AÑO 1907 N. 1685

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Quistes Hidáticos del Pulmón

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJIA

POR

ALBERTO BERISSO

Ex-Practicante externo del Hospital San Roque (1903)

Ex - Practicante interno del Hospital Italiano (1904)

Ex-Preparador de Histología (1903-1904)

"LA CIENCIA MÉDICA"

Librería y Casa Editora de ARSENIO GUIDI BUFFARINI

CALLE CÓRDOBA 2080

1907

QUISTES HIDÁTICOS DEL PULMÓN

AÑO 1907 N. 1685

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Quistes Hidáticos del Pulmón

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJIA

POR

ALBERTO BERISSO

Ex-Practicante externo del Hospital San Roque (1903)

Ex - Practicante interno del Hospital Italiano (1904)

Ex-Preparador de Histiología (1903-1904)

"LA CIENCIA MÉDICA"

Librería y Casa Editora de ARSENIO GUIDI BUFFARINI

CALLE CÓRDOBA 2080

1907

Art. 162. del Reglamento de la Facultad. — La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vice Decano

Dr. D. José Penna

Concejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.)
,, ,, Pedro N. Arata
,, ,, Roberto Wernicke
,, ,, Pedro Lagleyze
,, ,, José Penna
,, ,, Luis Güemes
,, ,, Eliseo Cantón
.. ,, Enrique Bazterrica
,, ,, Antonio C. Gandolfo
,, ,, José M. Ramos Mejia
,. ,, Juan A. Boeri (supl.)
.. ,, Baldomero Sommer
,, ,, Gregorio Araoz Alfaro
,, ,, Abel Ayerza
,, ,, José R. Semprun
,, ,, Jaime R. Costa

Secretarios

Dr. D. Ricardo S. Gomez (Escuela de Medicina)
. ,, Jonas Larguía (Consejo Directivo)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Jaime R. Costa
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología teórico práctica.	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Vacante
Anatomía Descriptiva	» Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica.	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini (con lic.)
Bacteriología.	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa.	» Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	» Adalberto Ramaugé (con lic.)
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejia
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología Interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Vacante
Patología General	» Roberto Wernicke
Clínica Médica.	» Abel Ayerza
» Genito-urinaria	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica.	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Vacante
Química biológica	»	Vacante
Histología teórico-práctica	»	Julio G. Fernandez
Anatomía Descriptiva	»	Joaquin L. Figueroa
Semiología y ejercicios clínicos	»	Manuel A. Santas
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badía (en ejer.)
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Leandro Valle (en ejer.)
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Maximiliano Aberastury
Patología externa	»	Cárlos Robertson
» interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Teófilo A. Moret
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Daniel J. Cranwell (en ejer. Avelino Gutierrez Francisco Llobet Marcelo Viñas Marcelino Herrera Vegas
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprun
Medicina Legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Ricardo Colón Luis Agote
Clínica Obstétrica	»	Enrique Zarate Miguel Z. O'Farrell
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediátrica	»	Antonio F. Piñero
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari José T. Borda
Patología General	»	Alois Bachmann

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares
Zoología general, anatomía yv fisiologí comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y mineralogía	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognósia y posología razonada	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química analítica y toxicológica (primer curso).	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

Asignaturas	Cated. sustitutos
Zoología gen.. anatomía y fisiología comparada	Vacante
Potánica y mineralogía	Vacante
Química inorgánica aplicada	Vacante
Química orgánica aplicada	Vacante
Farmacognósia y posología razonada	Sr. Juan A. Dominguez
Física farmacéutica	Vacante
Química analítica y toxicológica (primer curso)	Vacante
Técnica farmacéutica	Vacante
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	Vacante
Higiene legislación y ètica farmacéutica	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	Dr. F. Velarde

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr. E. A. Pardo
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» Samuel Gache

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» Nicasio Etcheparebordа

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapèutica dentarias, Medicina Legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

DOCTOR DAVID PRANDO

A MIS PADRES

SEÑORES CONSEJEROS

SEÑORES PROFESORES:

En la imposibilidad, por falta material de tiempo, de presentar otro trabajo, que por su índole revelara una mayor participación personal, he elegido como tema para esta tésis los quistes hidáticos del pulmón que, debido á su frecuencia, revisten siempre especial importancia entre nosotros.

He tratado de desenvolverme dentro de la más estricta concisión, sin dejar por eso de apuntar todos los conocimientos más recientes que me ha sido posible reunir sobre la materia.

Con la esperanza de que mis esfuerzos no habrán sido vanos, someto este trabajo á vuestra consideración, para optar al título de doctor en Medicina.

Antes de entrar de lleno en materia, quiero dejar constancia de mi agradecimiento á los doctores N.

Repetto y A. Ayerza, que me han guiado en mis primeros pasos en clínica quirúrgica y médica respectivamente; á los doctores M. Herrera Vegas y R. Roccatagliata, á cuyo inestimable concurso debo las observaciones clínicas que adjunto y al Doctor D. Prando, que me hace el altísimo honor de acompañarme como padrino.

ETIOLOGÍA

Callaremos, por muy sabida, gran parte de la historia natural de la tenia equinococus, limitándonos simplemente á señalar algunas particularidades de su vida parasitaria, por cuanto lo consideramos indispensable, para la serie de consideraciones que sobre etiología de los quistes pulmonares, haremos á continuación.

Este parásito vive al estado adulto en el duodeno del perro, su huésped habitual; sus embriones eligen como intermediarios á los rumiantes en general y particularmente á los bovinos, en cuyos órganos se desarrollan, adoptando la forma quística ó de hidátide.

Es en los mataderos donde estos mismos órganos enfermos, son considerados inservibles y en consecuencia, arrojados como alimento á los perros, con lo cual la tenia consigue terminar su ciclo evolutivo volviendo á tomar la forma adulta.

En muchos casos el huésped intermediario es accidentalmente el hombre y estará tanto más predispuesto, cuanta mayor sea la promiscuidad en que vive con los animales arriba nombrados, circunstancia que se realiza en todos los países donde abunda ganado vacuno ó lanar como en Islandia, Australia, Argelia y la República Argentina.

El perro elimina con sus excrementos una gran cantidad de huevos, (un solo anillo de tenia puede contener hasta 500). Estos excrementos arrastrados por los vientos y las lluvias, se distribuyen en grandes superficies, contaminando vegetales comestibles y aguas de arroyos y lagunas, que en muchos casos se usan como potables.

Estos son los vehículos considerados por la mayoría de los autores como los más comunmente elegidos por el parásito. Es lo que parece realizarse de preferencia en Australia y entre nosotros, sobre todo si se tiene en cuenta que los habitantes de la campaña, no se precaven por medio de la cocción ó filtración, de los gérmenes que los vegetales y el agua pueden contener.

Para Lamaire no sucede lo mismo en Argelia, donde según él, tiene más importancia la cohabitación con el perro. La promiscuidad con este animal do-

méstico es un hábito que existe también en Islandia y en nuestras campañas.

Conocida por otra parte, la costumbre que tienen esos animales de efectuar con la lengua frecuentes excursiones por todo su cuerpo, es fácil comprender cómo recogerá, en esa forma, muchos de los huevos, que los excrementos al pasar por el ano, han dejado adheridos á los pelos que lo rodean; considerando esta circunstancia, se concibe, que todos aquellos individuos á quienes agrada la compañia del perro y aceptan sus caricias traducidas en lamidos, tienen muchas probabilidades de contraer la enfermedad hidática.

Fuera de los factores determinantes de que acabamos de hablar, hay otros predisponentes cuya influencia es manifiesta. Tales son: el clima, las profesiones etc., etc.

La acción del clima se comprueba comparando lo que pasa en Australia é Islandia; en la primera los quistes pulmonares son muy frecuentes, en cambio, en la segunda son relativamente raros á pesar de tratarse de un país donde la enfermedad en general abunda. Este hecho es el que ha sugerido á Dougan Bird su teoría de la inhalación.

Para este autor en algunas localidades de Austra-

lia donde el clima es seco y el aire caliente, las partículas de los excrementos del perro desecados, se mezclan con los polvos atmosféricos, con los cuales, son aspiradas; por ese mecanismo el embrión se localiza directamente en el pulmón. Esto no puede suceder en Islandia, porque allí el clima es húmedo.

Más adelante, cuando estudiemos patogenia, veremos como Lemaire defiende esta hipótesis, aceptándola al menos en parte, contrariamente á lo que ha sucedido hasta hoy con la mayoría de los autores.

La influencia de las profesiones, se pone de manifiesto con el gran número de hidátides que se observan en los que ejercen algunas de ellas, como los chacareros, agricultores, hortelanos y sobre todo matarifes. A este respecto Felizet citado por Georgesco-Carpatiano, refiere un caso que según él, sería un ejemplo incontestable de inoculación directa por causa profesional; se trataba de un mondonguero y parece que entre estos indivíduos hay algunos, como el del caso presente, que practican la insuflación inmediata de los intestinos.

Moniez hace notar el peligro que corren algunos fisiólogos no adoptando precauciones cuando hacen experiencias con el intestino de perros portadores de tenia, pudiendo fácilmente contaminarse con los huevos que quedan retenidos sobre los dedos y entre las uñas.

La falta de higiene y la suciedad que reina generalmente entre la gente pobre, son tambien condiciones favorables (Budd); sin embargo en la ciudad de Victoria (Australia), esta causa parece no influir mayormente, porque allí, ateniéndonos á lo que nos dice Bird, ricos y pobres son atacados en la misma proporción; la esplicación nos la da el mismo autor, con su teoría de la inoculación, por el aire aspirado.

El traumatismo ocupa un lugar de cierta importancia, entre las causas predisponentes; en efecto, es raro no constatar su existencia en los antecedentes de los sujetos que caen bajo nuestra observación. Danlos, piensa que obra por la congestion que produce. Para Kirmisson actúa ya sea apresurando el desarrollo de un quiste latente, ya poniendo en libertad algun embrión. Herrera Vegas y Cranwel se adhieren á esta última opinión.

El sexo influye de una manera distinta según los paises. En la República Argentina y en Australia priman los varones entre los atacados. En Islandia sucede lo contrario. Es probable que esto se relacione directamente con la profesión. Entre nosotros donde la mujer, aún en la campaña, se dedica preferentemente á los quehaceres domésticos no se expone por lo tanto á un gran número de factores etiológicos. En Islandia, en cambio, donde posiblemente hombres y mujeres comparten por igual sus

faenas, es lógico pensar que, dada la natural debilidad del sexo femenino, expuesto á las mismas causas, sea atacado más fácilmente.

Esta mayor frecuencia de los quistes pulmonares en la mujer filandesa, Danlos quiere esplicarla por la vida sedentaria que llevan y por la presencia del corsé. No compartimos su modo de interpretar estos dos factores: el primero es un argumento en contra, porque por ese solo hecho, elude la acción de muchas causas predisponentes y el segundo, siendo cierto, no lo es sin embargo para los hidátides pulmonares, porque el corsé trae congestión en el sistema porta y en ese caso es un factor importante sí, pero para el hígado.

La edad preferida por los quistes del palmón parece ser de los 15 á los 40 años, aunque debemos hacer constar que en la República Argentina son bastante frecuentes en la niñez. En la estadística levantada por Herrera Vegas y Cranwel, sobre 68 casos, hay 11 de 1 á 10 años.

La influencia de las razas no ha sido aún bien determinada. Sin embargo Lemaire nos dice que no ha podido observar ningun caso entre los musulmanes indígenas de Argelia, á pesar de su cohabitación con perros. Esta inmunidad cree que es debida á que han de hacer poco uso de legumbres crudas ó bien que sus perros están poco ó nada contaminados.

Las afecciones toráxicas intercurrentes actúan sobre los quistes de una manera variable; en unos casos apresuran su evolución, en otros agravan sus manifestaciones.

En la segunda observación de Delgrange un quiste pulmonar fué manifiestamente influenciado por la preñéz.

PATOGENIA

Los quistes del pulmón son primitivos ó secundarios, según que se presenten como la primera manifestación de la enfermedad hidatídica ó bien consecutivos á otros quistes prexistentes en el organismo.

Cualesquiera que sean las trasmigraciones que efectúa el parásito las vias de introducción á la economía son dos: la respiratoria y la digestiva.

La primera preconizada por Dougan Bird y de la cual ya hemos hablado en otro lugar, para la mayoría de los autores, no se realiza sino en raras y contadas excepciones. Sin embargo en una tesis reciente de Lemaire, encontramos una série de argumentos en su favor que como nos parecen muy lógicos y de bastante valor los reproducimss textualmente á continuación.

El autor empieza preguntando:

«La existencia de los quistes del vértice no puede «abogar en favor de esta hipótesis, que por nuestra «parte nos parece muy aceptable?»

Y sigue después diciendo:

«La más grave objección que se haya hecho á «este respecto es que el equinococus es inhalado en «estado de huevo y que el mucus brónquico es in- «capaz de atacar su envoltura, por consiguiente, de «librar al embrión exacanto, como pasa en el estómago. «Lo mejor sería realizar la experiencia. No ha sido «tentada, que sepamos, en ese sentido. Y si se ha «tenido éxito (Alexinsky-Dévé) injertando vesículas «hijas de hidátides y escolex en el peritoneo de «conejos, en ninguna parte se mencionan experien- «cias que hayan tenido por objeto depositar huevos «maduros de tenia equinococus á nivel de las vias «respiratorias.»

«No sabemos acaso de que trabajo digestivo son «capaces los leucocitos? Les es imposible atacar la «membrana de que está protejido el embrion, pronto «á salir del huevo, y atacar el parásito? En una pa- «labra, el proceso de defensa dirijido contra los hue- «vos de tenia inhalados se limita á la acción mecá- «nica de una expectoración de mucosidades brónquicas? «Porqué no admitir que los leucocitos, tan activos, «encargados de velar por la integridad del epitelio

«respiratorio, salgan victoriosos de su lucha á muerte «con el parásito y lo maten después de haberlo des- «cubierto y desarmado? No afirmamos nada; pero s[1] «en esta hipótesis los leucocitos se debilitan, su co- «metido insuficiente, se volvería por esto nocivo, «porque habría permitido al verme que apereciera.»

