Rawson
1897 - 1898 - 1899 - 1900 - 1901

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

1901

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. JUAN R. FERNANDEZ

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
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI

Secretario Titular

Dr. D. ZENON AGUILAR

Pro-Secretario

Dr. D. CÁRLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedràticos titulares
Zoología Médica		Vacante
Física Médica	Doctor	Jaime R. Costa
Química médica	»	Atanasio Quiroga
Botánica Médica	»	Martin Spuch
Química médica	»	Pedro N. Arata
Histología	»	Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	»	Juan José Naón
Patología General	»	Roberto Wernicke
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Fisiología	»	Pedro J. Coronado
Anatomía Patológica	»	Telémaco Susini
Bacteriología	»	Cárlos Malbran
Higiene	»	Meliton G. del Solar
Materia Médica	»	Justiniano Ledesma
Medícina Operatoría	»	Adalberto Ramaugé
Clínica ginecólogica	»	Enrique Bazterrica
» Oto-rino-Laringológica	»	Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilografica	»	Baldomero Sommer
Patología Externa	»	Obdulio Hernandez
Patología Interna	»	Marcial V. Quiroga
Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleize
« Médica	»	Luis Güemes
» Epidemiològica	»	José Penna
» Quirúrgica	»	Julian Aguilar
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejia
» Médica	»	Francisco Sicardi
Medicina legal	»	Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo
» Médica	»	Gregorio N, Chaves
» Obstetricia	»	Samuel Molina
Toxicología experímental	»	Juan B.Señorans
Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas
» Médica	»	Abel Ayerza
» Génito Urinaria (hombre)	»	Federico Texo
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Alejandro Castro
Clínica obstétrica	»	Eliseo Canton

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología médica		Vacante
Física médica	Doctor	Juan J. Galiano
Química médica	"	Francisco B. Reyes
Botánica médica	"	Lucio Durañona R. S. Kolbe
Química medica	"	Francisco P. Lavalle
Histología	"	Samuel de Madrid
Anatomía Descriptiva	"	Juan D. Piñero Joaquin Lopez Figueroa
Patología General	"	Gregorio Araôz Alfaro
Anatomía Topográfica	"	Avelino Gutierrez
Fisiología	"	Horacio Piñero
Atonomía Patolôgica	"	José Badía
Bacteriología	"	Vacante
Higiene	"	Enrique Revilla
Materia Médica	"	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	"	Nicolás Repetto Adolfo Masí
Clínica ginecológica		Alfredo Lagarde José F. Molinari
Clínica Oto-rino-Laríngológica	"	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
Clínica dermatológica y sifilográfica	"	Maximiliano Aberastury
Patología externa	"	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	"	Vacante
Clínica oftalmológica	"	Francisco Barraza Teòfilo A. Moret
Clínica médica	"	Patricio Fleming
Clínica epidemiológica	"	Vacante
Clínica quirúrgica	"	Juan B. Justo
Clínica neurológica	"	José A. Estevez Jose A. Semprum
Clínica médica	"	Ricardo Colòn
Medicina legal	"	Domingo S. Cavia
Clínica quirúrgica	"	Diógenes Decoud Alejandro Posadas
Clínica médica	"	Julio Mendez Ignacio Allende
Clínica obstétrica	"	Fanor Velarde
Toxicología experimental	"	Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	"	Antonio F. Piñero Facundo Larguía
Clínica médica	"	Vacante
Clínica génito urinaria hombre	"	Pedro Benedit
Clínica psíquiátrica	"	Benjamin T. Solari
Clínica quirúrgica	"	Vacante
Clínica obstétrica	"	Vacante

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat· Sustitutos
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia	Dr. Adolfo Mujica	Vacante
Química inorgánica aplicada á la Farmacia	,, Miguel Puiggari	,,
Farmacognosia vejetal y animal	,, Juan A. Boeri	¿Juan A. Dominguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia	,, Pedro N. Arata	Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	,, J. Manuel Irizar	,,
Higiene	,, Ricardo Schatz	,,
Química analítica toxicológica	,, Atanasio Quiroga	,,
Ensayo y determinación de drogas	,, J. Manuel Irizar	,,

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat: Sustitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distósico y clínica obstétrica	Dr. Juan R. Fernandez	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat.Sustitutos
Anatomía, fisiología, patología	Dr. Leon Pereira	Vacante
Cirujía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentaria medicina legal	,, Nicasio Etchepareborda	Vacante

PADRINO DE TÉSIS

ACADÉMICO

Dr. Gregorio N. Chaves

SEÑORES PROFESORES:

SEÑORES ACADÉMICOS

¡Cuanto hubiera dado en el momento de pensar en el tema que debía ser objeto de mi tésis, por tener la práctica y la preparación suficiente para producir algo que fuera un beneficio para la ciencia!

Desgraciadamente, nada nuevo puede producír el alumno de ayer, que apenas sale con ideas generales de medicina.

Muy difícil es producír algo desconocido para los que vivimos en una época, en la cual, los adelantos de la ciencia son tan grandes, como numerosos son los millares de hombres, que se sacrifican por arrojar un rayo de luz en las nociones vagas de lo desconocido.

Como estoy obligado á presentar un trabajo, elijo como tema de mi tésis el Aneurisma Cirsoides, afección poco conocida y cuya etiología, fisiología patológica é histología patológica, han dado lugar á un sin número de teorías más ó menos razonables,

En estas teorías y en estas discusiones, no entraré porqué me imponen respeto los nombres de los que han actuado en ellas.

Describiré una por una, las lesiones y los síntomas que tuve la oportunidad de observar, sin emitír mi opinion, encerrándome así dentro de los límites que me he propuesto al comenzar este trabajo.

En estos momentos en que concluyo mi tésis, y en que comienzo una vida nueva, recuerdo con más cariño que nunca al Dr. Alejandro Posadas, que con su acostumbrada galantería, me aconsejó y me ayudó en este trabajo. Al Dr. Andrés Llobet mi maestro y á mi cuñado el Dr. Prado, les agradezco las enseñanzas prácticas que recibí siendo su practicante.

Al Dr. Gregorio N. Chaves, por la gentileza que me hace, siendo padrino de mi tésis.

CAPÍTULO I.

INTRODUCCION

Entre las afecciones poco comunes y poco estudiadas, se encuentra el aneurísma cirsoides— objeto de mi tésis.—La etiología y la fisiología patológica de estos tumores, ha dado lugar á controversias, que han arrojado poca luz, debido á las dificultades que presenta su estudio.

Tales difícultades, son ocasionadas por no existir una base sólida, sobre la que puedan practicarse trabajos sérios, pues varían tanto las lesiones, como las observaciones hechas.

Dejando de lado estas difícultades que tendrán su explicación en el curso de este trabajo, me parece oportuno antes de abordar el tema que me he propuesto estudiar, hacer una clasificación de los diversos aneurismas, para hacer más fácil y comprensible, el estudio de los cirsoides.

He analizado una por una, las numerosas divisiones y subdivisiones que presentan los autores,

y de todas ellas me permito elegir lo que á continuación transcribo:

- Arteriales
  - Circunscritos
    - Sacciformes
    - Fusiformes
  - Difusos
    - Primitivos
    - Consecutivos
- Arterio-Venosos
  - Simple
  - Arterial enquístado
  - Varicoso
  - Intermediario
- Aneurisma de los capilares
  - Angiomas
    - Cutáneos
      - Simples
      - Cavernosos
    - Sub-Cutáneos
      - Simples
      - Cavernosos
  - Aneurisma cirsoides

Analizaré una por una, estas divisiones y subdivisiones, para facilitar como he manifestado su comprensión, siguiendo el órden establecido.

Arteriales.—Estos aneurismas, son clasificados así por localizarse solamente en las arterias. Los circunscritos se caracterizan por la regularidad de sus sacos, y se sub-dividen en sacciformes y fusiformes, según la forma que revisten.

Los difusos, por su saco de forma irregular y

compuesto en casi su totalidad por paredes formadas á expensa de los órganos que rodean al vaso, se subdividen: en primitivos—si provienen de una herída y consecutivos, si son debidos á la rotura de una aneurísma preexistente.

Arterias Venosos. — Estos otros aneurísmas abarcan en su radio, la arteria y la vena. Son llamados simples cuando no forman saco; son arteríales enquístados, cuando el saco se desarrolla en la arteria; varicosos, si en la vena únicamente é intermediarios, si el mencionado saco existe entre los dos vasos.

La última división de los aneurismas, es la de los capilares: angiomas y aneurismas cirsoides.

Angiomas. — Los angiomas son tumores, que están constituidos por una dilatacion de las venas con neoformacion de capilares alterados en su constitucion.

Se dividen en cutàneas y sub-cutáneos, segun el sitio que ocupan con relacion al dermis.

Los cutáneos se subdividen en simples y cavernosos. Los cutáneos simples son llamados generalmente *nævi materni*; presentan una caloracion rojo vivo ó rojo sombra y se presentan bajo formas de manchas que son siempre difusas y que ocupan extensiones bastante grandes.

Los cutáneos cavernosos no se extienden en superficie como lo hacen los simples, no forman manchas sinó tumefacciones netamente circunscritas, de formas que recuerdan á las frutillas y son erectiles cuando el enfermo hace algun esfuerzo.

Los angiomas sub-cutáneos se subdividen como los anteriores en : simples y cavernosos.

Los simples son pequeños tumores sin adherencias con la piel, de consistencia pastosa y elástica y que debido á la poca sangre que contienen no son reducibles ni erectiles.

Los sub-cutáneos cavernosos son de un vólumen más considerable que los simples.

Se presentan de dos maneras distintas; circunscritos ó difusos. Los dos son eréctiles y reducibles. Los difusos tienen por caracter especial el ser invasores y transformarse más facilmente en aneurismas cirsoides.