Tales son las consideraciones que hace Lemaire, á las cuales nos adherimos en un todo, deseando que, en un breve plazo, se realicen las experiencias necesarias para que la hipotésis de Bird sea confirmada ó negada con fundamentos.

En cuanto á la via digestiva, en cambio, no tiene opositores y solo varían las opiniones en lo que se refiere á la manera, de como el embrión, del estómago ó intestino, puede llegar al pulmón.

Estando el huevo en el estómago, los jugos digestivos disuelven la capa quitinosa que lo rodea y ponen en libertad al embrión, el cual valiéndose de sus propios medios, puede atravesar la mucosa en toda la extensión del tubo digestivo y por los vasos sanguíneos, alcanzar el pulmón.

El punto de elección para cruzar la mucosa es distinto para diferentes autores; unos, la mayoría, creen que, salido del intestino cae en la circulación porta, que, por su intermedio atraviese el hígado y por las suprahepáticas y cava llega al corazón derecho y por los vasos pulmonares al pulmón. La po-

sibilidad de estas migraciones está unánimemente aceptada porque en el único punto donde el embrión podria encontrar obstáculos sería en los capilares hepáticos; ahora bien, Behr nos dice que el calibre de estos es bastante grande como para permitirles pasar.

Ollier de Vergèze modifica la segunda parte de la hipótesis anterior, diciendo, que el parásito del hígado pasa al pulmón, por intermedio de las lagunas linfáticas que hacen comunicar la serosa peritoneal con la pleural. Esta teoría es deficiente porque solo esplica las localizaciones en la base del pulmón derecho.

Una variante de la que acabamos de describir es aquella, según la cual, el parásito pasa del hígado al pulmón por migración activa. Es suceptible de las mismas objecciones que se hacen á la de Ollier de Vergèze; sin embargo Herrera Vegas y Cranwell la creen posible, aunque en casos excepcionales.

Otros estiman que la localización pulmonar puede efectuarse sin hacer intervenir al hígado como órgano de pasaje. Entre estos, Sabourin, basado en la existencia de las anastómosis porto-supra-hepáticas, admitidas por Claudio Bernard, supone que el embrión llega directamente al corazón derecho.

En otra hipótesis se hace pasar al parásito del estómago á las venas parietales y por las diafragmáticas á la cava, corazón y pulmón.

Para Neisser el embrión cae en los quilíferos y pasando por el canal toráxico llega á la circulación venosa. Esta vía es considerada impracticable debido á la gran cantidad de ganglios que hay en el trayecto.

Dévé, por analogía con lo que pasa en el perro piensa que el equinococus cruza el intestino á la altura del duodeno y por el plexo venoso de Retzius llega al pulmón.

Por fin, Chachereau, hace intervenir al plexo hemorroidario en la patogenía de los quistes pulmonares.

Solamente á título ilustrativo, citaremos aún la teoría de que se hace defensor Gerulanos, basada en la migración activa del embrion y según la cual, este, por sus propios medios puede atravesar los tejidos y localizarse en los distintos órganos, entre ellos el pulmón. Esta hipótesis, sumamente cómoda por otra parte, no esplica la frecuencia desigual, con que se observan los quistes en los diferentes órganos.

Todo lo que antecede se refiere á los quistes primitivos del pulmón. Son los trabajos de Dévé, haciendo inyecciones de vesículas ó escolex en las venas, los que han provado de un modo irrefutable

la existencia de quistes secundarios por embolia. Estas embolias también se producen en los individuos portadores de quistes y en algunos casos cuando las vesículas son demasiado grandes ocasionan una muerte súbita.

La equinacoccia secundaria tiene orígenes múltiples.

Así, es fácil comprender como un hidátide del corazón, abierto en el ventrículo derecho dé lugar á quistes múltiples en los pulmones.

Pero para los secundarios á quistes hepáticos el mecanismo de producción es variable.

Citamos solo de paso la abertura de un quiste en la vena cava porque este accidente es fatalmente mortal. Pero, cuando se trata de vesículas muy pequeñas, Dévé que ha estudiado las relaciones que existen entre estas y las venas, y constatado la frecuencia con que estas relaciones se observan, hace notar la posibilidad de un vaciamiento en el sistema venoso, sin que se manifieste por ninguna sintomalogía aparente.

Por otra parte puede admitirse con Dieulafoy que una vesícula exógena, perforando el diafragma puede llegar á desarrollarse en el pulmón.

Otras veces bajo la influencia del quiste hepático, se producen adherencias con el diafragma y entre las pleuras; y el hidátide desarrollándose excentri-

camente puede romperse en un brónquio. En este caso, á nadie se le escapará la posibilidad de que una vesícula hija ó un gérmen queden detenidos en el trayecto fistuloso hepato-brónquico y origine un quiste pulmonar.

Pueden también producirse quistes secundarios consecutivos á otros del pulmón opuesto; los ejemplos de individuos cuyo quiste pulmonar se ha curado por una vómica y que han vuelto después con una ó más recidivas en el otro pulmón, dejan suponer que el paso de los gérmenes se efectuó por los brónquiss en el momento de producirse la vómica.

Lemaire, basándose en los injertos hidáticos, que se desarrollan en el tejido de la cicatriz después de las intervenciones por quistes hepáticos, por analogía supone, que lo mismo puede suceder en el pulmón, «en el momento de la vómica ó de una intervención torpe.»

FRECUENCIA

Los quistes pulmonares, comparados con las demás afecciones del mismo órgano, han sido considerados como poco frecuentes. Hubo un tiempo que se les miraba como curiosidades patológicas; Trousseau, dirigiéndose á sus discípulos, les decía: «si interrogais á vuestros maestros en los hospitales, la mayor parte de ellos os confesarán no haber visto jamás». Casabianca, por su parte, agrega que «de todas las afecciones pulmonares es ciertamente la más rara». Esta afirmación admisible para Francia, según Bezou, está lejos de reulizarse en otros países, en algunos de los cuales, Australia y la República Argentina por ejemplo, los equinococus ocupan un lugar importante en la estadística de la patología pulmonar. Aún en Islandia, donde son raros, se les observa, sin embargo, más á menudo que la tuberculosis.

Comparada su frecuencia con la de los quistes

los demás órganos, resulta que ocupan el segundo lugar después de los hepáticos. Para convencerse de ello basta echar una ojeada sobre las distintas estadísticas que publicamos á continuación:

	Davaine	Cobbold	Finsen	Neisser	Thomas	Marguet	Madelung	Herr. V. y Cranwell	Lemaire	Ferri	Totales
Hígado.	165	161	176	451	532	469	133	644	70	78	2979
Pulmón y pleura . .	40	22	7	84	134	123	21	68	14	21	540
Riñón y vejiga . . .	30	23	3	130	—	8	7	20	3	—	224
Cerebro y médula .	20	22	4	81	—	13	—	23	1	—	164
Otros órganos . . .	118	99	65	237	134	167	35	215	21	21	1112
Totales . . .	373	327	255	983	800	786	196	970	109	120	5019

Del exámen de este cuadro, se desprende que los hidátides del pulmón constituyen el 10.75 °/₀ y los del hígado el 59.35 °/₀ del total de las observaciones.

Pero, de este estudio de conjunto no pueden deducirse sino ideas generales; es necesario comparar entre sí las proporciones en que se hallan en los diferentes países sobre todo entre Austsalia, Argelia, Europa y la República Argentina, para poder arribar á conclusiones concretas.

Si reducimos á una, las estadísticas de Madelung

y Neisser y las confrontamos con las de Thomas, Lemaire, Herrera, Vegas y Cranwel, y Ferri resulta:

	Europa	Australia	Arfelia	República Argentina	
	Neisser y Madelung	Thomas	Lemaire	Herrera V. y Cranwell	Ferri
Hígado	49.59 °/₀	65.75 °/₀	64.32 °/₀	66.39 °/₀	65.00 °/₀
Pulmón	8.90 °/₀	16.75 °/₀	12.84 °/₀	7.01 °/₀	17.50 °/₀

Como puede observarse los quistes hepáticos se producen casi con indéntica frecuencia en Australia, Argelia y la R. A., ocupando Europa el segundo lugar; pero en cuanto á los pulmonares, constatamos algo que nos llama mucho la atención: si nos guiamos por la estadística de Herrera Vegas y Cranwell, se observarían en una proporción relativamente mayor en Europa que entre nosotros, pero si tomamos como base de comparación la de Ferri, los equinococus del pulmón son mucho más frecuentes aqui que en cualquiera otra parte. En efecto busquemos la relación que existe entre los hidátides pulmonares y los hepáticos y encontraremos que

En Europa		es	de	1	por 5.56
— Australia		—	—	1	— 4.71
— Argelia		—	—	1	— 5.00
— la R A.	H. V. y C.	—	—	1	— 9.47
	F.	—	—	1	— 3 71

¿Como explicar la contradición flagrante entre la estadística de Ferri y la de Herrera Vegas y Cranwell? Como muy bien lo dice el primero, no puede tratarse sino de errores ó defecto de diagnóstico y á continaación agrega porqué: sus casos han sido recogidos en una época en que casi todos los enfermos del pulmón pasan por el tamiz de la radioscopía, con lo que se consigue despitar más de un quiste cuya sintomatología es obscura y que de otra manera podría escapar á los medios comunes de diagnóstico; en cambio la de Herrera Vegas y Cranwell comprende observaciones hasta el año 1889. Ahora calculénse todos los que habrán pasado desapercibidos desde aquella época hasta que los rayos X entraron de lleno á ocupar su lugar, hoy preponderante en el diagnóstico y se llegará á la conclusión que si la estadística de Ferri no está en la verdad, se acerca mucho á ella colocándonos en ese sentido á un nivel por lo menos igual al de los australianos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Los hidátides se desarrollan indistintamente en cualquiera de los dos pulmones, pero localizándose preferentemente en el derecho y atacando con más frecuencia los lóbulos inferiores.

Respecto á la prioridad del pulmón derecho todos están concordes en aceptarla y por otra parte las estadísticas lo corroboran. Neisser en 57 casos encuentra 25 en el pulmón derecho y 12 en el izquierdo. Thomas en 195 observaciones señala 121 á la derecha y 74 á la izquierda. Herrera Vegas en cuarenta casos encuentra 22 y 18 respectivamente.

Esta preferencia ha sido diversamente esplicada. Citaremos solo á título histórico la hipótesis de Cruveilhier, según la cual, la mayor parte de los descriptos como del pulmón son quistes hepáticos abiertos en los brónquios. Bezou dice que bastan las observaciones seguidas de autopsia para destruir la teoría del sabio anotomista.

Hoy el hecho tiene una esplicación más de acuerdo con la fisiología. Tratándose de quistes primitivos las únicas vías por donde el parásito puede llegar al pulmón son la aérea por el árbol brónquico, si se acepta la teoría de Bird, y la sanguinea, por los vasos pulmonares. Casabianca, que admite la primera, nos dice que, siendo el brónquio derecho más grueso que el izqnierdo, el parásito tiene en él un camino directo y más ámplio que el ofrecido por el brónquio del lado opuesto.

Por otra parte en Testut encontramos que la arteria pulmonar derecha es de un calibre, superior en tres milímetros á su homónima del otro lado, entonces se deduce que también por vía sanguínea tienen más probabilidades los embriones de llegar al pulmón derecho.

Las razones arriba enunciadas sirven del mismo modo para esplicar la mayor frecuencia de la ubicación en las bases, pués en las porciones inferiores del pulmón es donde se ramifican los vasos pulmonares y brónquios de mayor tamaño. Á estas se pueden agregar, la relación de superficie que existe entre la base y el resto del órgano (Casabianca) y la acción de la gravedad (Bezou).

Llegado el embrión á los órganos respiratorios puede localizarse y desarrollarse en cualquiera de los elementos anatómicos que constituyen el pulmón,

pero sus puntos de preferencia son las últimas ramificaciones brónquicas, los lobulilos y los capilares pulmonares. Cuando ha conseguido fijarse pierde sus ganchos y se transforma en vesícula.

De la rapidez de su evolución ulterior, solo puede decirse según Bird, y por analogía con lo que se ha observado en el hígado, que al cabo de tres semanas la vesícula tlene un diámetro de 25 á 35 milímetros.

El tamaño de los quistes que caen bajo nuestra observación es variable; se han visto desde los más pequeños, hasta aquellos que por su volumen se bastaba uno para ocupar el espacio de todo un pulmón. Como ejemplo podemos citar una observación de Moutard Martin, donde todo el pulmón izquierdo, exceptuada una pequeña porción de su borde anterior, había sido desalojado por un quiste.

La forma que adoptan generalmente los hidátides, es globulosa y regular aunque pueden presentarse deformados cuando la resistencia que les ofrece el parénquima pulmonar es desigual.

Por lo común se presentan solitarios, sin embargo, no es muy raro poder encontrar mayor número en un solo pulmón ó en ambos á la vez. Según Davaine, esta última eventualidad es más frecuente que la existencia de dos ó más quistes en un solo lado.

A medida que se desarrollan los quistes se rodean de una membrana fibrosa, cuya existencia no ha sido siempre aceptada sin contestación. Negada por unos (Cruveilhier) ha sido considerada por otros como presente en un pequeño número de casos, de esta opinión son Hearn y Trousseau y el último decía que que «estos hidátides á menudo no están encerrados en una advertencia y cuando esta envoltura existe es extremadamente tenue». Pero Houel, de quién Trousseau afirma equivocadamente haber obtenido estos datos, no la niega en ningún caso y con Davaine y Letulle, cree que se la encuentra siempre, solo que como á veces es muy delgada ha podido pasar desapercibida. Confirmando estas opiniones, Herrera Vegas y Cramvel dicen no haberla visto faltar en ninguno de sus casos.

Esta membrana es blanco-nacarada en los quistes limpios; cruje al paso del cuchillo cuando es algo espesa y se continúa insensiblemente con el tejido pulmonar.

Histológicamente está constituida por tejido fibroso, sobre cuyo origen las opiniones no están uniformadas. Para la mayoría se trata de un tejido de defensa que elabora el organismo por un proceso de inflamación crónica consecutivo á la irritación que ocasiona la presencia del quiste. Ahlers y Viñas se apartan de esta manera de pensar y si bien no dis-

cuten la naturaleza de la periquística, creen que es la resultante del parénquima pulmonar atrofiado por la compresión y que ha concluido por dejenerar en tejido fibroso.

Alsina, estima que el proceso formador de la adventicia no es tan simple, como lo piensan los autores arriba citados y de sus trabajos deduce que á su constitución contribuyen varios elementos. En primer lugar se produce una induración inflamatoria provocada por el quiste, á la que después se agregan células embrionarias, reforzándose por último con tejido pulmanar condensado.

Las conclusiones á que llega Alsina, se parecen mucho más á la manera como reacciona en casos semejantes el organismo y por lo tanto las creemos más probables que aquellas á que arriban Viñas y Ahlers.

Está generalmente admitido que la acción ejercida por el quiste en el pulmón, idéntica, por otra parte á la que produce en cualquier ortro órgano, puede, asimilarse á la provocada por un cuerpo extraño que que aumentara progresivamente de volumen, es decir, desaloja los tejidos á medida que se desarrolla.

Los brónquios y vasos pulmonares son comprimidos y rechazados lateralmente.

Los primeros bajo ia influencia de la presión contínua y gradual del quiste se adelgazan y desgastan hasta abrirse muchas veces en la cavidad de aquel. El orificio de comunicación sería cortado á bisel y característico para Behr. En cambio Hearn, creía que la abertura era circular y semejante á las que se observan en las cavernas tuberculosas comunicando con los brónquios. Herrera Vegas y Cranwel sin insistir sobre la forma, dice que no son muy frecuentes puesto que en nueve observaciones no los han encontrado más que dos veces.

El quiste obra de igual modo sobre las arterias y venas pulmonares; empiezan por estirarse y cuando la tensiòn alcanza al límite de su elasticidad, se desgarran, produciendo hemorragias siempre graves y á veces mortales. También se han observado en estos vasos, trombosis consecutivas á la disminución de su calibre (Bezou).

Cuando la bolsa quística está en contacto inmediato con la pleura esta se espesa y frecuentemente las dos hojas están adheridas (Herrera Vegas y Cranwel).

Los quistes pueden no terminar su evolución y detenerse en el curso de su desarrollo sufriendo un proceso de regresión que los lleve á la sanación

expontánea. Esta eventualidad, excepcional por otra parte, solo se ha producido con vesículas muy pequeñas. Se la esplica, diciendo que el espesamiento de la periquística unido á su degeneración calcárea, haciéndola inextensible é impermeable á los intercambios nutritivos imposibilitan el crecimiento y la vida del hidátide.

Muerto el parásito una parte del líquido se reabsorbe y la otra pierde su fluxidez convirtiéndose en una masa espesa, parecida á masilla, la que después se deseca y toma el aspecto de tiza. Bremser dice que en este caso se puede enuclear la masa-calcárea con la misma facilidad que un hidátide sano.

Otras veces la substancia que llena la cavidad adquiere las apariencias de pus ó de tubérculo reblandecido, lo que ha hecho posible, en otros tiempos, su confusión con el verdadero tubérculo. (Jenner).

Otra terminación mucho más frecuente es la supuración, pero si bien en este caso el desarrollo también se detiene, es fácil de presumir que las consecuencias para el enfermo son mucho más graves.

La ruptura, accidente grave y siempre temible porque suele ser fatal, se observa en el pulmón mucho más á menudo que en cualquier otro órgano.

Es con los brónquios que la comunicación se es-

tablece la mayoría de las veces, evacuándose por una vómica el contenido del quiste; si el vaciamiento ha sido total y la periquística es delgada, la cavidad se retrae, disminuye de tamaño y concluye por desaparecer constituyendo un núcleo fibroso; en otros casos la caverna subsiste y podría confundirsela con una tuberculosa, pero el exámen de las paredes, el estado del pulmón, simplemente comprimido en caso de equimococus y la manera como desembocan en ella los brónquios, suministran elementos suficientes para establecer el dignóstico diferencial. (Behr).

En la pleura es después de los brónquios donde los quistes se abren con más frecuencia; si la cavidad comunica con las vías aereas se produce inmediatamente un neumotorax que pronto se convierte en pioneumatorax.

Como rarezas pueden citarse las observaciones de rupturas en otros órganos: pericardio (Alibert), ombligo (Dupuytren), canal raquideo (Liouvilie y Strauss) en el intestino (Laënec) y en la pared toráxica (Thompson).

SINTOMATOLOGÍA

Si hay enfermedades cuya sintomatología es variable y á veces muy obscura, ésta es seguramente una de ellas.

La ligera reseña que haremos á continuación dará una idea de los múltiples aspectos clínicos con que puede presentarse.

Así, un sujeto, hasta entonces sano y bueno aparentemente, se siente de súbito atacado por una disnea intensa con sensación de angustia y sofocación y casi inmediatamente elimina por una vómica una cantidad más ó menos abundante de líquido é hidátides. Otras veces el cuadro varía completamente: á un individuo que gozaba de una salud perfecta, le sobreviene una afección pleuro-pulmonar cualquiera; la enfermedad evoluciona normalmente pero durante la convalescencia, que se hace mal, aparecen los diferentes síntomas del quiste. En otras

circunstancias una hemóptisis aparecida de una manera brusca, como en una observación referida por Widal, ó una inesperada perforación de la pleura, han sido las primeras manifestaciones aparentes del hadátide. Por fin, en casos excepcionales, un quiste puede pasar completamente desapercibido durante la vida de su portador y constituir un hallazgo de autopsia en un sujeto muerto de cualquier otra afección

Sin embargo, si á todos estos enfermos, en los cuales el primer período de la evolución de los quistes pareció faltar, se les interroga cuidadosamente sobre su pasado, se encontrarían siempre algunos de los signos por los cuales se manifiesta comunmente la afección. (Hearn).

Hasta ahora, nos hemos ocupado solamente de las formas anómalas ó por lo menos raras de como evolucionan algunos quistes.

La forma común se presenta vulgarmente de una manera obscura en un principio, pero poco á poco se va exteriorizando por caracteres que á veces abren el camino al diagnóstico.

El parásito se establece en el pulmón insidiosamente, sin ruido; su crecimiento lento permite á los elementos anatómicos circunvecinos habituarse gradual y paulatinamente á su presencia. Su marcha es silenciosa, hasta que los signos reveladores, ya sea par la disminución del campo de la hematosis ó por

las complicaciones, se van haciendo cada vez más netos.

Antes que aparezca la tos, disnea, expectoración, dolor, etc., bien caracterizados, los enfermos acusan trastornos de carácter variado, generalmente pasajeros y poco molestos.

Ora es un enfermo con esputos estriados de sangre y que viene á hacerse examinar pensando y haciendo pensar en una tuberculosis incipiente, ora es un individuo á quien una tos seca persigue desde tiempo atrás y á la que hasta ese momento no atribuía ninguna importancia. Otras veces es una fatiga que sobreviene al menor esfuerzo y que impide al paciente la prosecución de su trabajo ó bien un dolor más ó menos intenso que simula una neurálgia intercostal; en algunos casos no es precisamente dolor sino una sensación de incomodidad, de opresión dentro del tórax, como si sintiera un cuerpo extraño en el pulmón. En varias circunstancias se ha constatado la existencia de un sentimiento particular de desfallecimiento y debilidad acompañado de somnolencia, sin que por otra parte, el enfermo adelgazara ó presentase cualquier otro signo de denutrición.

Poco tiempo después aparecen los síntomas bien marcados. Ninguno de ellos tomado aisladamente es patognomónico, pero reunidos, forman un conjunto

que permite á menudo, aunque no siempre, sospechar la existencia de un quiste.

Hoblaremos primero de los signos funcionales para extendernos después sobre los datos que nos suministra el examen físico del sujeto.

Tos.—La tos es el primer síntoma por su fecha de aparición. Su caracteristica es la sequedad, sobreviene por accesos y algunas veces simula la coqueluche, pudiendo adquirir un carácter paroxístico. (observaciones de Roger y IX[a] de Bezou).

Buscando una explicación de la manera como se produce esta tos, Roger ha creido encontrarla en la irritación de las ramas terminales del neumogástrico, á nivel del quiste; llevada, por su intermedio, la excitación al bulbo, se produciría por acción refleja la contracción de los músculos expiradores. Hearn para confirmar la opinión de Roger y sacarla del terreno de la hipótesis, no vacila en asimilar esos fenómenos, á los resultados obtenidos por la excitación del laringeo superior, en las experiencias de Rosenthal.

A más de la que acabamos de describir, Hearn, habla de otras dos variedades, que se presentan sin embargo, raras veces.

Una, se caracteriza por su repetición y es sumamente penosa aunque no llegue á ser paroxística. Agrega el autor ya citado, que á veces va acompa-

ñada de expectoración, que debemos cuidar de no confundir con la producida por las bronquitis concomitantes. Haremos notar aqui que hoy no se acepta que los quistes cerrados puedan por sí producir expectoración y que cuando esta existe, si no es una bronquitis, será cualquier otra complicación, la causa productora de los esputos.

Por fin en la otra variedad la tos se presenta de una manera irregular y sin ningún caracter distintivo.

Expectoración.—Hemos dicho ya que la expectoración, exceptuadas las hemóptisis, no es síntoma propio de quiste sino el índice de alguna complicación; ahora bien, estas últimas son tan frecuentes, que casi puede decirse que los esputos no faltan, de allí que Bezou los considere como un buen signo.

El aspecto con que se presentan varía con la causa productora. Muy á menudo mucosos ó mucopurulentos denuncian la presencia de una bronquitis. Otras veces, herrumbrosos, cuando una neumonia complica el hidátide y por fin, en otras circunstancias son purulentos cuando provienen de las cercanías del quiste, formándose en esa zona pulmonar inflamada que rodea inmediatamente á la periquística.

En los casos que el quiste se acompaña de una gangrena pulmonar los esputos presentan el olor fétido característico.

Hemóptisis.—Las hemóptisis de este período lla-

madas precoces ó de defensa por Dieulafoy, para distinguirlas de las que se producen en el momento y después de la ruptura, son consideradas como el más importante entre todos los demás síntomas subjetivos, por la frecuencia con que es dado observarlas y por sus caracteres especiales.

Hearn no las ha visto faltar más que en un 20 °/o de los enfermos y agrega, que si de los 144 casos que constituyen su estadística se eliminan «todas «esas breves relaciones en las cuales se dice sim- «plemente que el enfermo presentaba el aspecto de «un tísico y en las que tenemos legítimamente el «derecho de admitir que había sido atacado de he- «móptisis» y los 14 quistes de la pleura (que nunca las presentan) el porcentaje de los enfermos en que ese síntoma falta, queda reducido á un 10 °/o.

Pero aquí no estamos considerando sino las que preceden á la ruptura del hidátide, que sin ser tan frecuentes se producen en los dos tercios de los casos (Bezou).

Estas hepmótisis que pueden empezar desde que se fija el embrión (Dieulafoy), asumen á veces un caracter alarmante por su cantidad y sobre todo por su repetición. Se ha dicho y repetido que en algunos casos han llegado á ser mortales; nosotros no hemos podido encontrar ningún caso que certifique esta afirmación. La observación que con este objeto

cita Diculafoy, (Habershon) está muy mal elejida, en primer lugar porque no se trata de hemóptisis precoces y en segundo porque la hemorragia fatal fué producida por la tuberculosis concomitante que había ulcerado una gran vena pulmonar.

Las hemóptisis, son á menudo el único signo por el cual se manifiesta el quiste durante algún tiempo. Cuando su intensidad aumenta súbitamente ó reaparecen, después de haber estado ausentes algún tiempo, acompañadas de fuertes accesos de tos, constituyen á veces un signo precursor de la ruptura. En otros casos aparecen por primera vez poco tiempo antes que se produzca este accidente.

La sangre puede presentarse con distintos aspectos; ora es roja, aereada, poco abundante, como si surgiera suave y levemente del epitelio brónquico, lo que ha sido expresado por Brid con la palabra oozing; ora los esputos son negruzcos, poco aereados, á los que Chachereau llamó «cassis». En otros casos la expectoración es como jalea de grosella, parecida á la que se observa en el cáncer pulmonar.

Por fin, y lo repetimos, poco tiempo antes de la ruptura, las hemorrágias se hacen más abundantes, acompañándose frecuentemente de pus (cuando hay inflamación alrededor de la periquística), presentando entonces los esputos un aspecto estriado.

Las hemóptisis sobrevienen generalmente sin causa apreciable, aunque algunas veces aparecen á consecuencia de algún movimiento algo exagerado, como una marcha, un esfuerzo etc. A este respecto Borgiotti refiere una interesante observación: se trataba de un sujeto en el cual la hemorragia se producía cada vez que ejecutaba el acto del coito y el fenómeno se repitió de idéntica manera durante 16 años.

Que el quiste esté ó no infestado el hecho no tiene mayor influencia sobre las hemóptisis. En cambio se ha hecho notar que los hidátides localizados cerca de la pleura las dan pequeñas y frecuentes y los intrapulmonares producen las grandes hemorrágias (Alsina).

Cual es el mecanismo de su producción?

Chachereau, haciendo intervenir las ideas de Conheim, dice que el quiste á medida que se desarrolla, comprime los vasos pulmonares y consecutivamente se produce hiperemia á su alrededor. La sangre entonces transuda á través del epitelio bronquial.

Hearn, considera á los quistes pulmonares, como parásitos que se alimeutan á expensas de los elementos vecinos; como consecuencia hay mayor afluencia de sangre en los vasos y por lo tanto aumenta de presión en los mismos. Bajo la influen-

cia de este aumento de presión pueden ó romperse los capilares ó producirse simplemente diapedésis de glóbulos rojos.

Viñas cree, y es lo más probable, que las hemóptisis provienen de la ruptura de los pequeños vasos que existen en gran número en la periquística.