Aneurisma cirsoide. — Este tumor está caracterizado por una dilatacion completa de las arterias, venas y capilares.

Estas dilataciones fueron tomadas como comunicaciones directas de las arterias con las venas, se confundieron esta clase de aneurismas con los arterio-venoso y no se dieron cuenta que si estas fáciles comunicaciones existian, no eran sinó la exageración de un estado normal, es decir, por los capilares dilatados.

Este tumor cuyas lesiones han sido y son todavia discutidas, es el aneurisma cirsoides, la várice arterial de los antiguos, es la afeccion elegida para mi trabajo inaugural, que lo presento con la sola pretensión de dar á conocer dos casos que unidos á los ya conocidos puedan quizas servir de estudio, para alguno dotado de una preparacion de que yo carezco.

CAPÍTULO II

Historia

La primera observación descripta sobre esta afección partenece á Vidus Vidius, el cual la relata de la manera siguiente. « Las arterias comienzan á incharse y á tomar el mismo aspecto que las várices. Sin embargo esto rara vez sucede, pues por la mayor dureza y espesor de su doble túnica y por la pobreza de la sangre que contienen, se retraen y no se dilatan facilmente. Hemos visto sin embargo, á Alejandro Boscollum, ciudadano florentino, cuyos arterias de la cabeza desde el vértice al occipusio estaban hinchadas de tal manera que parecian várices voluminosas, pudiendo por otra parte percibirse sus fuertes pulsaciones.

Vino á Pisa para ser curado por Gabriel Fallopio, quien con un aparato de grandes dimensiones ofrecia incindirlo, y ya empezaba á extirparlo, cuando alarmado por las dimensiones del tumor, suspendió immediatamente la operación; para que no perdiera la vida con la sangre; sin embargo

vivió mucho tiempo con una afección de esta naturaleza (Vidus Vidius 1646 de curatione generatum).

Después de la observación que acabo de transcribir, estos tumores ya se mencionan con más frecuencia y se llega á estudiarlos con detalles, dando mayor impulso á su estudio por la intervención de cirujanos modernos, que aparecen felizmente en una época durante la cual la ciencia ya no vaga por el mundo de las teorias y que su aplicación se hace apoyada sobre bases científicamente sólidas, ayudada por la Anatomia Patalógica; la esperimentacion y los adelantos de la técnica quirúrgica con sus compañeras inseparables la asépsia y antisépsia de estos dias. Porqué á la par que aquella dió á entrever las lesiones y de cierta manera la etiologia de la afeccion que me ocupa, la cirugia hizo completo el tratamiento.

Yá no se yergue el peligro sobre la cabeza del desdichado afectado de una enfermedad quirúrgica operable y entregado á la cirugia de antaño expuesto á las largas supuraciones y lo que es peor á la pioemia y á la septicemia. Ese enfermo poseedor de un angioma no tratado, pasado á la categoría de un aneurisma-cirsoides puede estar seguro de que si no es negligente en tratar su afeccion y se entrega en manos de un cirujano de conciencia tiene todas las probabilidades de ver desaparecer definitivamente su tumor en un lapso de tiempo

muy corto y sin exponerse á complicaciones ó infecciones desgraciadas.

Después de este breve paréntisis seguiré enumerando las otras observaciones sobre esta clase de tumores y cuyas descripciones han ensanchado poderosamente el campo de la ciencia.

Á la observacion de Vidus Vidius sigue la de Petit, el cual describe un tumor voluminoso que ocupaba la oreja, el pequeño ángulo del ojo seguía extendiéndose por el cuello y de aqui á la espalda. Pero ni menciona siquiera la naturaleza ni los síntomas que presentaba, limitándose á decir que lo extirpó, valiéndose de la compresion digital, á medida que avanzaba en su incision como medio para dominar la violenta hemorragia.

Jaubert describe un tumor « que dejaba percibir ruidos como en las aneurismas. »

Después de estos dos casos Pelletan en 1810 en su libro de Clínica Quirúrgica publica dos observaciones describiéndolas y dándoles el nombre impropio de Aneurismas Varicosos; ocho años más tarde Dupuytren liga la Carótida Primitiva para reducir un aneurisma cirsoides que otros cirujanos habían tratado pero sin resultados, ligando la temporal, la auricular anterior y la occipital,

John Bell estudia y describe con más atención varios tumores semejantes en cuanto à su natu-

raleza y les dió el nombre de aneurismas por anastomosis creyéndolos formados por venas y arterias comunicando entre sí, sin participación de los capilares.

Hogson se ocupa conjuntamente del « tumor erectil y de la Várice Arterial » y aunque esta confusión sea lamentable dá lugar á que Breschet traduzca la obra de Hogson y á que se ocupe el mismo en una comunicacion que hace en 1832 á la Academia de Medicina, proponiendo se llame á esta afección aneurisma cirsoides.

En 1848 Chassaignac escribe una tésis titulada « Los tumores de la bóveda del cráneo » en la cual vuelve á las confusiones anteriores, considerando los tumores erectiles y los aneurismas cirsoides como un mismo tumor; no pudiendo darse cuenta como algunas veces se hacen invasores.

Acercándonos á nuestros días Burns en su « Tratado de Cirujía práctica » y Verneuil en su Tésis describen con bastante propiedad sus caracteres; Maisonneuve presenta un trabajo á la Sociedad de Cirujía en donde toma parte activa Robert, quién publica algún tiempo después su « Memoria sobre várices arteriales ».

Despues de todas estas publicaciones los trabajos aumentan considerablemente, esforzándose Deces en reunir los trabajos hechos hasta entónces y poder así sacar conclusiones prácticas; agregó

algunas observaciones personales á lo conocido, y desechando la ligadura preconizó con ardor la extirpación.

Después de ésto los trabajos se multiplican y desde Broca que propone las inyecciones coagulantes de percloruro de hierro; con Labbé, Heine, D' heidelberg, Gahrschrif, Tarrier, Onfray, Morel, y llegando á Lefort se completa una nueva série de trabajos, que sería por demàs, ocioso describir individualmente.

CAPITULO III

Anatomía Patologica

El aneurisma cirsoide dice Le Dentú «está esencialmente constituído por comunicaciones anormales y fáciles que se hacen entre el sistema venoso y el arterial al nivel de las capilares y de los ramúsculos arteriales». De esta definición se deduce claramente, que la lesión esencial en esta clase de aneurismas, es la dilatación en conjunto de todos los vasos, arterias, venas y capilares.

Esta dilatación que es siempre difusa ofende solamente á un territorio arterial determinado, para seguir avanzando desde los vasos pequeños, seguir por los medianos, pasar por los grandes llegando al corazón que á la vez dilata.

ASPECTO MAGRO Y MICROSCÓPICO

a) Macroscópicamente el tumor se presenta redondeado, nó muy elevado cubierto de piel que le está adherente, seca y apergaminada, con rugosidades y presentando una exfaliación bastante visible.

En algunos casos, suele ser tan delgada dicha piel que se deja úlcerar, por lo cual se producen

hemorragias que son muy abundantes aunque no sean casi nunca graves para comprometer la vida del enfermo.

En cuanto á su coloración es siempre más obscura que la normal.

Tomando entre los dedos el tumor, se percibe por debajo de la piel unos cuerpos redondeados que parecen vérmes atados en manojos, y que no son sinó vasos dilatados que forman una masa que està en relación con la extensión que el tumor ocupa.

Haciendo un corte paralelo ó perpendicular al tumor, se puede notar una gran cantidad de lagunas, redondeadas unas, elípticas y estrelladas otras, pequeñas y grandes (hasta ocho milímetros de diámetro) próximas entre sí y separadas por un tejido duro y escleroso.

La disposición que afectan estas lagunas es de los más caprichosos; están dispuestas sin órden alguno, perpendiculares, oblícuas, paralelas y á veces comunicando entre sí. Fué por esta disposición particular que los antiguos tomaron las aneurismas cirsoides formados, no por vasos dilatados sinó como constituídos por un sistema lagunar.

Examinando la periferia, hácia el punto que los vasos emergen del tumor se vé el gran número de flexuosidades que describen, dejando la impresión que han tenido que tomar esta forma, para poder adaptarse en el espacio que los contiene.

MICROSCOPICÁMENTE

b) Las lesiones presentadas al microscopio por este tumor son tan variadas, que es raro encontrar dos piezas distintas que presenten las mismas lesiones.

Estas dificultades son debidas quizás, á que estas observaciones han sido hechas sobre tumores en distintas épocas de su evolución, razón por la cual se ha encontrado lesiones distintas como ser; la endarteritis, la periarteritis, la degeneración grasosa, la hipertrofía, la atrofía y la infiltración de los capilares.

De consiguiente, antes de exponer las diferentes lesiones encontradas en el aneurisma cirsoides por mí examinado, transcribiré las anomalías encontradas en otros casos, para poder plantear un estudio de comparación que hará mejor notar las semejanzas y diferencias existentes entre ellos.

Así por ejemplo Robin encuentra aumento de espesor de las túnicas arteriales.

Las túnicas externa y media presentaban gran cantidad de fibras elásticas muy delgadas, ramificadas, sin anastomosis entre sí y acompañadas por un sin número de elementos fibroblásticos, (núcleos y células fusiformes).

La túnica media y el endotelio estaban principalmente afectados de degeneración grasosa.

El espacio que dejaban libre estos vasos estaba ocupado por tejido adiposo y por tejido conjuntivo, que presentaba adherencias con la periarteria.

En los exámenes practicados por Labbé había «arterias cuya capa média estaba compuesta de numerosisimas fibras musculares separadas por algunas fibras elásticas, gran cantidad de núcleos y de granulaciones grasosas. La túnica media estaba hipertrofiada.