Dieulafoy sin penetrar al fondo de la cuestión se limita á considerarlas como «el primer grito de revuelta del pulmón ante el invasor» y que como tales se producen desde un principio aún cuando el quiste tenga á penas «las dimensiones de una cabeza de alfiler, de un pequeñito poroto ó de una muecilla».

En fin en algunos casos las hemóptisis son el producto de lesiones concomitantes, congestiones, neumonia, bronco-neumonia, etc.

Antes de terminar con este tópico, haremos notar una vez más, la importancia diagnóstica que se atribuye á este síntoma, hasta el punto que Finsen, en Islandia, donde la tuberculosis es rara, las considera como patognomónicas de quiste. Bouyer, comentando los trabajos de este autor, no se atreve á sacar semejante conclusión, porque encuentra que no se expresa muy claro; en efecto, la redacción de la frase donde Finsen manifiesta esa opinión, es algo confusa y aparentemente contradictoria, sin

embargo, Bezou no vacila en deducir de ella lo que hemos dicho más arriba.

Dolor—El dolor es considerado por muchos autores, como un síntoma importante de los quistes pulmonares y se presenta en estos con más frecuencia que en los quistes de otros órganos.

Esta manera de pensar está lejos de ser aceptada en absoluto. Aparte de que Hearn nos dice que en algunas de sus observaciones no ha sido señalado, Herrera Vegas y Cranweil afirman, que ní es constante, ní guarda relación con el tamaño de los qnistes, agregando, que la ausencia del dolor «es el caracter predominante de los quistes hidáti-«cos de todas las regiones de la economía y si en «el pulmón producen dolor con cierta frecuencia es «debido al menos en la mayoría de los casos á in-«flamaciones en la vencidad del quiste.»

Sin embargo, seanos permitido no negarle valor annque sean las complicaciones sus productoras, porque si admitimos que en el pulmón estas son frecuentes el dolor también lo será.

Generalmente reviste dos formas distintas, según la época de la evolución del hidátide.

En un comienzo es más bien una sensación de cuerpo extraño intrapulmonar; el enfermo experimenta cierta molestia ó sentimiento de pesadez á nivel del quiste, sobre todo cuando ejecuta algún

movimiento, en un acceso de tos, por ejemplo ó en una inspiración profunda.

Más tarde, con el aumento de volumen desl quiste, se convierte, de pasajero que era antes, en permanente, pero sin nunca pasar de una intensidad tolerable. Cuando es vivo, quiere decir que una gangrena ó adherencias pleurales se han agregado á la afección primitiva, hecho que sucede con cierta frecuencia.

Unas veces está bién localizado, simulando una neuralgia intercostal, ó bien se presenta con irradiaciones á los hombros, más raramente al cuello, hueco supra é infra clavicular, región hepática, epigástrio, etc. En otros casos se sitúa en regiones opuestas y alejadas del punto donde está el quiste.

Para esplicarlo, Hearn habla de compresiones nerviosas algunas veces y otras de una verdadera neuralgia intercostal. Estas dos hipótesis más ó menos posibles no dejan de ser suposiciones del autor ya citado, sin que ninguna prueba haya venido hasta hoy á confirmar su aserto.

Disnea.—La disnea es según Davaine el síntoma más aparente y constante; infaltable para Vigla, es considerado como de las más frecuentes por Letulle; Hearn, sin contradecir estas opiniones, no le adjudica mayor importancia para el diagnóstico.

Su intensidad está en relación con el tamaño y la

época de evolución del quiste, el sitio donde se desarrolla, la capacidad toráxica del paciente, el sexo y algunas otras circunstancias accidentales.

Es raro observarla al principio y cuando el hidátide aún no alcanza el tamaño de una naranja. Lo más á menudo es temporaria pero los accesos se van acercando á medida que aumenta de volumen el quiste. Con el andar del tiempo la dificultad respiratoria se hace continua, pero sin alcanzar nunca á la intensidad que asume en el momento de la ruptura.

A volumen igual la disnea es tanto más fuerte cuanto más arriba del pulmón están situados los quistes. (Bird).

En los sujetos, cuya amplitud toráxica, deja más espacio para que puedan dilatarse las porciones pulmonares no afectadas por la enfermedad, se produce menos fácilmente que en aquellos á torax estrecho.

Las mujeres, toleran muy mal los quistes de las partes superiores del pulmón, en razón sin duda de la predominación en ellas del tipo respiratorio toráxico.

Los refríos, esfuerzos, tumores abdominales, la preñez y los traumatismos pueden provocarla ó acelerarla cuando ya existe.

Se consideran como causas productoras de la dis-

nea, la disminución del campo de la hematósis, la compresión de los brónquios y vasos sanguíneos, y la inmobilización del torax producida por el exagerado volumen del quiste.

Está de más agregar, que la dificultad funcional, aumenta con las afecciones pulmonares que pueden agregarse á título de complicaciones.

Vómito.—Si bien ha sido observado en algunos casos, no tiene mayor significación como síntoma porque se produce como consecuencia de los accesos de tos.

Modificación de la voz.—Es raro tener ocasión de observar trastornos de la voz pero no es imposible que se produzcan como lo prueban algunos casos publicados (Hearn–Chachereau–Baron, etc.).

Edemas.—Cuando los quistes evolucionan hácia el mediastino y llegan á comprimir las grandes venas contra la pared toráxica, pueden ocasionar edemas de los miembros superiores ó inferiores según sea el sitio de la compresión.

Decúbito.—En los primeros tiempos es indiferente, pero cuando los hidátides han adquirido gran tamaño, pasa lo mismo que con los derrames pleurales; el enfermo se acuesta del lado enfermo. Cuando en algunos casos raros, la disnea ó el dolor adquiere una inusitada intensidad, el decúbito es imposible.

Pleuresías. — Antes de toda ruptura y algunas veces como primeras manifestaciones aparentes de los quistes, se han observado pleuresias secas ó con derrame. Tales son los casos de Chachereau, Marconnet y uno publicado por Dieulafoy.

En cuanto á la génesis de estas pleuritis, Behr, supone que sean debidas á ligeras exósmosis de liquido hidático, puesto que está probado (Dumontpallier y Netter), que este líquido determina cierta irritación en las serosas con las que se pone en contacto.

Estado general.—El estado general de los enfermos, no guarda siempre relación con los síntomas que presentan. En muchos casos su aspecto es de salud y bienestar, porque la conservación del apetito y la regularidad de las digestiones, les permite proveer á las pérdidas que la evolución del parásito pueden causarle, y conservar sus fuerzas como en el pasado.

Otras veces las apariencias exteriores son relativamente buenas, sin embargo, los enfermos acusan una sensación de debilidad y decaimiento que Chachereau compara á la somnolencia especial que produce el cloral y Hearn al estado particular que se encuentra en los addisonianos.

Por último, algunos enfermos, en los cuales los síntomas se manifiestan en toda su intensidad desde un principio, pierden pronto las fuerzas, enflaquecen,

se caquectizan, tomando un aspecto muy parecido al que presentan los tuberculosos, lo que esplica los errores de diagnóstico, que se han hecho varias veces.

Las quistes, por sí, no producen fiebre y cuando ella existe, es el índice de una infección ó de alguna otra afección intercurrente.

Lo mismo debemos decir de los sudores nocturnos; su existencia está correlacionada con la fiebre (Hearn).

De los signos subjetivos pasemos ahora á los objetivos.

INSPECCIÓN.—Entre los que nos suministra el exámen visual del sujeto, se señala como el principal la saliencia ó abovedamiento del torax.

Siempre le ha sido atribuido un gran valor, pero desgraciadamente no es visible con toda la frecuencia que sería de desear, (en 144 casos Heam no lo ha encontrado sino 25 veces) y cuando se manifiesta de una manera apreciable, indica qne el tumor ya tiene un cierto volumen.

Su importancia como elemento diagnósrimos proviene de que no hay sino otra afección pleuro-pulmonar que puede exteriorizarse como lo hacen los quistes y es la pleuresía circunscripta. Con todo el

abovedamiento de las pleuresias, cuando lo hay, no es nunca tan aparente.

La saliencia se presenta en dos formas: una, la menos frecuente, es una dilatación difusa mal limitada, de una mitad del torax; la otra, que se observa más á menudo, es una salida circunscripta, globulosa, bien marcada, exteriorizando la forma y localización del quiste. Derignac cita un caso en el que se encontraron los dos géneros de deformación: una dilatación en masa del lado izquierdo y una salida subclavicular del mismo lado.

El abovedamiento toráxico, tiene más importancia, cuando se observa del lado derecho, porque en el izquierdo, Woilliez, dice haberlo encontrado en un cuarto de los individuos sanos.

A nivel de la dilatación son los espacios intercostales los que hacen prominencia y se les encuentra más altos que normalmente.

Herrera Vegas y Cranwell han observado en varios casos, conjuntamente con el abovedamiento, un desarrollo venoso bastante pronunciado. Morquio consigna lo mismo en una observación publicada por él.

Excursiones respiratorias. — Están generalmente disminuidas del lado enfermo y el tipo respiratorio es por lo común el toráxico.

Deformación hipocrática de los dedos. — Este signo, Trousseau lo considera como un fenómeno que

acompaña á las afecciones pulmonares crónicas. Chachereau no lo ha encontrado más que en el 2 ó 3 % de los casos de quistes.

Palpación.—La palpación, después de comprobar los resultados de la inspección, nos permite verificar el estado de las vibraciones toráxicas, lo que unido á los datos que nos suministrará la percusión, podrá sernos la gran utilidad para el diagnóstico.

Vibraciones toráxicas.—Cuando el quiste es periférico y comprime bien la pequeña porción del pulmón que lo separa de la pared, ó cuando está en inmediato contacto con ésta, las vibraciones toráxicas están disminuidas ó abolidas á su nivel. Sin embargo en algunos casos sucede lo contrario y esto es debido á que la zona pulmonar interpuesta, está atacada de neumonia fibrosa intersticial, es decír, se encuentra en las mejores condiciones para transmitirlas y aún exagerarlas.

Fluctuación.—La fluctuación no se percibe sino excepcionalmente, cuando los quistes tienen grandes tendencias á exteriorizarse ó abrirse á través de un espacio intercostal. (Bezou).

Frémito.—Está generalmente admitido que los hidátides pulmonares no lo dan, sin embargo se citan dos observaciones en las que se habla de su existencia: un caso de Bally y otro de Lorieux donde

este autor dice haber experimentado una sensación de ondulación y cosquilleo.

PERCUSIÓN.—Los datos obtenidos por la percusión, son de gran valor, principalmente cuando es posible percibir diferencias de sonido bien marcadas, lo que sucede en los casos que el quiste está en inmediato contacto con la pared toráxica ó por lo menos, cuando la distancia que lo separa es pequeña y el pulmón interpuesto está vaciado del aire por la compresión. Es en estas condiciones, que es posible observar la transición brusca de la matitez ó la sonoridad, signo al cual Bird atribuye gran importancia afirmando que, en una ocasión, pudo limitar el quiste con una pluma.

Cuando sé presenta en los puntos donde hay matitez absoluta, el dedo experimenta una sensación especial de resistencia, semejante á la que se produce, en la percusión fuerte de los derrames pleurales. (Alsina).

Las líneas que separan las diferencias de sonido, son curvas á convexidad superior, para los quistes de la base é inversamente para los de las porciones superiores.

Cuando los hidátides están situados en la base, solo es percutible el límite superior, sobre todo del lado derecho y la línea de matitez se distingne por su forma curvilínea, de la parabólica que resulta de la

percusión de las pleuresías. El hecho es debido á que estas, contrariamente á los quistes, obedecen á las leyes de la gravedad.

En la porción libre del pulmón es común encontrar la sonoridad exagerada y cuando la bolsa quística no ocupa las partes superiores, hay á menudo, á este nivel, eskodismo sub-clavicular.

El espacio de Traube puede estar conservado aùn en los grandes quistes de la base izquierda.

AUSCULTACIÓN.—En los primeros tiempos de la evolución del parásito, la auscultación da resultados negativos, pero, á medida que la lesión avanza, el murmullo vesicular va disminuyendo de intensidad, gradualmente, hasta desaparecer por completo, cuando el hidátide tiene un grado de desarrollo tal, que impide respirar á la lámina pulmonar interpuesta. Por el contrario en los limites del tumor la respiración se hace ruda y pueril.

Como se vé allí donde no hay vibraciones existe matitez y silencio respiratorio; fuera de ese sitio el murmullo vesicular y la sonoridad están aumentados de intensidad.

La egofonia es excepcional y cuando se percibe es signo de pleuresía sobreagregada. (Behr).

En los casos que se constata la presencia de rales, ronquidos, sibilancias, frotes, etc., indican siem-

pre la existencia de una complicación pleuro - pulmonar.

Antes de terminar con auscultación, hablaremos de un ruido especial señalado por Lorieux y cuya patogenia esplica de la manera siguiente: muerto el parásito, hay una ligera retracción de la vesícula y el aire al entrar con la inspiración produce soplo cavernoso. A la salida del aire, la pared del quiste se aplica al orificio, obturándolo y determinando al mismo tiempo el ruido característico que Lorieux llama de válvula. El mismo autor verificó el fenómeno en la autopsia.

Acción sobre otros órganos.—De los órganos toráxicos desplazados por el quiste, el corazón es el que se desvía con más frecuencia. Hay un gran número de observaciones publicadas á este respecto. En su trabajo sobre quistes del pulmón, Mirallié, cita trece. De las más interesantes es una de Delgrange en la cual «la enferma se apercibió antes de su en- «trada al hospital que su corazón latía más y más á «la derecha. En el mes de Diciembre de 1878, cua- «tro años después del principio de la enfermedad, «el corazón ocupa á la derecha, la región correspon- «diente á la cual responde de ordinario á la izquier- «da; la punta late en el 6º espacio intercostal «derecho.»

Mencionaremos también un caso de dextrocardia publicado por Herrera Vegas y Delio Aguilar, donde se encontraron las particularidades siguientes: en la percusión, «á la derecha, la sonoridad era normal, «pero en una región colocada entre el borde dere-«cho del esternón y la vertical mamaria existía ma-«titez y se percibían á este nivel las pulsaciones «cardíacas: este espacio de forma triangular, iba en «altura desde la tercera costilla hasta el quinto es-«pacio intercostal». En la auscultación, «A nivel del «sitio normal del corazón no se percibía nada, mien-«tras que á la derecha, en la zona de matitez trian-«gular se oían los ruidos característicos normales.»

El corazón se desvía algunas veces del mismo lado del quiste como lo comprueban las observaciones de Bally, Vigla, Southey y Toeplitz. Vigla, esplica este género de desplazamiento, por la torsión del corazòn; y el fenómeno inverso, que se produce cuando se vacía el quíste daría razón, según el mismo autor, de los accidentes sincopales que se observan en esas circunstancias.

Estas desviaciones cardíacas y la dificultad en la circulación pulmonar determinada por la compresión del quiste, son el motivo de las palpitaciones que se observan algunas veces.

Entre los demás órganos toráxicos, que pueden ser influenciados por el hidátide, podemos aún citar:

la aorta, que Federici dice haberla encontrado estrechada en un caso; una estenosis exofágica observada por Bourlier y en un caso del Dr. Castro la vena cava comprimida contra la pared del torax.

MARCHA

En la mayoría de los casos, cuando siguen el curso de su evolución natural, los quistes progresan paulatinamente, con una marcha lenta y gradual.

Sin embargo, algunas veces se apartan de esta regla y un accidente cualquiera, una violencia exterior, una complicación pleuro-pulmonar, ú otra enfermedad intercurrente, pueden accelerar su desarrollo.

No hay ningún signo, que pueda servirnos de guía para asignarles una duración determinada. Davaine, sin dar las razones en que se funda para llegar á semejante afirmación dice que evolucionan entre dos y cuatro años. En todo caso, esta sería una regla con muchas excepciones, porque existen casos donde el comienzo puede fijarse aproximadamente y que nos dan mucho más de cuatro años. Tal es, entre otras, una observación de Bezou, cuyas primeras hemóptisis se remontan á 12 años antes.

Lo que puede afirmarse, porque es el resultado de la experiencia, es que duran menos que los del hígado, debido probablemente á la tenuidad de la periquística (Trousseau) ó á la menor resistencia del parenquima pulmonar (Bezou).

Abandonados á sí mismo acaban por romperse, lo que es siempre un accidente grave, á veces fatal, que estudiaremos en el párrafo siguiente.

Episodios.—Denominamos así á las rupturas, que no nos parece exacto ubicar entre las complicaciones, porque pueden producirse, sin hacer intervenir otros elementos que los proporcionados por el mismo quiste.

Pueden efectuarse en los brónquios, cavidad pleural y excepcionalmente en otros órganos. Es con los primeros que la comunicación se establece la mayor parte de las veces.

Rupturas en los brónquios: vómica.—Hoy no se observan tan á menudo como en otros tiempos, por que con los diagnósticos precoces y una intervención quirúrgica, casi siempre saludable, se interrumpe algunas veces el desarrollo del quiste antes de que se rompa.

Entre las causas que contribuyen á la producción de la ruptura se citan, los traumatismos, un exceso de tos, una emoción violenta, una punción exploradora ó la supuración.

Behr basándose en la resistencia de la adventicia, cuando no ha sufrido ninguna alteración, se resiste á cree en la posibilidad de la ruptura, en los quistes no supurados y sin periquistitis, sin embargo no la niega en absoluto, puesto que hay observaciones como la de Ducastel que él mismo cita que lo comprueban de una manera incontestable. Hoy ya no cabe discusión á este respecto y si se acepta que la supuración es una condición predisponente, no se la considera indispensable.

Los quistes pueden romperse en épocas variables; en el caso de Marconnet, la vómica tuvo lugar 6 años después de su primera pleuresía y 10 años después en el de Chachereau.

Generalmente, el enfermo prevee, hasta un cierto punto, la iminencia del accidente, porque todos los síntomas de que hemos hablado anteriormente, adquieren una gran intensidad. Sin embargo, en algunos casos, los prodromas han sido nulos, produciéndose la vómica en un momento inesperado.

Los fenómenos sintomáticos que acompañan á la ruptura son característicos: el enfermo siente subitamente un dolor muy intenso, al mismo tiempo la disnea asume proporciones violentas y terribles; la palidez de la cara contrasta con sus labios cianóticos; el pulso es pequeño y desigual; las extremidades están frías; se producen fuertes y penosos ac-

cesos de tos y por fin en medio de este cuadro siempre alarmante aparece la vómica hidática acompañada de hemóptisis.

El dolor, qne los pacientes comparan á una sensación de desgarramiento dentro del pecho, ha podido por su intensidad, causar accidentes sincopales (Broabent).

La dificultad funcional es tan grande que los enfermos para facilitar y ampliar sus movimientos respiratorios tratan de asirse á todos los objetos que están á su alcance. Esta disnea tan intensa, es causada por las membranas que quedan detenidas en su pasaje por las vías respiratorias, la irritación producida por el líquido en la mucosa bronquial y algunas veces la súbita aparición de un neumotorax.

En varios casos, cuando el enfermo no pudo eliminar en seguida, los obstáculos detenidos en sus brónquios, las consecuencias fueron inmediatamente fatales.

El peligro de la asfixia no desaparece sino con la vómica, debiendo agregarse, que renace cada vez que aquella se reproduce.

La tos, se caracteriza por la frecuencia y repetición de sus accesos, parecidos á los más graves de la coqueluche; en muchos casos provoca el vómito.

La cantidad de líquido que puede eliminarse por una vómica es variable; depende, del tamaño del quiste, de su tensión y sobre todo del calibre del orificio de ruptura. Generalmente sale con fuerza y durante su pasaje por la boca el enfermo percibe un gusto salado. Muchas veces es inodoro puede sin-embargo ser fétido cuando hay supuración ó gangrena.

La expectoración hidática suele ser completa en una sola vómica, pero no es común que así suceda sino que por el contrario se hace en vómicas sucesivas. Hearn habla de un caso en que la expectoración se reprodujo quince veces. Estas vómicas á repetición, se han esplicado por las pequeñas dimensiones del orificio de comunicación bronquial.

El líquido contiene, restos de membrana germinativa, vesículas hijas y ganchos; en los casos de quiste supurado, está constituído por pus. Cuando no contiene elementos visibles macroscópicamente, el microscópio puede revelarnos la presencia de escolex.

La hemóptisis que acompaña á la vómica, puede, por su abundancia, llegar á causar la muerte; por lo general no es de consecuencias tan graves y hasta se ha dicho, que en algunos casos, obrando como sangría ha hecho desaparecer la fiebre. Es común que se reproduzca con cada vómica.

Vaciado el quiste, queda en el pulmón una cavidad, que puede evolucionar de dos maneras distintas: ó bien desaparece y se cicatriza, sucediendo esto cuando los hidátides son pequeños y han expulsado en una ó varias veces todo su contenido, ó por el contrario, se infecta y el enfermo presenta entonces todos los síntomas de una caverna: aumento de vibraciones, espacios intercostales deprimidos, matitez á veces, gorgoteo, soplo con resonancia metálica, hemóptisis y expectoración purulento casi siempre fétida. Si á esto agregamos, la fiebre y sudores nocturnos, pérdida de apetito y adelgazamiento no es difícil comprender, como se preste á posibles confusiones con cavernas tuberculosas.

Sin embargo, no todos los enfermos que llegan á este estado, deben fatalmente morir. Algunos consiguen resistir durante cierto tiempo, lo suficiente, como para desembarazarse del pus y los detritus que contiene la cavidad, lo cual los encamina, aunque después de varios meses á la curación.

En los casos desfavorables, los enfermos se caquectizan poco á poco y por fin mueren en un estado que los antiguos llamaban de tisis hidatídica.

Rupturas en la pleura.—Después de los brónquios, los quistes se rompen con más frecuencia en la pleura.

Los que están en inmediato contacto con ella, son los que, en el mayor número de los casos, dan lugar á este accidente.

Cuando la ruptura se produce solamente en la periquística y teniendo en cuenta que esta generalmente está en comunicación con algún brónquio, lo que se produce en seguida es un neumotorax. Pero el hidátide no tarda en estallar también y entonces el líquido pasa á la cavidad pleural y el neumotarax se convierte en hidroneumotorax que luego se transformará en pioneumotorax. Si el orificio es de grandes dimensiones puede permitir el paso de todo el hidátide como en una observación de Garreau.

Hearn, hablando de este accidente, dice que el neumotorax podría dejar de producirse, en el caso hipotético que no existiera una previa comunicación entre los brónquios y la periquística, y agrega que en estas condiciones tampoco habría motivos para disnea porque no ocurriendo ningún cambio de presión (el líquido no hace más que cambiar de lugar) el púlmón no sería comprimido mayormente, Pero el mismo Hearn se apresura á decir que «estas reflexiones son más teóricas que prácticas» y Behr por su parte afirma «que no existe ningún caso probatorio de ruptura de quiste hidático en la pleura sin neumotorax inmediato. Sin embargo, en la tesis de Lehmann encontramos que en una observación de

Bucquoy el neumotorax se produjo recién diez días después de la ruptura.

Este accidente se produce casi siempre de una manera inesperada, sin prodromas y á veces sin una causa apreciable, que lo justifique; pero en otros casos, se puede comprobar la existencia de una cualquiera de las causas que hemos citado á propósito de la etiología de la abertura en los bronquios.

La sintomatología de las rupturas pleurales es bastante parecida á las bronquiales: el enfermo experimenta un dolor atroz, acompañado de una disnea intensa y si una vómica característica ó una erupción de urticaria no vienen á darnos razón de estos fenómenos es muy difícil establecer el diagnóstico. A estos síntomas se agregan después los correspondientes á las complicaciones pleurales que se habrán producido.

Complicaciones.—Entre las complicaciones indudablemente la más común es la supuración, tanto que Behr la considera como un período en la evolución normal de los hidátides pulmonares y agrega que, si en algunos casos, el líquido no está infectado, hay con seguridad periquistitis. No todos comparten la opinión de este autor, pero se está de acuerdo en afirmar que, comparados con los quistes

de los demás órganos, estos son los que supuran con más frecuencia.

Son los brónquios los que sirven de vehículo á los agentes piógenos, ya ofreciéndoles un camino directo hasta la periquística, ya propagando por continuidad ó contigüidad una lesión aguda de que ellos están atacados. A más debemos agregar, todas las afecciones pulmonares sean agudas ó crónicas, que contribuyen al desarrollo de la periquistitis.

Una punción exploradora, aunque sea hecha en las mejores condiciones de asepsia, puede tambien provocar la supuración del quiste, transportando hasta su cavidad, los microorganismos que encuentra en su trayecto intra-cutaneo é intra-pulmonar.

La periquistitis no quiere decir que fatalmente deba supurar el hidátide; para ello es necesario que la membrana germinal (filtro perfecto cuando no está alterada y que no deja pasar sino los líquidos y las substancias disueltas) por la acción de las toxinas concluya por hacerse porosa, en cuyo caso los microorganismos la atraviesan fácilmente.

Supurado el quiste todos los síntomas aumentan de intensidad, la fiebre aparece y el estado general se agrava notablemente.

Urticaria.—Esta manifestación cutánea puede producirse en cualquier momento de la evolución de los hidátides (Bezou) pero lo común es que ocurra

después de la ruptura del quiste. Muchas veces una simple punción basta para determinarla.

No son aún bien conocidas las causas que provocan esta dermatosis; para algunos es la consecuencia de la acción irritante del líquido, cuando se pone en contacto con la pleura. Debove que ha hecho experiencias y ha obtenido el desarrollo de urticaria en dos sujetos, á quienes había inyectado previamente líquido hidático filtrado, dice que es una neurotóxia, originada por un agente tóxico indeterminado que hay en el líquido y que puede producirla, penetrando en la circulación general, ya sea directamente ó por intermedio de una serosa ó del tejido celular.

Agregaremos que la urticaria, sirve como signo diagnóstico en casos difíciles, como por ejemplo, cuando tenemos por delante un neumotorox cuya causa no se conoce.

Otras complicaciones.— En el curso de la evolución de los quistes pulmonares se suelen producir pleuresías, bronquitis, neumonias, bronconeumonias, gangrena, pero sobre todo las dos primeras. Respecto á su relaciòn con los quistes, en unos casos, son simples coincidencias, en otros, es indudable que aquel obra camo causa predisponente·

Producida la complicación, aparte de que agrava el estado general, porque agrega sus síntomas pro-

pios á los del equinococus, favorece la supuración de la bolsa.

Bouyer, considera la coexistencia de hidátides y tuberculosis, como una coincidencia, sin embargo, la observación de Habershon, prueba de una manera irrefutable, el papel importante que el quiste desempeña, en algunos casos, como punto de atracción para el bacilo de Koch. En la autopsia del enfermo, sujeto de la observación citada, se encontraron todos los tubérculos localizados alrededor de la adventencia.

DIAGNÓSTICO

En el estudio de las afecciones que con más frecuencia dan lugar á confusiones con los quistes, se destacan por su importancia, la tuberculosis y los derrames pleurales.

Los errores se cometen fácilmente, en aquellos países donde los hidátides son relativamente raros. Sucede lo contrario en las localidades en que por la abundancia de equinococus, el médico los tiene siempre presente, circunstancia que le permite diagnosticarlos á menudo. Es lo que pasa entre nosotros, así como en Australia y Argelia. En Islandia la tuberculosis es tan rara que Finsen considera á las hemóptisis como un síntoma casi seguro de quiste.

Después de pasar en revista las enfermedades con las que hay que distinguirlos con más frecuencia, hablaremos de algunos medios de diagnóstico

especiales, que en muchos casos dan indicaciones de gran utilidad.

En los quistes abiertos, encontramos en la vómica, elementos suficientes para confirmar el diagnóstico, pero los cerrados, presentan muchas veces grandes dificultades y solo el exámen detenido del sujeto y el estudio comparativo de los síntomas nos permiten despistarlos.

Damos á continuación una serie de cuadros con los caracteres diferenciales que los separan de varias afecciones.