Heine en otro caso por él examinado constató que la degeneración grasosa afectaba á las fibras musculares de la túnica média; las fibro-células en vez de formar varias capas no formaban sinó una sola. Estos adelgazamientos tenian la particularidad de presentarse de preferencia en las partes expuestas á compresiones.

La endo-arteria nó presentaba nada de anormal, nó así la peri-arteria que presentaba en ciertas partes hipertrofía de sus túnicas y en otras atrofía.

La dilatación de los vasos encontrada por Vichow «nó era prévia sinó debida á la hipertrofía activa de los vasos que habiendo primero exagerado la formación de los elementos celulares, concluye con la destrucción de las fibras musculares de la meso-arteria, debido á que son ahogadas por la exuberancia misma de los elementos preformados.

Muy interesantes son las apreciaciones de Terrier que las describe así «sí se corta en todo su

espesor y transversalmente el tumor, aparece formado por pequeñas cavidades ocupando el sitio del tejido celular infradérmico que destruyen. Estas cavidades son numerosas y están apretadas unas contra otras; las grandes tienen de seis á ocho milímetros, las más pequeñas son invisibles á simple vista. Las paredes de estas cavidades son muy delgadas y de extructura variable.

Entre las más grandes se encuentran algunas que presentan una extructura análogas de las artérias de medio calibre: ancho endotelio y tres túnicas. Estas túnicas son delgadas y el tejido elástico relativamente raro.

Estas diferiencias se hacen notables cuando se comparan las cavidades con las artérias que se encuentran próximas.

Otras cavidades tienen una extructura que se parece á ciertas venas; endotelio paliédrico, fibras musculares y tejido conjuntivo. Estas paredes son generalmente delgadas, y cuando son un poco más espesas es el tejido conjuntivo que predomina, siendo los háces musculares ahogados en su espesor. Estas gruesas cavidades, de tipo arterial y venoso, provienen de las artérias y de las venas de la región, que se han dilatado considerablemente, adelgazándose sus paredes.

Otras cavidades á más de las precedentes presentan, unas un endotelio á células alargadas, otras

un endotelio á células poliédricas, diferiendo de las precedentes que en vez de pared nó se encuentran sinó algunas fibras musculares. Estas cavidades se deben considerar también como venas y artérias considerablemente dilatadas.

En cuanto á las pequeñas cavidades vasculares parecen ser constituidas únicamente por un revestimiento epiteleal á células poliédricas ; presentando por consiguiente el aspecto de los capilares sanguineos.

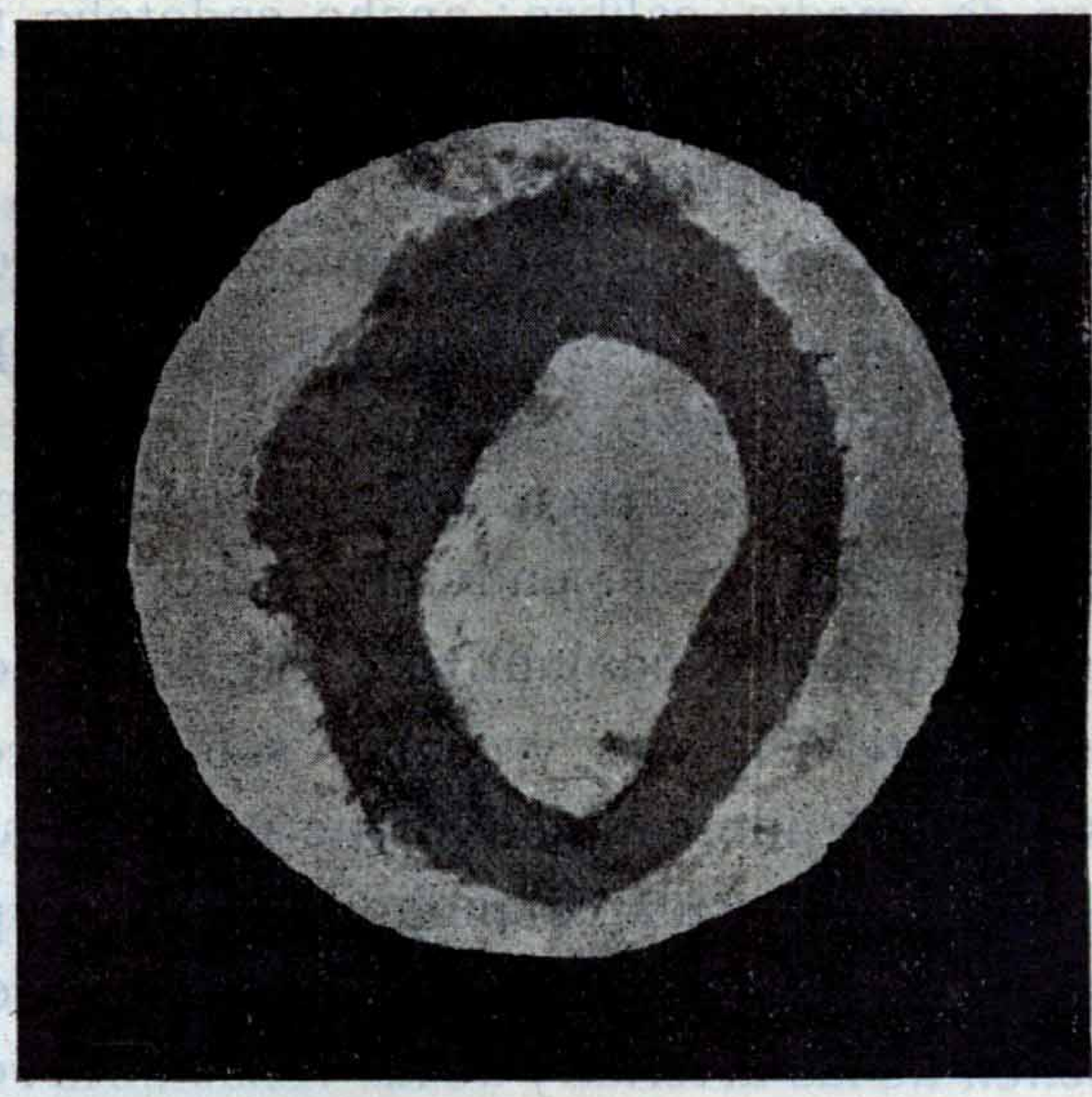

Fig. 1.
ASTERIA RADIAL.—Obj. 16 0mm Oc. proy. 2 Zeiss Long. de camara 18 cent

Como al ocuparme del aspecto macroscópico que presentan los aneurismas cirsoides lo hice valiéndome del tumor que tuve la oportunidad de

examinar, haré lo mismo con su fisiología patológica dejando de lado todas las descripciones de los clásicos.

Nó estando las lesiónes limitadas simplemente al tumor y extendiéndose por el contrario á las artérias radial y cubital, haré una descripción del estado en que se encuentran estas por encima del tumor.

ARTERIA RADIAL—Fig. 1

A primera vista se puede notar que sus paredes no tienen el espesor que le corresponde, pues estan sumamente aumentadas de vólumen.

La túnica interna está ligeramente espesada y flexuosa habiendo conservado su epitelio. Haciendo continuación con esta túnica se encuentra una série de células estrelladas (de Langaus) como suele encontrarse en algunos vasos del riñón.

Pero lo que más llama la atención. es el espesor de la túnica média, en donde predomina en gran cantidad el tejido elástico, que la asemeja á las artérias de gran calibre.

Las fibras elásticas se hallan en el mismo sentido que las fibras musculares y entremezcladas con estas.

No se ha podido constatar la degeneración grasosa, que algunos autores dicen que existe en esta clase de tumores.

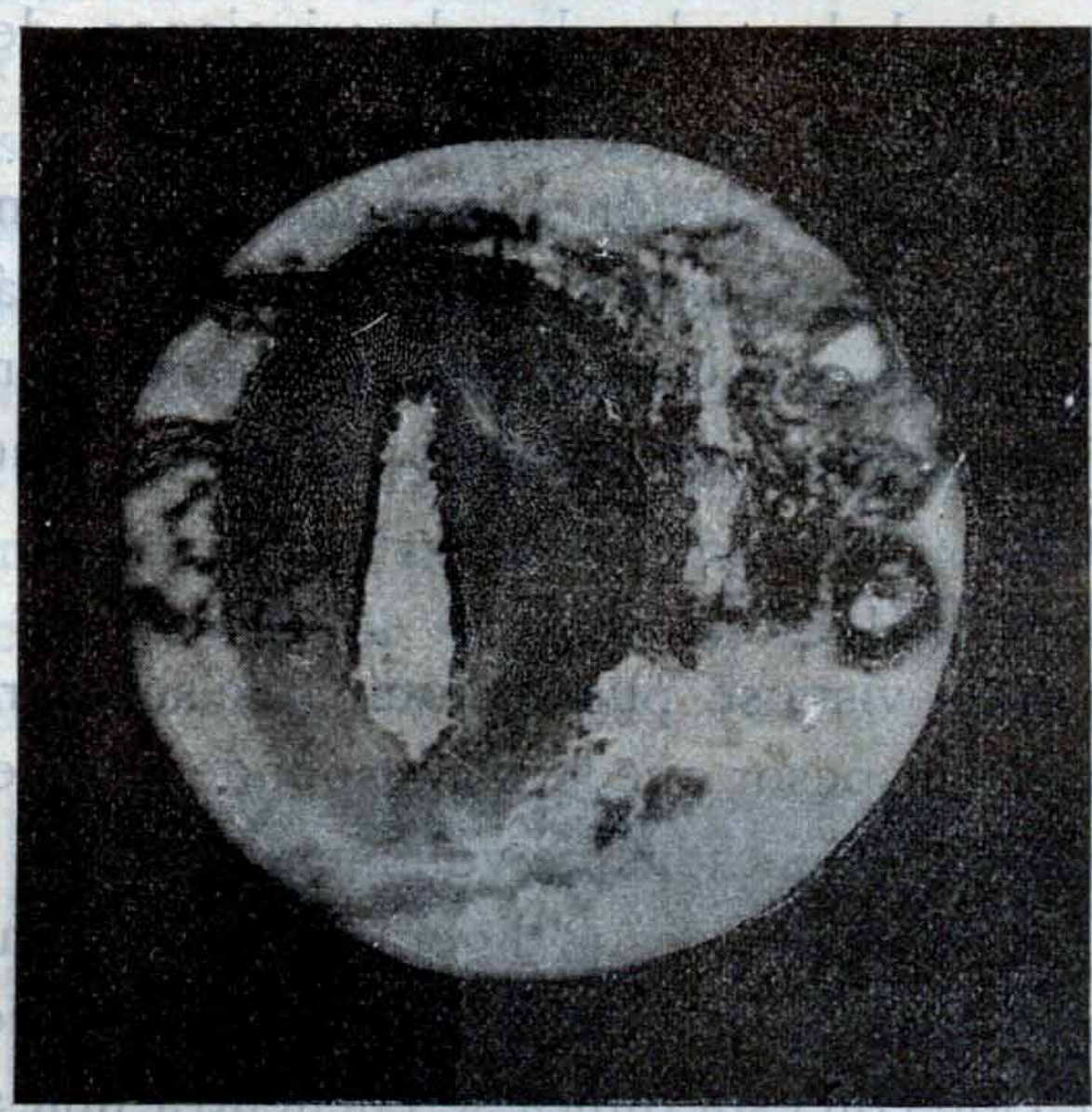

Fig. 2
ARTERIA CUBITAL—Obj. 16 0mm Oc. proy. 2 Zeiss Long. de camara 18 cent.

ARTERIA CUBITAL—fig. 2

Las lesiones que presenta esta artéria son más importantes que las presentadas por la radial.

La túnica interna está considerablemente espesada, por debajo del endotelio propio de los vasos existe una trama conjuntiva bastante gruesa con las mismas células estrelladas á que anteriormente hicimos mención.

El aumento de la túnica media es aquí mucho mayor que en la radial.

Las fibras elásticas se encuentran en una proporción mayor, no sucediendo así con los musculares que estan disminuidas. Entre estas fibras musculares y elásticas existen en muchos puntos espacios claros que hacen pensar en la existencia de grasa que no se ha podido constatar.

Fig. 3
Corte del Tumor Oc. proy. 4 obj. a✱ Long. de camara 27 c. (Zeis)

Tumor—figs. 3 y 4

El tumor está formado por una espesa trama de tejido conjuntivo y adiposo entre la cual se encuentra una gran cantidad de vasos, contigüos los

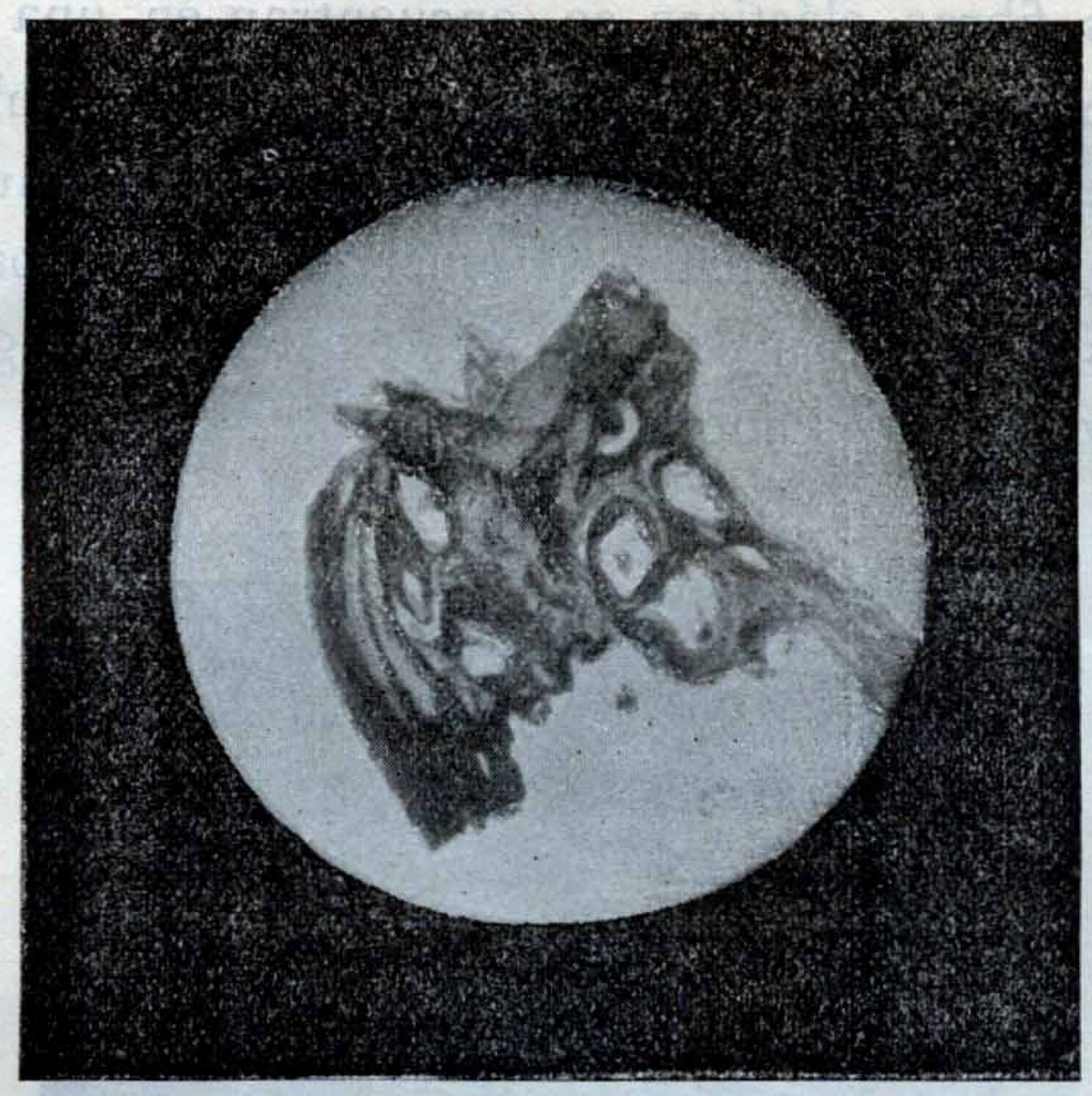

Fig. 4
CORTE DEL TUMOR OC. de proy. 4 obj. a✱ Long. de camara 32 c. (Zeiss)

unos á los otros de paredes sumamente espesas y cuya aglomeración dá orígen á un tejido cavernoso.

Entre los intersticios fitro-adiposos, que separan los vasos en grandes grupos, se ve diseminados una gran cantidad de vasos de pequeñas dimensiones con sus paredes engrosadas exactamente igual á los de gran tamaño.

En ciertos puntos las lagunas sanguineas son sumamente grandes; esto parece ser debido á que las paredes de dos vasos contigüos se hayan fucionado por una de sus caras dando entónces al corte ese aspecto lagunar á que hacemos mención.

CAPÍTULO IV

Etiología y Fisiología Patológica

La etiología de los aneurismas cirsoides es por demás obscura, reinando una completa confusión sobre las causas que le dan nacimiento; si bien se ha querido encontrar como causa determinante una irritación de la piel, la pubertad, las emociones morales, el embarazo, las perturbaciones mestruales, la inflamacion de las paredes arteriales, los defectos de desarrollo de la túnica media por degeneración grasosa conjénita de la misma, cicatrices muy vascularizadas, y á defectos de desarrollo de las hendiduras branquiales.

Dejaré de lado todas estas causas que por no estar comprobadas no conducen á nada práctico, pero sí, ateniéndonos á las observaciones razonables, podemos decir que todo aneurisma cirsoides deriva de un angioma y quizás de un traumatismo ó de una endo-arteritis infecciosa.

Los angiomas se presentan bajo dos aspectos distintos, segun la coloración que presenta la piel

que los cubre: « obscuros y rojos » (Broca); de rápida y de lenta circulación. Sin saberse el porqué, los aneurismas cirsoides derivan siempre de los de circulación rápida.

En cuanto al traumatismo puede ser que produzca pequeñas erosiones en los capilares, por entre las cuales se infiltra la sangre, dando lugar á una especie de *aneurisma* que se hace general, y que está representado por la dilatación.

La endo-arteritis infecciosa se produciria por una embolia infecciosa; esta endo-arteriti saguda pasaria á ser crónica y como consecuencia las paredes de los vasos se dejarian dilatar.

Me limito á narrar las diferentes teorias sin discutirlas, queriendo tan solo precisar, como fruto de mis observaciones personales, que todo aneurisma cirsoides, deriva de un angioma y que si algunos han llegado hasta aceptar un desarrollo expóntaneo, se debe á que no han observado el angioma anterior que los produce, ya sea porqué fuera sub-cutaneo ó porqué haya disminuido despues del nacimiento, permaneciendo oculto á la vista hasta su transformación en aneurisma cirsoides.