TUBERCULOSIS	HIDÁTIDES
1°—Importancia de los antecedentes hereditarios ó de la presencia de manifestaciones bacilosas en los colaterales.	— Sin importancia.
2°—Frecuente en los habitantes de ciudades.	—Mas común en los campesinos sobre todo entre los que manejan ganado.
3°—Estado general malo y enflaquecimiento precoz.	—Estado general bueno.
4°—Se localiza con preferencia en el vértice izquierdo y frecuentemente hay lesiones bilaterales.	—Predilección por las bases, sobre todo la derecha; las localizaciones dobles son raras.
5°—Fiebre y sudores nocturnos.	—No hay, á menos que no exista alguna complicación.
6°—Depresiones marcadas de los huecos supra é infraclavicular.	—Saliencia difusa ó circunscripta a nivel del quiste.
7°—Vibraciones vocales conservadas ó aumentadas.	— Disminuidas ó abolidas.
8°—Ruidos respiratorios variables en relación con la lesión.	— Silencio respiratorio cuando el hidátide es superficial.
9°—Bacilos de Koch en los esputos.	

En fin, diremos como Dieulafoy, que « en un in-« dividuo atacado de hemóptisis repetidas y en el « cual nada permite sospechar, ni la tuberculosis, ni « la aspergilosis, ni la bronquectasia, se debe pensar « ante todo en quiste hidático del pulmón. »

Cuando, como suele suceder, las dos afecciones coexisten las dificultades de diagnóstico aumentan y es necesario estar prevenido para deslindar lo que pertenece á una y á otra.

DERRAMES PLEURALES	HIDÁTIDES
1° — Antecedentes patológicos anteriores (tuberculosis, neumonia).	—Sin importancia.
2° Comienzo brusco, con escalofríos. fiebre y puntada de costado bien localizada.	—Evolución lenta, apirética y cuando hay dolores frecuentemente son con irradiaciones.
3°—Ausencia de hemóptisis.	—Hemóptisis frecuentes.
4°—Dilatación difusa del torax.	—Abovedamiento circunscripto.
5°—La matitez cambia de forma con los movimientos del enfermo.	—Matitez invariable.
6°—Broncofonia y egofonia.	—No hay ni una ni otra.

Con la pleuresia interlobar y la enquistada el diagnóstico es muchas veces imposible tanto más si el quiste es supurado; en estos casos podemos guiarnos por los antecedentes (pleuresias anteriores, neumonia, infección puerperal, si se trata de pleuresía) ó bien buscar en el exámen de la sangre y en la radioscopia datos positivos ó negativos que vengan á sacarnos de duda. De todas maneras las di-

ficultades siempre son grandes y se han cometido errores aún después de punzar como en una observación de Delbet.

CÁNCER	HIDÁTIDE
1.°—Sujetos viejos, rara vez en los jóvenes (sarcoma).	—En cualquier edad pero menos frecuente en los viejos
2.° — Dolor gradualmente creciente y en forma de puntadas.	—En general no es precisamente dolor sino mas bien una sensación de molestia ú opresión.
3.° Desarrollo venoso toráxico.	— Se observa pero no es común.
4.° — Vibraciones aumentadas.	—Disminuidas ó abolidas.
5.°—Marcha rápida y caquexia precoz.	— Marcha lenta.
6.°— Expectoración característica, jalea de grosella	

Los aneurismas de la aorta, que podrían confundirse con los quistes que se desarrollan en las porciones superiores del pulmón, se caracterizan por ser tumores pulsátiles, con latidos distintos á los del corazón.

Cuando ya se ha diagnosticado el quiste, si está situado en la base del pulmón derecho, hay que distinguirlo de los de la cara convexa del hígado, antes y después de la abertura en los brónquios.

ANTES DE LA RUPTURA

QUISTE HEPÁTICO	QUISTE PULMONAR
1.° — Fenómenos gástricos, dispepsias, ictericia; algunas veces sensación de plenitud en el epigástrio.	—Ausencia de todos estos sín tomas.

QUISTE HEPÁTICO	QUISTE PULMONAR
2.º—Desaparición del relieve de las últimas costillas.	—Conservación de este relieve salvo en casos contados.
3.º—Fluctuación.	—No hay.
4.º—Descenso del hígado siempre pronunciado.	—El hígado también desciende pero no tanto como en los hepáticos.
5.º—La matitez se continúa sin interrupción desde el borde inferior del hígado hasta el límite superior del quiste.	—Salvo en los casos que la bolsa quística está en inmediato contacto con el diafragma hay siempre una zona de sonoridad que lo separa del hígado.
6.º—Ausencia de tos y hemóptisis.	—Tos y hemóptisis frecuentes.

DESPUÉS DE LA ABERTURA EN LOS BRÓNQUIOS

- Esputos verdosos y amargos debido á la bilis.	—Simplemente salados

Para terminar diremos algunas palabras sobre punción exploradora, eosinofilia y radioscopía por medio de las cuales, se pueden obtener buenos signos para el diagnóstico.

Punción.—La punción exploradora se ha usado mucho antes y se usa aún hoy aunque menos. Son por demás sabidos los peligros (infección y ruptura del quiste y á veces muerte del enfermo) que encierra su empleo, sin embargo, se sigue recurriendo á ella con más frecuencia de lo que dejaría entender la unanimidad con que se la condena. Y si nosotros la mencionamos es para condenarla una vez más y decir que solo puede emplearla el cirujano, como un

tiempo operatorio, después de haber abierto el torax, si quiere confirmar su diagnóstico; fuera de este caso debe proscribírsela en absoluto (Herrera Vegas y Cranwel).

Eosinofilia. — Se sabe que los vermes parasitarios producen con frecuencia una eosinofilia intensa en la sangre. Son muchos los investigadores que se han ocupado y estudiado este punto.

De todos estos trabajos, se desprende, que son sobre todo los equinococus los que más á menudo determinan eosinofilia y Memmi que la ha encontrado en 7 casos de quistes hepáticos y que ha podido reproducirla inyectando líquido hidático á varios animales dice que debe atribuírsela al producto de los intercambios orgánicos del parásito.

Tuffier y Milian le adjudican la misma importancia que el anterior porque solo en un caso sobre doce cometieron un error de diagnóstico.

También Salirazés pone de relieve el valor del exámen de la sangre, pero sus conclusiones se apartan algo de las de Memmi, Tuffier y Milian; para él los hidátides provocarían siempre una leucocitosis neutrófila y polinuclear é igualmente eosinofilia aunque menos acentuada.

Lemaire, de ocho observaciones pudo constatar el aumento de los eosinófilos en cinco de ellas.

En fin, para poder asignarle á este signo la impor-

tancia diagnóstica que se le atribuye, es necesario que el número de casos en que se haya practicado el exámen de la sangre, con un resultado positivo, alcance una cifra suficientemente grande como para que ya no quepa ninguna duda respecto á su valor.

Radioscopía y radiografía.—Los rayos Röntgen, aplicados á la cirujía pulmonar, han dado excelentes resultados, estableciendo unas veces y confirmando otras un diagnóstico hasta ese momento dudoso.

Los quistes hidáticos pulmonares han beneficiado de este descubrimiento tal vez más que cualquier otra afección del mismo órgano.

Las sombras que proyectan los hidátides en la pantalla son discoidales, bien limitadas y no solamente nos indican el punto donde están localizados, sino también su tamaño, permitiendo al mismo tiempo, distinguirlos de los de la cara convexa del hígado, cuando se trata de quistes de la base derecha.

Tuffier, sin embargo, hace notar que en algunos casos, la bolsa quística se deja atravesar por los rayos y no da ninguna sombra. Lemaire cree que esto solo sucede en circunstancias especiales, es decir tratándose de quistes de mediano volumen abiertos en los brónquios y que la poca esclerosis pulmonar existente, les permite retraerse lo bastan-

te, para que la radioscopía dé resultados negativos.

Las conclusiones que deben sacarse de este procedimiento de exploración, desde el punto de vista de la intervención quirúrgica, han sido muy bien expuestas por Tuffier en su estudio sobre radiografía en la cirujía pulmonar y nosotros no podemos hacer nada mejor que reproducirlas.

« 1.º Cuando la radiografía confirma los resulta-
« dos de la percusión y auscultación no tenemos
« sino que seguir sus indicaciones; ella nos da una
« seguridad más».

« 2.º Cuando sus resultados están en desacuerdo
« con los signos pleximétricos hay que atenerse á
« la radiografía y dirijirse hacia el punto obscuro
« que ella indica».

« 3.º Cuando la radiografía es negativa y sobre
« todo si la lesión está situada á la izquierda no
« hay que tenerla en cuenta y basarse sobre la per-
« cusión y auscultación; es probable que la sombra
« producida por el corazón impida ver las lesiones».

« 4.º Los rayos X pueden fallar en casos de
« quistes hidáticos vivos».

« 5.º No pueden indicarnos la multiplicidad de los
« focos cuando estos focos están muy acercados».

En cuanto á la técnica á seguirse, para el uso de los rayos y los principios fundamentales que deben tenerse en cuenta para el exámen radioscópico del

torax, resumiremos lo que ha dicho Beclère á este respecto.

Son condiciones indispensables para este autor: la mobilidad de la ampolla, el empleo del diafragma de plomo y la adaptación de la retina del observador.

La posición de pié es la mejor y debe mirarse al sujeto de frente, de espaldas, de costado y oblícuamente, variando cada vez la situación del tubo en relación con el punto que se observa.

La determinación y el fácil desplazamiento del rayo normal son indispensables para remediar á la deformación de las imágenes radioscópicas.

El ideal de la radiografía sería de poder, durante el exámen radioscópico, en el momento querido, substituir una placa á la pantalla.

TERMINACION Y PRONOSTICO

Librados á su evolución expontánea, en más de la mitad de los casos (55 %), los quistes terminan con la muerte del paciente. El resto de los enfermos cura, siguiendo procesos distintos.

Excepcionalmente cuando se trata de quistes pequeños y cerrados y el parásito ha muerto por cualquier causa, el hidatide se retrae degenera y se calcifica. (Limperopoulo). Este modo de curación solo lo citamos como curiosidad y nunca debe contarse con él.

Otras veces después de una ó un pequeño número de vómicas el quiste se vacia por completo y el enfermo se restablece en un tiempo relativamente corto; esta terminación, aunque incomparablemente más frecuente que la anterior, no es tampoco la regla.

Lo común es que después de la abertura, la cavidad se infecte, supure y después de una tempo-

rada, bastante larga á veces (hasta 2 años en una observación de Emparanza), y durante la cual el enfermo ha pasado por alternativas de mejoría y agravamiento, concluye por imponerse y vencer á la enfermedad.

La muerte sobreviene casi siempre, después de la ruptura, ya de una manera fulminante, por asfixia ó hemorragia, lo que es raro, ó bien lentamente agotado el enfermo por una supuración interminable, que lo lleva á la hecticidad y caquexia.

Antes de la abertura del quiste y en casos poco comunes de hídátides excesivamente voluminosos, la muerte ha sido la consecuencia de la asfixia lenta. Otras veces, la causa letal es una complicación ú otra enfermedad intercurrente pulmonar.

La muerte por síncope, se ha observado después de una punción, cuando el corazón estaba desviado.

De las consideraciones anteriores, se deduce el pronóstico, que como ha podido verse, es fatal en algo más de la mitad de los casos.

Pero hoy con los diagnósticos precoces y una oportuna intervención se le ha mejorado considerablemente hasta el punto que la mortalidad ha quedado reducida á solo un 8 %. (Herrera Vegas y Cranwell).

TRATAMIENTO

Mencionaremos el tratamiento médico, nada más que para decir, que hoy como en todo tiempo, no hay ningún medicamento, que tenga alguna acción decisiva sobre los equinococus.

Es pués al quirúrgico que debemos recurrir siempre que se desee obrar con provecho para el enfermo.

Dentro de este tratamiento es común ubicar la punción; ha sido muy usada antes, en forma de simple punción evacuadora ó bien con aspiracion y seguida ó no de inyecciones parasiticidas. En la actualidad, con el perfeccionamiento de los procedimientos operatorios, está casi totalmente abandonada, debido á los múltiples peligros que trae aparejados su empleo; sin embargo, hay aún algunos médicos, para quienes los accidentes ocurridos á

otros colegas más experimentados, son letra muerta y á los cuales solo consiguen convencer, los propios fracasos. Es lo que le ha pasado á Zirbelbach en un caso reciente. Se trataba de un sujeto, á quién después de habérsele hecho una punción exploradora, se le efectuó al día siguiente una evacuadora, extrayéndosele 1700 cc. de líquido. Inmediatamente todos los síntomas se agravan y el enfermo sucumbe nueve horas más tarde, en medio de fuertes accesos de disnea y de una notable elevación de temperatura.

No describiremos la técnica de los metodos operatorios más usados, porque ese estudio ya ha sido hecho con todo detalle en otros trabajos; baste decir, que se practica la simple resección costal, la toracoplastia de Delorme ó la de Posadas, modificación de la anterior. Esta última es la que más se usa entre nosotros. El Dr. Repetto en un quiste limpio practicó la toracotomía de Postemsky con éxito.

El tratamiento ulterior de los quistes infectados es el drenaje; en cuanto á los hidátides á líquido claro y aparentemente aséptico, no reabriremos aquí la eterna discusión sobre si deben ó no cerrarse.

Los partidarios de la oclusión sin drenaje consecutivo, la sostienen fundados en los buenos resultados que han obtenido y en que no vale la pena someter á los enfermos á una convalescencia larga,

porque es inútil y á veces perjudicial. Sus contrarios, la rechazan, diciendo entre otros argumentos, que el líquido aún siendo transparente, cristal de roca, puede contener microorganismos piógenos (Viñas) y que por otra parte los resultados están lejos de corresponder á las esperanzas de sus defensores (Ferri).

Lo cierto es que hoy la abertura con drenaje reune mayor número de adeptos. Sin embargo creemos, que antes de sentar un juicio difinitivo, sobre el valor comparativo de los dos procedimientos, será necesario que el número de casos tratados de una y otra manera llegue á una cantidad suficiente que permita pronunciarse con fundamentos en favor de uno de los dos.