Fisiológia Patológica

Los aneurismas cirsoides que deriven de un angioma, de un traumatismo ó expontáneamente presentan siempre una lesion que los caracteriza,

la dilatación de los vasos. Á esta dilatación corresponde una lesión inicial y lesiones que le acompaña. Son estas lesiones las que han dado lugar á un sin número de controversias debido á que, en cada observación se presentan de una manera distintas quizás en relación con las distintas fases evolutivas del proceso ó con las afecciones que las han enjendrado.

Entre las alteraciones encontradas se debe mencionar en primer lugar, la atrofia de las paredes arteriales. Esta atrofia para algunos sería debida á la degeneración grasosa de las fibras musculares, ahogadas por la hipertrofia inicial. Dicha hipertrofia se produciria para vencer la tensión sanguinea muy elevada en los comienzos de la enfermedad para caer vencida por su propio esfuerzos en momentos mas avanzados.

Broca cree que la poca tensión sanguínea hace atrofiar las túnicas arteriales por falta de funcionamiento y recuerda aquello de que, todo órgano que no funciona se atrofia. Pero se podria preguntar ¿estas lesiones son la concecuencia ó la la causa de esta débil tensión sanguinea?

Reverdin cree que las lesiones de las paredes arteriales pueden ser debidas á una arteritis infecciosa. Para apoyar esta aseveración presenta un caso «que durante una enfermedad infecciosa tuvo en el ángulo del ojo derecho una tumefacción

acompañada por edema y muy dolorosa. Algun tiempo después en esta misma región, apareció un aneurisma cirsoides al cual acompañaban otros diseminados por el cuerpo ».

Esta observación que demuestra la aparición de varios aneurismas consecutivos á embolias sépticas, sería buena para explicar la formación *expontánea* de estos tumores.

CAPÍTULO V.

Sintomatología.

El enfermo no se presenta para ser examinado, sinó cuando su afección se revela exteriormente ó durante un período doloroso. Así rara vez se presenta la oportunidad, de examinar un aneumarisma cirsoides desde su comienzo, porqué los síntomas son puramente auscultatorios é imposibles de constatar sinó es examinado con mucha frecuencia.

Para hacer una exposición completa de los signos físicos y funcionales á que este género de afección puede dar lugar, tomaré como tipo á un sujeto que los presente más completos.

Generalmente el paciente se queja muy poco de su afección y aparte de algunos dolores, una cierta laxitud y algunos soplos, nada indica que está afec tado de una lesión séria como esta.

Llevaba un angioma que crecía poco ó había sufrido un traumatismo al cual no le había dado mayor importancia, cuando en un momento dado apareció un tumor de naturaleza extraña y que

crecía de una manera alarmante, ocupando cada vez extensiones mayores.

Si se inspecciona la parte afectada, se nota un levantamiento de la piel poco pronunciado, que del centro desciende por suave pendiente hácia la perifería, para confundirse insensiblemente con la piel sana. La forma que presenta, es más bien piriforme que esférica, con su parte afilada dirigida hácia los vasos aferentes y eferentes, y con la parte más extensa hácia los capilares.

La piel que cubre el tumor puede estar seca, hendida, dando lugar á una descamaciòn furfuracea ó bien húmeda, presentando en su superficie un sin número de gotitas de sudor, que corresponden á cada orificio dilatado de una glándula sudorípara.

La coloración de esta piel es siempre anormal, presentando la generalidad de las veces un color moreno sucio.

Su espesor puede ser grande, pero casi siempre es tan delgada, que parece próxima á romperse, lo que acontese muy á menudo dando lugar á úlceraciones que son siempre temibles por las violentas hemorragías á que pueden dar lugar, al mismo tiempo que abren las puertas de entrada á infecciones poco agradables.

Por debajo de esta piel, se puede notar como si se dejara ver por trasparencia un apelotona-

miento de cuerpos redondeados, que se desentrelazan á medida que se alejan del centro y que no son sinó los vasos dilatados de la región, que describen innumerables zig-zag, como consecuencia de haberse alargado demasiado en el estrecho espacio en que están encerrados.

Algunas veces estos vásos presentan tan fuertes latidos, que se hacen visibles á simple vista.

Si se quiere palpar y se ponen los dedos aplicados suavemente por encima del tumor, llama desde luego la atención su blandura y elasticidad. Al mismo tiempo que los dedos perciben la blandura y la elasticidad del tumor, son levantados por pulsaciones isacronas con los latidos cardiacos y más ó menos intensos, según el tamaño del aneurisma

Si se sigue estas pulsaciones alejóndose del tumor hácia los grandes vasos, ellas se hacen más intensas, y en el sitio donde se puede diferenciar las artérias de las venas, es fácil darse cuenta de que estas pulsaciones, son debidas únicamente á las artérias, y si las venas presentan el mismo fenómeno, es en casos sumamente excepcionales.

Si se comprime el tumor con la palma de la mano, se puede constatar un signo que es propio de los aneurismas, que se llama *el signo de* Tarrier y que consiste en lo siguiente:

Si se comprime un solo punto limitado del tu-

mor, es imposible detener su circulación interior. Este signo es importantísimo, porqué quizás sea el único que sirve para diferenciarlo con el aneurísma arterio-venoso.

Dejando siempre la mano apoyada sobre el tumor, pero esta vez sin ejercer compresión, se percibe un nuevo y particular síntoma descrito de una manera didáctica por Delbet «Es una especie de vibración análoga á la que producen los vídrios de una casa, cuando es sacudida por el paso de un vehículo pesado. La sensación es tan particular, que aunque percibida por el tacto despierta la idea de una sensación auditiva, tanto que uno de mis alumnos al palpar dijo: *yo oigo*».

Esta vibración continúa y reforzada con la sístole cardiaca, constituye lo que Hunter llamó *trill*.

El síntoma principal que se percíbe con la auscultación, es un soplo que puede ser tan intenso, para no dejar al enfermo un solo momento de reposo. Este soplo se deja percibir muy bien en los pequeños vasos periféricos y su mayor intensidad coíncide con el mayor aflujo de sangre al tumor; se puede hacer desaparecer, comprimiendo los vasos aferentes.

En un período adelantado del proceso, este síntoma se puede encontrar en las artérias de mayor

calibre, y en el corazón afectado tambien por esta dilatación, que comenzó por el más pequeño capilar.

Así termina su marcha ascendente esta grave enfermedad, que hace del *aneurismático* un cardiaco y cuya vida tarde ó temprano, se verá amenazada por las graves perturbaciones de la asístolia.

Sintomas Accesorios— Los otros síntomas que se puede encontrar en esta afección, no tienen la importancia de los anteriores, pero completan la sintomatología y con ella hacen más seguro el diagnóstico.

Uno de ellos, muy interesante porqué demuestra lesiones que se encuentran en la autopsía del tumor y que tenía la enferma operada por el Dr. Alejandro Posadas en la mano, es el aumento de presión en las venas y su diminución en las artérias, fácil de constatar con el manómetro de mercurio. Las túnicas arteriales están atrofiadas, (*se venizan*) y las venosas hipértrofiadas (*se arterializan*).

La temperatura local está algo más elevada en el lado enfermo, que en el lado sano.

Cuando el aneurisma tiene su asiento en las extremidades, el paciente puede sentir, pesantez, entumecimiento, insensibilidad al tacto y dolores expontáneos, casi siempre debidos á una neuralgía por compresión.

En la cabeza estas neuralgías, pueden ser tenaces y terriblemente dolorosas.

CAPÍTULO VI.

Topografia—Marcha—Complicaciones—Terminación.

Topografía— Los aneurísmas cirsoides, se desarrollan con preferencia en las extremidades de los miembros y en la cabeza, siendo esta parte del cuerpo la más frecuentemente afectada.

Marcha— En algunos casos la marcha puede ser tan rápida, que al cabo de unos cuantos días el aneurísma está constituido; pero por lo general sucede, que esta afección sigue su curso, dilatando siempre de la periferia al centro, las venas y las artérias; constituyendo el peligro mayor de esta afección.

Esta marcha progresiva, puede ser favorecida por las numerosas anastómosis, la pubertad, la mestruación, los embarazos repetidos, los esfuerzos y los traumatismos.

Aunque quizás estos factores, no sean esenciales en el desarrollo rápido del tumor, no falta autor que no los mencione y con razón, pues en algunos casos su patogenia está plenamente confirmada por alguna de las causas anteriormente expuestas.

En resúmen, se puede decir que el tumor que era tan pequeño al principio, y no incomodaba

mayormente al enfermo, se ha hecho por su misma marcha, invasora de una gravedad tal, que concluirá en un lapso de tiempo más ó menos largo con la vida del paciente.

Complicaciones — Las complicaciones más frecuentes que se debe citar son: las úlceras de la piel, graves, por que pueden dar lugar á violentas hemorragías y á supuraciones, que constituyen un verdadero pelígro por la flebitis y la sépticemia á que pueden dar lugar.

Estas úlceraciones, son debidas á la atrofía de la piel, consecutiva á su mala nutrición y á la compresión ejercida por el tumor.

Ademas suelen producir neuralgías, atrofías musculares, elefantíasis y algunas veces hasta la perforación de los huesos.

La perforación de los huesos, puede acarrear sérios peligros, cuando estos aneurismas tienen su asiento en el cráneo; su marcha progresiva hace que compriman el cérebro y que produzcan todos los graves fenómenos que le son propios.

Terminación—Si se deja de lado algunas discutidas curaciones expóntaneas, esta afección termina siempre con la dilatación general de las arterias que están en relación con la región afectada.

Esta dilatación afecta tambien el corazón, constituyendo uno de los más graves pelígros que presenta esta clase de tumores.

CAPÍTULO VII.

Diagnóstico

Habiendo detallado la sintomatología, me resta mencionar otras afecciones que por tener afinidad de síntomas, se pueden confundir con el aneurísma cirsoides.