Quenu, basado en los estudios de Dèvè, ha practicado en quistes hepáticos, el cierre inmediato pero con algunas modificaciones. Antes de abrir, lo punza, extrae una cierta cantidad de líquido y lo substituye con una solución de formalina al 1 $^{o}/_{o}$; cinco minutos después, incinde la cavidad, evacúa líquido y membranas y la cierra definitivamente. El autor ha obtenido buenos resultados en tres casos y nosotros pensamos que podría ensayarse su aplicación en quistes pulmonares limpios.

Antes de terminar con tratamiento, diremos algunas palabras sobre el neumótorax operatorio y experiencias que se han hecho últimamente, con el objeto de

subsanar sus inconvenientes ó mejor dicho evitarlo por completo.

El neumotorax se produce, porque al abrir la pleura, la presión negativa que hay dentro de esta cavidad, se iguala á la atmosférica y entonces el pulmón, cediendo á sus fibras elásticas se retrae hácia el hilio.

Las consecuencias graves y á veces fatales que resultan, no se deben á la falta de funcionamiento del pulmón retraido, sino á que los vasos del órgano en colapso se dilatan y derivan hácia ellos toda la sangre del corazón derecho, de donde resulta la anemia del pulmón sano, alteración consecutiva de la hematosis y la muerte por asfixia (Sauerbruch).

Siempre ha sido el neumotorax un gran inconveniente en esta clase de intervenciones, por eso es que en todo tiempo, se han puesto en juego procedimientos, más ó menos artificiosos tendientes á evitarlo. Se ha recurrido á la igni y acupuntura, electrólisis, cáusticos, etc. etc., previos, pero ninguno de esos recursos ofrece garantías suficientes, razón por la que, su uso no consiguió generalizarse.

Delorme propuso el arponamiento, que ha dado muy buenos resultados.

Tuffier, fundado en el fácil desprendimiento de la pleura parietal, preconizó las intervenciones extra-leurales. Vistos sus inconvenientes, pués la pleura

no se desprende tan fácilmente y por otra parte la exploración á través de las dos hojas es sumamente engorrosa, el mismo autor abandona su primitiva idea y se propone llegar al mismo fin administrando el cloroformo bajo presión.

Este primer paso, en lo que se ha llamado método fisiológico para evitar el neumotorax, fué seguido por Sauerbruch, Brauer y Petersen que inventaron aparatos, en los cuales durante la anestesia, el enfermo respira en un ambiente que excede de 7 á 10 mm. á la presión atmosférica; de esa manera el vacío pleural queda neutralizado y el pulmón no se retrae.

Más tarde Sauerbruch, fundado en los trastornos circulatorios que podría producir, abandona el método del exceso de presión y estimulado por Miculicz sigue estudiando el punto hasta inventar su cámara neumática.

El principio del aparato de Sauerbruch es el siguiente: el enfermo respirando en el medio ambiente, si se consigue encerrar todo su cuerpo ó por lo menos el torax en una atmósfera con 10 mm. de presión inferior á la atmosférica, abierta la pleura el pulmón no tendrá porqué retraerse.

Se han hecho á la cámara neumática dos objeciones, que algunos consideran fundamentales, pero á las que no debe atribuirse, á nuestro juicio, sino un valor relativo. Según la primera se trata de un

aparato voluminoso, no transportable y de un precio exorbitante, lo que hace, que solo podría usarse en los hospitales ó sanatorios, de donde, solo un número limitado de enfermos podrían gozar de sus beneficios. Ante esta objección se nos ocurre una simple pregunta: ¿por numerosos que fueran los enfermos que no pudieran aprovecharlo, es esta acaso una razón para privar á los demás del goce de todas sus ventajas?

La segunda objección la formula Delacour. Para este autor se trata de « un aparato maravillosamente construido y que hace honor á su inventor », pero en fin de cuentas es una máquina y como tal susceptible de descomponerse. Perfectamente, es muy cierto. Pero, supongamos por un momento que ese accidente sobrevenga en medio de una operación. ¿Qué sucederá? Pués, ni más ni menos, el enfermo quedará en las mismas condiciones, como si el aparato no hubiera existido y entonces se recurriría á los procedimientos que el mismo Delacour aconseja, es decir, atraer el pulmón á la brecha operatoria y evitar así los efectos del colapso.

En el párrafo anterior, hemos citado á Delacour como un adversario del método fisiológico, lo que deja suponer que él también tendrá su procedimiento contra los inconvenientes del neumotorax. Pero, á la inversa de los demás, no busca evitarlo, sino que

lo deja producirse de una manera lenta y gradual. Opera de la manera siguiente: preparado el enfermo, como para intervenir, hace suspender momentáneamente el cloroformo y abre una pequeña brecha en el torax de uno á dos centímetros, vigilando cuidadosamente la respiración; si sobreviene algún accidente obtura la herida durante un momento. Cuando el pulmón está del todo retraído hace su toracoplastia y si en el curso de la operación, la respiración se irregulariza, atrae el pulmón hácia la herida.

Delacour dice que con este medio tan sencillo ha podido efectuar las más complicadas operaciones toráxicas.

En el último congreso de cirujía de París, Vidal vuelve sobre la cuestión y aún reconociendo el valor de ciertos procedimientos, los propuestos por Delacour, Delorme, la sutura pleuro-pleural y la aspiración del aire residual, no puede menos que pronunciarse en favor del método fisiológico. Considera como el ideal la concepción de Sauerbruch pero se declara partidario decidido del procedimiento Tuffier-Hallion-Brauer, del exceso de presión, apoyándose en las consideraciones siguientes que reproducimos textualmente.

« a—Desde el punto de vista fisiológico considero « los dos métodos como en un todo equivalentes á pesar

« de lo que hayan podido decir los *vacuistas* encarni-
« zados.

« b—Desde el punto de vista quirúrgico, doy la
« preferencia al principio del exceso de presión. El
« porvenir le pertenece, porque requiere una prepara-
« cion más simple, que se la puede aún, como yo lo
« hice, improvisar casi en cualquier parte; seguiré
« siendo durante mucho tiempo sin duda un *com-*
« *presista* convencido ».

Con esto damos por terminada esta monografía y si nos hemos permitido una pequeña disgresión es porque el neumotorax está íntimamente ligado á los quistes del pulmón.

ALBERTO BERISSO.

OBSERVACION I

(*Resumen*)

Servicio de cirujía del doctor Herrera Vegas

Quiste hidátidico del pulmón izquierdo. Toracoplastia de Posadas. Abertura y drenaje. Curación.

Félix B. D.... 9 años, argentino, entra al Hospital de Clínicas, Sala 6ª, el 10 de Mayo de 1903.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Los padres lo traen al servicio porque han notado que desde hace año y medio se está enflaqueciendo y le sobreviene disnea al menor esfuerzo.

Estado actual. Inspección. — Es un niño bien constituido, mucosas algo pálidas. La región axilar izquierda está abovedada y los movimientos respiratorios son menos pronunciados que del lado opuesto.

Palpación. — Torax. Vibraciones toráxicas disminuidas en la axíla izquierda. Conservadas en todo el resto. La punta del corazón late en la línea para-esternal izquierda.

Percusión. — Torax. Pulmón derecho, sonoro en toda su extensión. Pulmón izquierdo, sonoro en el vértice pero al llegar á la 3ª costilla aparece una matitez acentuada en la región axilar y de forma redonda. El cuarto inferior de este pulmón vuelve á estar libre y el espacio de Traube conservado.

Auscultación. — Torax. Lado derecho, nada que llame la atención.

Pulmón izquierdo. El murmullo vesicular está normal en la base y en la gotera posterior de ese lado; un poco reforzado en el vértice y casi abolido por debajo de la axíla.

Los demás órganos no presentan nada digno de mención.

Diagnóstico.—Q. H. cerrado del pulmón izquierdo.

Operación.—Se interviene el 17 de Marzo. Toracoplastia de Posadas á nivel de la región antero-lateral izquierda del torax. Vaciado y secado el quiste se deja un tubo de drenaje que se retira á los quince días.

El 12 de Abril se da de alta completamente sano.

OBSERVACIÓN II

(Resumen)

Servicio de cirujía del doctor Herrera Vegas

Dos quistes hidátidicos, uno en cada pulmón. Uno de ellos abierto en los brónquios. Toracoplastia de Posadas. Abertura y drenaje. Curación.

Manuel P...., 13 años, español, entra al Hospital de Clínicas, Sala 6ª, el 15 de Septiembre de 1903.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedaa actual.—En Diciembre próximo pasado, en medio de accesos de tos empezó á expectorar sangre roja y espumosa; al mismo tiempo tuvo fiebre, pérdida de apetito y dolores en todo el cuerpo, que le duraron cuatro días. Las hemóptisis, aunque poco abundantes, han continuado hasta ahora, pero con intermitencias, llegando á pasar varios días sin tenerlas.

En Enero sufre un traumatismo: se cae de una altura de seis metros; no tuvo consecuencias en relación con su enfermedad.

Hacen tres meses siente una puntada en el costado izquierdo á nivel del espacio de Traube; al principio era un dolor localizado, pero después se irradió sucesivamente hacia la región precordial y al

hombro del mismo lado; al poco tiempo desapareció. Más ó menos en la misma época, empieza á padecer disnea de esfuerzo.

Desde un mes á esta parte se le hinchan los piés.

El estado general ha sido bastante bueno; no ha enflaquecido.

Estado actual. Inspección. — Es un chico bien desarrollado y que no presenta ninguna particularidad visible que llame la atención.

Palpación.—Torax. Las excursiones respiratorias están algo disminuidas del lado izquierdo. El choque de la punta se palpa en su sitio normal. Las vibraciones toráxicas, están abolidas á la izquierda, en la parte inferior de la cara posterior; á la derecha están disminuídas en la región axilar.

Percusión.—Torax. Sonoridad normal en casi toda su extensión salvo en dos puntos; matitez, absoluta en una zona redondeada en la parte posterior del pulmón izquierdo y submatitez en la axíla derecha, donde se nota un aumento de resistencia.

Auscultación.—En las regiones donde hay abolición ó disminución de vibraciones y matitez el murmullo respiratorio no se siente ó á apenas se le percibe. Insuficiencia mitral.

Rayos X.—El pulmón izquierdo proyecta en la pantalla una sombra perfectamente redondeada. La axíla derecha da una sombra de forma romboidad.

Estado general. — El enfermo tiene fiebre y expectoración muco-purulenta. Se hace exámen de esputos averiguando la existencia de bacilos de Hoch y resulta negativo.

Diagnóstico.—Q. H. cerrado de la base del pulmón izquierdo. Q. H., abierto en los brónquios, del derecho.

Operación. — Colgajo en U con la base dirigida hacia la columna vertebral y cuyo borde anterior llega á dos dedos de la matitez cardíaca; se abarcan dos costillas. Levantado el postigo se cae en un quiste, que abierto, da salida á un líquido turbio; extraida la membrana geminativa y efectuada la limpieza de la cavidad se resuelve drenar en vista del aspecto del líquido.

Al día siguiente se produce un neumotorax que desaparece 4 días después.

Un mes después de su entrada al hospital se le da de alta completamente sano.

OBSERVACIÓN III

(Resumen)

Doctor R. Roccatagliata

Quiste hidático del pulmón derecho. Toracoplastia de Posadas. Abertura y drenaje.

Luis C....., italiano, 38 años, casado, entra al Hospital Rawson, sala 4.ª, el 29 de Noviembre de 1903.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hacen tres meses, después de varios accesos de tos tuvo vómitos constituídos por un líquido amargo. Al mismo tiempo experimenta cefalalgías y un dolor al nivel del sacro.

Los vómitos desaparecieron hasta el día de hoy, pero las cefalalgias y el dolor sacro continúan así como la tos seguida de expectoración sanguinolenta que después se hace purulenta. Obligado por sus dolores guarda cama durante 15 días y como no experimentara mejoría decide dejar el campo y venir á la ciudad donde entra al Hospital Rawson en el siguiente:

Estado actual.—Sujeto con musculatura bien desarrollada y en buen estado de nutrición. La toracometría da 2 centimetros más para el hemitorax derecho á la altura de los 2.º y 4.º espacios intercostales.

Palpación.—Vibraciones exageradas en las regiones supra é infraclavicular derechas. De allí van disminuyendo hasta desaparecer completamente á la altura del 4.° espacio intercostal. Desde ese nivel vuelven á ser normales.

Percusión.—Submatitez en la fosa supraclavicular que desciende haciéndose más y más obscuro el sonido hasta llegar al 2.° espacio intercostal donde es francamente mate hasta el tercero; de allí se vuelve submate. Esta zona obscura alcanza, por delante, hasta un través de dedo por fuera del esternón y por detrás á un través de dedo de la linea axilar anterior.

Auscultación.—En la fosa infraclavicular derecha y muy cerca de la clavícula hay soplo inspiratorio y expiración prolongada; el soplo va pronunciándose hasta el 2.° espacio intercostal donde se oye soplo cavitario inspiratorio y expiratorio. En el 3.° y 4.° empieza á oirse el murmullo vesicular para hacerse claro en el 4.° espacio. La auscultación de la voz es exagerada debajo de la clavícula y más aún á nivel del 2.° y 3.° espacio donde hay pectoriloquia áfona.

Corazón y aparato circulatorio: Nada de anormal.

Hígado grande: Se palpa á cuatro travesas de dedo por debajo del reborde costal. No es doloroso á la percusión.

Bazo grande.

Diagnóstico. — Q. H. del P. D. abierto en los brónquios.

Enero 17 de 1907.—*Operación:* Taracoplastia de Posadas abarcando las tercera y cuarta costilla. Se incinde dos buenos traveses de dedo de parenquima pulmonar y se llega á la cavidad del quiste. Sale pus, Se seca, limpia y drena.

Enero 18: Grandes dolores é inquietud. Anoche esputos hemoptóicos. Hoy está tranquilo pero sigue la expectoración sanguinolenta. Se le administran XXX gotas de digitalina.