Debo mencionar en primer lugar, á las dos variedades de angiomas, los cutáneos y los sub-cutáneos simples y cavernosos.

Los cutáneos simples no forman tumor; ocupan una grande extensión y síguen algunas veces la distribución topográfica de una rama nerviosa. De estos, la variedad roja sería la más difícil de diferenciar, si no existiera el soplo propio á los aneurísmas cirsoides.

Los cutáneos cavernosos, son más fáciles de distinguír, por formar un tumor netamente saliente y pedicúlado, que se pone turgente con los esfuerzos del enfermo (gritos, tos), ó cualquier otra causa capáz de elevar la tensión sánguinea.

Los angiomas sub-cutáneos simples, son pequeños, estan escondidos en el tejido célular, no

tienen soplo ni son reducibles. Los cavernosos son tan difíciles de diferenciar, que algunas veces «dejan perbibir soplo», cabría preguntar aquí, si al presentar este síntoma, no han dejado de existir como angiomas para convertirse en cirsoides.

El aneurísma arterial no se confundirá, por su forma ovoidea regular y porque se puede imprimirle movimientos longitudinales tamando el tumor entre los dedos.

Los aneurísmas arterio-venosos, por tener soplo, trill y aumento de tensión, son facilmente confundidos con los cirsoides; pero á pesar de tener los arterio-venosos un pulso venoso sístolico, el único síntoma seguro para diferenciarlos, es el signo de Tarrier.

Se distingue del encefalócele por ser este transparente y producir trastornos cerebrales si se le comprime.

CAPITULO VIII.

Pronóstico

El pronóstico de esta afección, si es sério desde sus comienzos, se hace gravísimo una vez que la dilatación completa se ha constituido. El tratamiento quírurgico capáz de detener su marcha invasora, será inutil cuando la dilatación llegue al corazón, produciendo una insuficiencia aortica.

CAPITULO IX.

Tratamiento

Dejaré de lado el tratamiento médico, incapáz de detener la marcha de la afección, para concretarme solo al quírurgico, analizando uno por uno, los diferentes métodos que se han propuesto emplear, y sostener el que yo creo conveniente por ser el más seguro y el más práctico.

Dichos métodos consisten en lo siguiente:

1° Oponerse al crecimiento del tumor, por compresión directa ó sobre las ramas aferentes.

2° Obstaculizar la llegada de la sangre por las ramas aferentes ó por los troncos principales.

3° Destruir el tumor por cauterización ó inflamación provocada.

4° Determinar por la galvano-caustia ó el percloruro de hierro, la coagulación de la sangre en el interior de los vasos.

5° Extirpación por ligadura en masa.

6° Extirpación total con ó sin ligadura prévia,

empleando el galvano-cauterio, el termo-cauterio ó el bisturí.

1° *Compresión directa*— Aunque el número de aparatos ideados con este objeto sea grande, no han dado resultado ninguno, porque nunca se pueden adaptar en las distintas regiones ocupadas por estos aneurísmas,

La única manera de hacer practicable esta maniobra, es valiéndose de la compresión digital; pero como debe ser hecha por un tiempo bastante largo, fácil es darse cuenta de las difícultades con que se tropezará al quererla prácticar. Aparte de estas dificultades, las estadísticas demuestran las pocas curaciones obtenidas por este método, razones más que suficientes para desecharlo.

2° *Obstaculizar la llegada de la sangre, por las ramas aferentes ó por los troncos principales.*

Se puede obstaculizar la llegada de la sangre al tumor, ligando una ó las dos carótidas primitivas, la carótida externa y las pequeñas ramas aferentes.

a) *Ligadura de una ó de las dos carótidas primitivas*—La ligadura de una ó de las dos carótidas primitivas, no debe ser practicada sino en aquellos casos en que se produzcan hemorragías tan abundantes, que sean capaces de poner en pelígro la vida del enfermo. La gravedad de los fenómenos que suelen producirse, no estan en relación con las garantías de curación que ofrece.

Las mejorías obtenidas siempre han sido incompletas, como lo demuestra la estatística levantada por Wieth, que en setenta casos tratados por diferentes cirujanos, tuvieron un 30 °/₀ de muerte y ninguna mejoría notable.

b) *Ligadura de la carótida externa*— Esta operación fué practicada por primera vez por Dupuytren, en una enferma que otro cirujano había ligado la temporal superficial.

Las hemorragías secundarias que dicha enferma presentó, hicieron necesaria la ligadura de la carótida externa.

Maisonneuve, Heine y otros cirujanos, repitieron esta misma operación, siempre con resultados negativos debidos á las hemorragías que se producían por no ser esta la única arteria que alimenta al tumor.

c) *Ligadura de las arterias aferentes*—Se puede ligar una por una las arterias principales del tumor, pero la maniobra más fácil consiste en pasar una série de alfileres tanjentes al tumor, y por debajo de cada uno, un lazo que se comprime con alguna fuerza.

Esta ligadura es más teórica que práctica, como lo demuestra la estadística siguiente, en quince casos operados, una curación completa, otra parcial, once sin resultado y dos muertes. Unos de los enfermos operados por Busch, tuvo al quinto día de la operación, una violenta hemorragía.

3. *Destrucción del tumor por cauterización ó por inflamación provocada.*— Los medios empleados con este objeto son el sedal, incisión *séptica*, ansa galvano-caustica, termo-cauterio y pasta de Viena.

a) *Sedal.*— El sedal es un método tan antiguo é irracional, que ni vale la pena aducir razones para demostrar que no debe ser empleado.

Consiste en pasar varios hilos por el tumor para que se produzca la infección consecutiva.

b) *Incisiones sépticas.*— Como una de las complicacione serias de todo aneurisma cirsoides es la infección, por las flebitis, los flemones difusos y la septicemia que puede producir, fácil es dar cuenta que no se debe emplear ni el sedal ni las incisiones sépticas porqué favorecen estas complicaciones.

c) *Termo-cauterio.*— El termo-cauterio aunque hemostático, es incapaz de detener las violentas hemorragias que se producen en un tumor formado por vasos, cuyas paredes degeneradas no tienen la elasticidad suficiente para aplastarse y facilitar la formación de un coágulo en su interior.

d) *Galvano-cauterio.* — Ente agente eléctrico actúa de dos maneras distintas; transformándose en calor ó transformando quimicamente los tejidos. Por dicha razon se divide la galvano-caustia en térmica y quimica.

La galvano-caustia térmica tiene las mismas pro-

piedades del termo-cauterio, y aunque sea de un manejo mas facil por las distintas formas que se le puede dar á los hilos y poderse graduar el calor qne desarrolla es incapaz como el anterior de producir una hemostasia completa.

En cuanto á las ventajas que ofrece la galvano caustia química, me ocuparé en el capítulo que trata de la coagulación de la sangre en el interior de los vasos.

e) *Cauterización.*—La cauterización suele hacerse con la pasta de Viena, la potasa caustica, ácido sulfúrico ó con otro caustico cualquiera.

De todos estos agentes químicos, el que mejor resultado ha dado son las flechas compuestas de pasta de Viena. Saint Germain preconiza un tratamiento mixto de coagulación y de cauterización, que ejecuta de la manera siguiente: inyecta una geringa de licor de Piazza y hace luego algunas pequeñas incisiones equidistantes, rodeando al tumor; en estas incisiones introduce una ó dos flechas de pasta de Viena. Dice al autor de este procedimiento, que en caso de hemorragia, estas flechas por su forma de cuña se prestan muy bien para detenerla, introduciendo varias si es necesario.

4. Producir en el interior de los vasos la coagulación de la sangre por la galvano-caustica ó el per cloruro de hierro.

Galvano-caustia. — Durante la galvanización los

ácidos se depositan en el polo positivo y las bases en el negativo; la escara formada en el polo positivo es como la que producen los ácidos, seca, dura y retractil y la formada en el negativo como la de las bases, blanda y poco retractil. Siendo estas las bases en que se funda el método de la galvanocaustia y dando muy buen resultado cuando es empleado, lo describiré con detalles.

Como la accion de la galvono-caustia es interesante me permitiré detenerme un momento en su descripción porqué creo que en algunos casos se puede aplicar con excelentes resultados.

Habiendo Brugnatelli descubierto que la clara de huevo se coagulaba bajo la acción del polo positivo se iniciaron una serie de investigaciones en las cuales Cinicelli demostró que dicho polo tenia la propiedad de coagular la albumina de la sangre contenida en las arterias formando un coágulo poco apto para producir embolias; que el polo negativo tambien formaba coágulo pero que era mucoso é inapto para usarlo con fines terapéuticos y formuló entonces los preceptos siguientes :

1° La electricidad tiene la propiedad de coagular la sangre.

2° La introducción de dos polos de una corriente contínua en una arteria produce la abliteración del vaso ; pero si la coagulación es rápida, su resultado es debil, imperfecto y puede ocasionar accidentes.

3° La introdución de polo positivo en una arteria da un coagulo pequeño, pero adherente sólido y resistente.

4ª La introdución del polo negativo solo en una arteria, no da lugar á la produción de un coagulo y esta expuesta á accidentes peligrosos.

5° La alternativa de los polos, es por lo menos tan peligrosa, como la aplicación del polo negativo solo;

Para ejecutar este manual operatorio, es necesario proveerse de lo siguiente: dos finas agujas cubiertas hasta cierto punto de vídrio, para evitar precipitaciones ácidas, que á más de hacerlas quebradizas, pueden producír escaras de la piel, una placa cubierta de gamuza bastante grande, un galvano-metro graduado para medir la intensidad de la corriente, y una batería eléctrica para poder usar dos, cuatro, seis ó veinticuatro pares.

Se introduce á un centímetro de profundidad dos ó tres agujas separadas unas de otras, como un centímetro y medio (polo positivo), se aplica la placa revestida de gamuza en un costado del cuerpo (polo negativo). Entonces se empieza con una corriente de pequeña intensidad y se vá gradualmente aumentando hasta llegar á cincuenta milésimos, para ir disminuyendo poco á poco hasta su completa interrupción.

Esta sección debe durar por término medio, diez á veinte minutos.

Terminada la operación, se saca con toda lentitud las agujas, para evitar que se rompan y causen el menor dolor posible.

Este método que hace necesario el empleo de un instrumental costoso, se vé por ello generalmente no empleado, á pesar de su bondad.

Los pelígros que presenta son pocos, y las ventajas muchas, porqué si es capáz de curar un aneurísma arterial, curará mejor un cirsoides, que debido á su lenta circulación favorece la formación de coagulos en el interior de los vasos.

Coagulación por el percloruro de hierro— Las inyecciones coagulantes en tumores tan vasculares como este, son siempre peligrosas, aunque se haga compresión para evitar una embolia. El coagulo formado en el interior de vasos, puede alargarse demasiado y como está constantemente batido por la corriente sanguinea, puede desprenderse y ser arrastrado por el torrente circulatorio, dando lugar á pelígros que deben tomarse en cuenta, máxime si el tumor reside en la cabeza.

Las soluciones comunmente empleadas, son á 5° y 30° (VIII á X gotas) ó haciendo uso del licor de Piazza cuya composición es como sigue:

Percloruro de Hierro.....	20 gramos
Cloruro de sodio	15 »
Agua Destilada	50 »

Tales inyecciones para ser bien practicadas, de-

berán hacerse, introduciendo la aguja de la geringa en los vasos del tumor y ejecutando conjuntamente una compresión sostenida con el objeto de favorecer la formación del coágulo.

5° *Extirpación por ligadura en masa*—Se práctica esta operación, aplicando el método de Joubert; se forma un lazo y con él se rodea el tumor por su base, hecho lo cual se coloca un garrote al que se da cada dia una vuelta, hasta que caiga el tumor completamente incindido.

Debido á que estos tumores no son pediculados, se ha ideado con el objeto de facilitar la operación, atravesarlos por dos agujas en cruz y debajo de ellas pasar el lazo.

Pudiéndose extirpar de igual manera con el bisturí, es preferible hacerlo así, porqué la asépsia podrá ser bien empleada.

Lefort, lo emplea sin embargo en los aneurismas muy pequeños, con resultado satisfactorio.

6° *Extirpación por el bisturí*— Aunque la galvano-caustia en los pequeños tumores da excelentes resultados, el procedimiento á emplear debe ser la extirpación por el bisturí.

Las ventajas que se obtienen con este método, son prácticas y estan plenamente demostradas por la estadística de Leon Lefort, quien afírma que en catorce casos sometidos á este tratamiento, pudo observar otras tantas curaciones.

Si se han producido recidivas, se deben á faltas operatorias y de ninguna manera por ser malo el procedimiento, porqué no basta extirpar, sino saber extirpar en sitio, y en momento conveniente.

Este método no es absoluto, puesto que no puede prácticarse en todos los casos por depender de la extensión del tumor y de las dilataciones secundarias que han sobrevenido en el transcurso de la dolencia.

En cuanto á las graves hemorragías que pudieran producirse, el operador moderno con los medios de hemostasia que tiene á su alcance, y con serenidad, estará siempre en condiciones de conjurar cualquier pelígro que podría presentarse y salvar á su enfermo.

Para ejecutar esta operación, una vez hecho el diagnóstico más ó menos exácto de los vasos dilatados, y de los no dilatados en la extensión que ocupa el tumor, se procede de la manera siguiente:

Se traza una incisión que abarque la media circunferencia superior, se coloca una série de pinzas sobre lo vasos de mayor cálibre. Hecho esto, se completa por otra incisión la circunferencia y se colocan una série de pinzas como anteriormente.

Se lígan los vasos y se sutura la piel con crin de Florencia. Si no se pueden aproximar los bor-

des para suturarlos, se libera la piel en una cierta extensión.

Se debe hacer siempre un vendaje compresivo para evitar una hemorragía secundaria. Los puntos se sacarán el octavo día.

Así se obtendrá en la mayoria de lo casos, una curación rápida por primera intención.

Las arterias que establecerán la circulación colateral, deben tenerse en cuenta antes de comenzar la operación, para así evitar la muerte de los tejidos.

La venda de Esmarch, no es necesaria.

En vista de los resultados que se obtiene, me parece prudente operar, y operar por este método, todos los aneurismas cirsoides; no solo para despojar al enfermo de una afección que poco pelígro ofrece en el presente, pero que será grande en el porvenír; por la marcha invasora de la dilatación y por la asistolia mortal en que caerá el enfermo.

Si estas complicaciones se presentan, solo el cirujano será culpable, de no haber empleado los medios necesarios para tratar rádicalmente desde sus principios todo aneurismas cirsoides.

OBSERVACIONES

Maria C. 28 años, de profesión modista, entra en el Hospital de Clínicas el 31 de Agosto.

La enferma, refiere, que hace como 12 años notó que en la parte interna é inferior de la mano izquierda tenía una ligera elevación con cambio de coloración de la piel, que según ella llegó á ponerse morada. Esa elevación cuya base tenía más ó menos dos centímetros, fué creciendo paulatinamente observando al poco tiempo de producirse un marcado desarrollo de venas en la parte correspondiente al tumor. En estas venas nunca notó latidos. Esta enfermedad no le trajo perturbación alguna fuera de hormigueos en el anular é índice.

Ha sido siempre sana, tuvo tres partos y un aborto; este último hace ocho años. De los tres hijos uno solo vive, habiendo muerto de meningitis y de gastro-enteritis.

Antecedentes.— Sin importancia.

Estado actual. Fig. 1—Tumor emisférico, con la base del tamaño de dos centavos que se continua insensiblemente con la piel normal circunvecina. Está coloreado en la parte infero-interna de la mano, llegando á la línea media.

La piel que lo cubre, está surcada por pequeños vasos que se ven por transparencia: su superficie es lisa, haciendo la impresión de que se hallaran distendidos y como borrados los surcos normales de la epidermis.

A la inspección, se nota que está animado de latidos, coincidiendo con la sístole cardiaca. Estos latidos tambien se perciben en las venas del dorso de la mano.

La arteria cubital á cuatro centímetros antes de llegar al pisiforme es helicina y se vé latir; este latido se percibe tambien en el carpo antes de llegar al tumor; en el dorso se ven algunos vasos dilatados y flexuosos. Fig. 2

Fig. 1.

Palpación. — La palpación permite mejor, apreciar los síntomas anteriores, pudiendo constatar la blandura y pastosidad del tumor, cuyos latidos disminuyen considerablemente comprimiendo la cubital. En el dorso se persibe un trill continuo y suave con refuerzo sistólico y

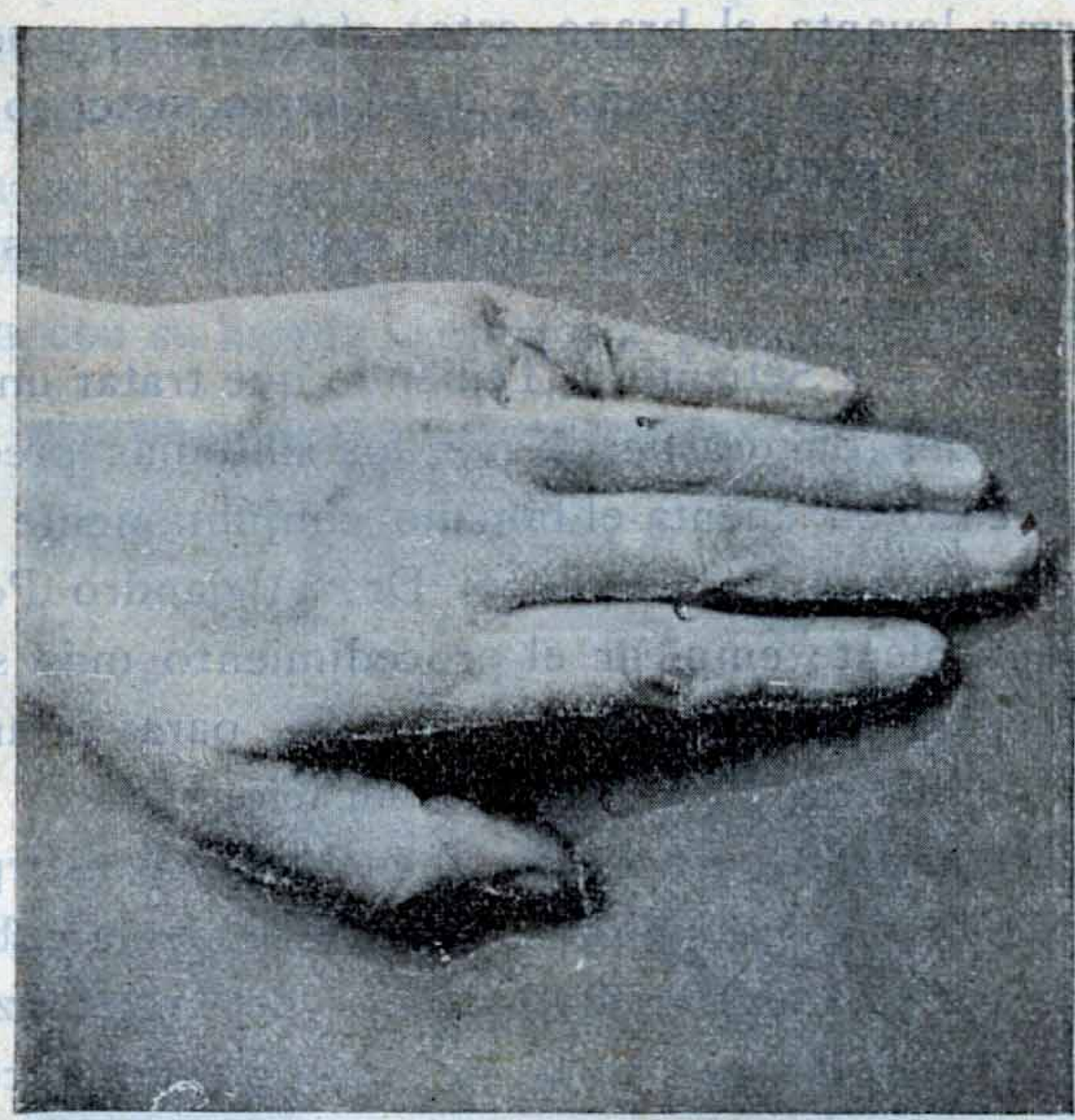

Fig. 2

que se propaga en el sentido de las venas dilatadas; en estas venas se percibe tambien la pulsación isocrona con la del tumor.

La temperatura local llega á 36,3 décimas tanto en la palma como en el dorso de la mano.

En el resto de esta así como en el lado opuesto sólo llega á 34 con 3.

La tensión sanguinea en las venas que laten, medida con el esfigmo-manómetro de Potein llega á 9 centímetros. No se ha podido constatar diferencia de presión de la radial con la cubital por las dificultades que oponia esta última á la aplicación del aparato.

Auscultación.— La auscultación inmediata tanto en el dorso, como en la palma de la mano deja sentir un soplo

continuo bastante intenso con refuerzo sistólico. Cuando la enferma levanta el brazo, estos síntomas se modifican quedando solo un pequeño y debil soplo sistólico, desapareciendo el continuo.

El resto del aparato circulatorio como los demas órganos están sanos.

Operación.— 3 Setiembre. Teniendo que tratar un aneurisma cirsoides (diagnósticado por los síntomas precedentes) y teniendo en cuenta el tamaño conjuntamente con la marcha progresiva del tumor, el Dr. Alejandro Posadas creyó conveniente emplear el procedimiento más seguro y radical para este género de afección, para dejar á su enferma segura de ulteriores complicaciones.

El procedimiento empleado fué el de la estirpación usando de la técnica siguiente : ligadura de la cubital y de la radial en la extremidad inferior del antebrazo. La cubital se presenta tortuosa, lo que no sucede con la radial : se reseca un centímetro de cada una para hacer cortes histológicos. Acto continuo, se circuscribe el tumor con una incisión circular que cae sobre la piel sana y que por abajo pasa por el tercer pliegue dígito palmar cuyo borde sigue. En el polo superior de la incisión, la cubital flexuosa y dilatada sobre el tumor ; por dicha razon se liga dos centímetros antes de llegar á él. Se continua la extirpación aislando el tumor de los tejidos vecinos que no presentan con él grandes adherencias.

Se liga tambien la colateral exterior del meñique, que está dilatada y que dá mucha sangre. como también la colateral interna del anular y una rama perforante salida del arco palmar profundo. Una vez extraido el tumor se termina la hemostasia.

Queda una superficie cruenta que abarca la palma de la mano, la cara externa del meñique é interna del

anular por dicha razón se diseca la piel normal del cuarto espacio interdigital, y se rebatea los dos colgajos sobre estas superficies. Se sutura con crin de Florencia. La herida de la palma se sutura sin dificultad.

A los diez dias se retiran los puntos y la enferma sale de alta con su herida curada por primera intención.

Fig. 3.

Gregoria B. Argentina, 26 años costurera. *Aneurisma Cirsoides del Pabellón de la Oreja.*—Fig. 3

A la edad de doce años empezó á notar una mancha

roja por delante de la oreja izquierda, de la dimención de un centimetro cuadrado.

Esta mancha fué aumentando de volúmen, elevándose por arriba de la piel adyacente. La extensión de la mancha se hizo hácia abajo y luego hácia atras y circundando la oreja por su parte posterior y superior la invadió, adquiriendo poco á poco el volúmen actual.

Esta afección produce á la enferma por momentos zumbidos de oidos, cefalalgia y prurito. Este obligaba á la enferma á frotarse la región afectada por lo cual se formaban unos *granitos* que daban lugar á hemorragias.

La menstruación comenzó un año después, influyendo sobre el aumento del tumor, que tomaba durante estas épocas una coloración más roja.

Ha tenido un parto normal, el cual nó tuvo influencia alguna sobre la marcha del tumor.

Estado actual: — La Enferma como lo demuestra la figura que acompaño á esta observación, presenta un voluminoso tumor que ocupa todo el pabellón de la oreja, la región oricular posterior y parte de la auricular anterior y de la parótidea.

Esta oreja es tan voluminosa que ocupa una extensión como de diez centimetros.

La piel que lo cubre presenta una coloración más obscura que en el resto del cuerpo y por debajo de ella se notan los vasos dilatados que la surcan en todas las direcciones, y que parecen formar unos cuerpos duros y redondeados.

Estos vasos dilatados comprenden las artérias auricular posterior ,temporal superficial y la carótida externa.

No se vén latidos en ninguno de estos vasos.

Palpación—Con la palpación se puede dar cuenta mejor de esta dilatación de los vasos como también de los cuerpos redondeados que no son sinó estos mismos vasos dilatados.

Se percibe latidos isocronos con la sistole cardiaca. El trill, apenas se deja percibir.

Auscultación.—Con la auscultación se hace más manifiesto el soplo con reforzamiento.

Tratamiento.—Como este tumor era tan enorme que no se podía extirpar y existiendo el peligro de una dilatación de la carotida primitiva, la aorta y el corazón, se decidió la ligadura de la carótida primitiva.

Hecha esta ligadura mediante una incisión de ocho centimetros y paralela al esterno mastoides sin dificultad alguna, la enferma no experimentó el más leve inconveniente.

Así pasaron como cuatro meses durante los cuales el tumor no cesaba de progresar. En vista de este crecimiento rápido se resolvió ligar la carótida primitiva derecha. La operación fué llevada como la anterior y la herida volvió á currar por primera intensión, sin tampoco experimentar la enferma el más leve síntoma cerebral después de haberlo privado de sus dos principales arterias nutricias.

La circulación rápidamente restablecida por las vertebrales contribuyó á que el tumor no se detuviera en su marcha ascendente sinó de una manera pasagera.

Al finalizar el año 1899 se le aplicó durante más de dos meses el galvanocauterio que dió poco resultado, El tumor si disminuia algo en las partes en que se había introducido la punta del galvanocauterio, aumentaba en otras que anteriormente habían sufrido este tratamiento.

Un año más tarde 1900 entró en el Hospital de Clínicas, en donde se le hizo el mismo tratamiento con el termo cauterio durante dos meses sin resultado.

Hace como un mes (en este año de 1901) tuve la ocasion de ver á esta enferma y sí su tumor no había aumentado gran cosa tampoco había disminuido despues del tratamiento que se le hizo.

MANUEL J. RIZZI

Buenos Aires, Agosto 2 de 1901

Nómbrase á los Sres. Academico Dr. Leopoldo Montes de Oca, Profesor Títular Dr. Obdulio Hernández y Profesor Suplente Dr. Nicolás Repetto, para que constituidos en Comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

J. R. FERNÁNDEZ.
Zénon Aguilar.

Buenos Aires, Agosto 20 de 1901.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis del Sr. Manuel J. Rizzi:

« En el local de la Facultad á 14 de Agosto de 1901, reu-
« nida la Comisión que subscribe encargada de dictaminar
« respecto de la admisibilidad de la tésis del ex-alumno
« Sr. Manuel J. Rizzi, que versa sobre — " Aneurísmas
« Círsoides », resolvieron admitirla. Con lo que terminó
« el acto».

Fdos: LEOPOLDO MONTES DE OCA— OBDULIO HERNÁNDEZ — NICOLÁS REPETTO—*CárlosRobertson.* —Pro-Secretario.

Zénon Aguilar.

Agosto 20, de 1901.

Entréguese al interesado esta tésis para su impresión, fijándose por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. R. FERNÁNDEZ.
Zénon Aguilar.

Proposiciones accesorias

I

Las úlceras atónicas, se cicatrízan generalmente en poco tiempo con la aparición de un eczema medicamentoso. (Observación personal).

II

En los traumátismos graves del toráx, suele sobrevenir una bronco-neumonia. (Observación personal).

III

El sarampión, no tiene predilección por la infancia; en cuanto se reunen condiciones favorables á su desarrollo en agrupaciones de adultos, no tarda en aparecer. (Lo prueban nuestras conscripciones).

BIBLIOGRAFÍA

«Clínique Chirurgicale» (Albert)

«Anales de la Societé Belge de Chirurgie» (Broca)

«Therapeitique Chirurgicale» (Forque Reclus)

«Pathologie Externe» (Paulet e Bousquet)

«Pathologie Externe» (Reclus)

«Electricidad Médica» (Bardet)

«Chirurgie Infantile» (De Saint Germain)

«Traité de Chirurgie» (Reclus)

«Leçons de Clínique Chirurgicale» (Pierre Delbet)

«Traité de Chirurgie» (Le Dentú e Delbet)

«Diccionario Exciclopédico de Medicina» (Dechambre)

«Cuagulos Aneurismales» (O'Brien Bellingham)

«Archivos generales de Medicina» (Paris 1864 Tomo VII)

«Anévysme cirsoide» (J. Reverdin) Congrés François de Chirurgie.

«Pathologie Chirurgicale» (Franz Koenig).