Enero 20: Siguen las hepmó tisis. Se le recetan píldoras de ergotina, tanino y opio.

Enero 24: Estado general bueno. Continúa la expectoración ganguinolenta.

Enero 26: Ha disminuido la expectoración en cantidad y número.

Enero 31: No hay tos ni expectoración.

Febrero 29: Reaparecen las hemóptisis. Vuelven á dársele píldoras de opio, tanino y ergotina y una bebida con cloruro de calcio.

Marzo 28: Excelente estado de nutrición, tos escasa, buen apetito; el enfermo se siente con fuerzas. Se le da de alta en vías de curación.

OBSERVACION IV

(Resumen)

Servicio de cirujía del Dr. Herrera Vegas

Quiste hidático del pulmón derecho. Toracoplastia de Posadas. Abertura y drenaje. Curación.

Juan M. L...., 7 años, argentino, entra al Hospital de Clínicas sala 6ª, el 18 de Abril de 1904.

Antecedentes personales. - Ha vivido siempre en el campo.

Enfermedad actual. --Desde hace un año ha enflaquecido un poco. Tiene disnea de esfuerzo y de cuando en cuando, algunas pequeñas hemóptisis. Ultimamente después de algunos días de fiebre y escalofríos arroja por una vómica, como un vaso de líquido turbio, fétido y con membranas.

Estado actual. — Inspección. — Chico de buena constitución, ligeramente pálido. Ninguna otra particularidad que llame la atención.

Palpación.—Vibraciones abolidas en el lado derecho desde la 2ª costilla hácia abajo y desde el borde del esternón hasta la línea axilar posterior. Normales en todo el resto.

Percusión.—Matitez por detrás, en el vértice derecho, que sigue en la axila y persiste hasta por

debajo de la 2ª costilla. Base libre; sonidos percutorios normales en el resto del torax.

Auscultación.—En la zona donde hay matitez y ausencia de vibraciones, no se oye el murmullo vesicular y en su lugar se percibe un soplo expiratorio con rales de gruesas burbujas.

Rayos X.—Zona circular obscura á bordes esfumados á nivel de la matitez.

Diagnóstico.—Q. H. del P. D. abierto en los brónquios.

Operación.—El 18 de Abril. Colgajo de Posadas comprendiendo la tercera y cuarta costilla y pasando su borde anterior sobre los cartílagos costales. No es necesario arponar porque la pleura está íntimamente adherida al quiste, lo que permite hacer una ámplia incisión en la bolsa, siguiendo la dirección de las costillas. Sale gran cantidad de líquido y membranas fragmentadas y masceradas. Se pone el enfermo pendiente con la herida hácia abajo para facilitar la total evacuación del quiste. Secada bien la cavidad se coloca como drenaje un tubo de vidrio y después de resecada una costilla, se sutura el colgajo.

24 Abril: Se retira el tubo y durante tres días se coloca como drenaje una mecha sub-cutánea.

4 de Mayo: El chico es dado de alta sano.

OBSERVACION V

(Resumen)

Dr. R Roccatagliata

os quistes hidáticos del pulmón derecho. Toracoplastia de Posadas. En uno, oculsión definitiva, en el otro, abertura y drenaje. Curación.

Aurelia A...., 24 años, argentina, casada, entra al Hospital Rawson el 15 de Octubre de 1904.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hacen dos años y medio más ó menos siente una puntada en el costado derecho que se localiza en la parte dorsal, por debajo del omoplato. Era bastante intensa, pero sin irradiaciones. Poco después aparece otra por delante, en la línea mamilar á la altura del 3er. espacio intercostal. Estos dolores se acompañaban de disnea diurna y nocturna que aumentaba con el esfuerzo. La enferma perdió el apetito y enflaqueció. Sigue así, hasta cinco ó seis meses después, que se le efectúa una punción en el 2º esp. interc. derecho (aún conserva la cicatriz) extrayéndosele unos 200 grs. de un líquido citrino. En el momento que salía el líquido se le produjo una hemóptisis. Los dolores desaparecieron, pero en los días siguientes tuvo tos con expectoración sanguinolenta.

Dos meses después reaparece la puntada por delante y se acentúa la anorexia, y con alternativas de mejoría y agravación sigue así hasta que hace más ó menos un año entra en el Hospital Norte.

En dicho hospital le efectúan una operación toráxica en busca de un quiste cuya existencia se sospechó, pero como no se le encontrara se vuelve á cerrar la herida. Después de tres meses de permanencia en ese hospital sale con un trayecto fistuloso y en ese estado entra el 15 de Octubre de 1904 al hospital Rawson.

Estado actual.—Buena constitución. Mucosas algo anemiadas.

Torax simétrico, tipo respiratorio costal superior. Por debajo de la mama derecha hay una cicatriz de 20 cents. de largo que se extiende desde el borde del esternón hasta la línea axilar anterior; á este nivel hay una fístula que sangra.

Palpación.—Donde está la cicatriz falta un trozo de costilla. Vibraciones algo disminuidas solamente en el vértice derecho. El choque de la punta en el 5º espacio intercostal, línea mamaria izquierda.

Percusión y Ascultación. — Lado izquierdo normales. Lado derecho, cara anterior: sonoridad exagerada y murmullo vesicular conservado en la fosa supraclavicular. A partir del 2o. espacio intercostal el sonido se obscurece hasta hacerse mate en el 3o.,

desde donde la matitez continúa hasta el hígado. Desde el 2o. espacio intercostal hasta el límite hepato pulmonar se oye el murmullo vesicular muy alejado. Cara posterior: submatitéz dos traveses de dedo por debajo del ángulo del omóplato; en el resto hasta la base matitez absoluta. En la parte superior soplo expiratorio y en el resto silencio respiratorio.

Rayos X. — El pulmón derecho proyecta en la pantalla dos sombras; una, la inferior más pequeña es discoidal y está bien limitada, la otra, algo más grande es redondeada y á borde esfumados.

Operación.—Toracoplastia anterior comprendiendo dos costillas, las dificultades de la exploración producidas por adherencias consecutivas á la intervención anterior, hicieron que se resecara una tercera costilla. Es necesario incindir 2 1/2 á 3 ctms. de pulmón para llegar al quiste, el cual después de abierto se seca y drena. Explorando el resto del pulmón se encuentra en la base un pequeño quíste limpio que se cierra sin drenaje.

La enferma tuvo un aborto cuatro días después de operada y se le produjo una gran hemorrágia. A los 50 dias de operada se le da el alta y sale curada.

Ha sido vista hace una semana y ha seguido perfectamente.

OBSERVACIÓN VI

(*Resúmen*)

Dr. R. Roccatagliata

Quiste hidático del pulmón derecho. Toracoplastia de Posadas. Abertura y drenaje. Curaciòn

Bernardo L..., argentino, 49 años, viudo entra al hospital Rawson el 18 de Noviembre de 1904. Sala XI.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Empieza hacen dos años; después de un traumatismo en el torax del lado derecho siente un dolor en esa región; el dolor sigue, expontáneo, exacerbándose con los movimientos respiratorios. Tiene tos y expectoración sanguinolenta.

19 Octubre 1903.—Tuvo una hemóptisis muy abundante (3 litros?) Después sigue con su tos y expectoración sanguinolenta.

24 Septiembre 1904.—Nueva hemóptisis, abundante también, pero no tanto como la anterior. Se le somete á tratamiento médico con resultado negativo. Continúa con tos, expectoración sanguinolenta y dolores.

16 Noviembre 1904.—Tercera hemóptisis, acompañada esta vez de una regular cantidad de un líquido amarillento (2 litros según el enfermo).

Nunca arrojó membranas y desde el principio de

su enfermedad, aunque conservando el apetito, ha disminuido 20 kilos.

Estado actual.—A simple vista no presenta nada digno de mención.

En el pulmón derecho y por delante hay una zona de matitez que empieza en el 4º espacio intercostal y desciende hasta confundirse con la matitez hepática. El límite con la sonoridad pulmonar es una línea con convexidad superior. A nivel de la región mate las vibraciones y el murmullo respiratorio están abolidos.

El resto del pulmón derecho y todo el izquierdo, normales.

Rayos X.—En la base del pulmón derecho se vé una sombra redondeada que se confunde por debajo con la que proyecta el hígado.

Se diagnóstica un Q. H. de la base del P. D.

Operación: Toracoplastía de Posadas. Vistas las adherencias pleurales que hay, no se hace arponaje. Se incinde y después de atravesar cierto espesor de parenquima escleroso y muy duro, se llega á un enorme quiste, lleno de un líquido turbio y membranas muy friables. Se seca, marzupializa y drena.

A los tres meses sale de alta, sanado.

OBSERVACIÓN VII

(Resúmen)

Servicio de cirujía del Dr. Herrera Vegas

Quiste hidático del pulmón derecho. Toracoplastia de Posadas. Abertura y drenaje. Curación.

Sara O..., 12 años, argentina, entra al Hospital de Clínicas, sala 6ª, el 14 de Abril de 1905.

Antecedentes personales: Hacen próximamente tres meses cayó en cama, donde permaneció más ó menos 15 dias con fiebre, insomnio y anorexia. Viene al hospital, se diagnóstica una pleuresía derecha, se punza y es dada de alta mes y medio después con tos y un poco de dolor en el costado derecho que aumentaba durante las inspiraciones profundas.

Enfermedad actual: Visto que el dolor y la tos continuaban, se decide á entrar nuevamente al hospital.

Estado actual: Examinada nuevamente se pudo limitar entre la cuarta y octava costillas derechas y entre la línea escapular y la axilar anterior, una zona donde había matitez, silencio respiratorio y ausencia de vibraciones. Además á ese nivel el tórax estaba manifiestamente abovedado.

La radioscopía, da en el pulmón derecho, un disco obscuro bastante bien limitado.

Se diagnóstica un Q. H. del P. D.

Operación: Colgajo de Posadas con la base en la línea axilar posterior y comprendiendo la 5ª y 6ª costillas derechas. Adherencias pleurales extendidas, se las incinde lo mismo que una pequeña porción de parénquina interpuesto y se llega al quiste. Abierta la cavidad sale líquido claro y una membrana con sitios endurecidos y focos amarillentos. Se produce una hemorragia un poco más abundante que por lo general pero sin consecuencias. Se seca y drena. Ocho dias después han desaparecido los signos cavitarios. Hubo que administrarle hiposulfito para combatir un poco de expectoración purulenta.

8 de Mayo: Sale de alta completamente curada. No hay tos ni expectoración. Sonoridad pulmonar y entrada de aire algo disminuidas del lado operado debido probablemente á fenómenos de exclerosis cicatricial. Abovedamiento toráxico desaparecido, amplitud de las respiraciones igual en ambos lados.

OBSERVACIÓN VIII

(Resúmen)

Servicio de cirujía del doctor Herrera Vegas

Quiste hidático del pulmón derecho.—Toracoplastía de Posadas.—Abertura y drenaje.—Curación.

Albino J...., 9 años, argentino, entra al Hospital de Clínicas, sala 6ª, el 6 de Septiembre de 1905.

Antecedentes personales.— Ha frecuentado mucho un perrito con el cual jugaba y dormía.

Enfermedad actual.—Desde hace un año los padres empiezan á notar que la salud del chico desmejora visiblemente, se resfría con facilidad, y se queja de un dolor interno en el hemitorax derecho. Desde hace algunos meses tiene una tos persistente casi siempre seca y cuando ha habido expectoración esta ha sido sin caracteres especiales. Nunca tuvo fiebre. Hacen dos días por primera vez aparecieron hemóptisis.

Estado actual.—A simple vista se constata inmediatamente un abovedamiento pronunciado en la mitad derecha del torax.

Palpación.— Excurciones respiratorias limitadas del lado derecho y las vibraciones del mismo lado están exageradas en la mitad posterior y superior, disminuidas en la mitad inferior y posterior y com-

pletamente abolidas donde existe la saliencia. El choque de la punta está situado un poco por debajo y por fuera del mamelón izquierdo. El borde inferior del hígado se palpa á un través de dedo por debajo del reborde costal.

En el pulmón izquierdo nada digno de mención.

Percusión.—Sonoridad normal en toda la extensión del pulmón izquierdo. Se limita bien el corazón excepto su borde derecho que es difícil de percutir. En el pulmón derecho la sonoridad está exagerada en toda la cara posterior, conservada en la fosa supraclavicular y substituida por matitez en el resto de la cara anterior. Los límites del espacio mate son redondeados y se extienden por delante hasta confundirse con el corazón, por debajo con el hígado y hácia atrás hasta la axíla.

Auscultación.—Lado izquierdo normal. Lado derecho ausencia de murmullo á nivel de la matitez y algunos rales medianos y gruesos diseminados en el resto del pulmón.

Rayos X.—El pulmón derecho á la altura de su parte media proyecta una sombra discoidal en la pantalla.

Diagnóstico.—Q. H. del P. D.

Operación.—Toracoplastia de Posadas. El colgajo se extiende desde el mamelón hasta la línea axilar posterior. El quiste está parcialmente adhe-

rido á la pleura. Previo arponaje se incinde dando salida á líquido cristal de roca. Se seca y drena con un pequeño tubo de vidrio de 2 centímetros de largo. Reposición del colgajo.

2 de Octubre.—Sale de alta completamente sano. El abovedamiento ha desaparecido. El pulmón á recuperado sus funciones pero en el lugar del quiste hay respiración ruda y ligeramente soplante.

OBSERVACIÓN IX

(*Resúmen*)

Doctor R. Roccatagliata

Quiste hidático del pulmón derecho.—Tracoplastia de Posadas. Abertura y drenaje.—Curación.

Anastasio V...., argentino, 29 años, soltero, peón de campo, ingresa al Hospital de Adrogué el 28 de Marzo de 1906.

Antecedentes personales.—Ha sido siempre peón de campo y ha frecuentado mucho los perros.

Enfermedad actual.—Hacen dos años más ó menos que empezó á sentir dolores en el hombro derecho. Dolores sordos, continuos y que se exasperaban con los movimientos bruscos. De cuando en cuando tenía accesos de tos sin expectoración.

Duerme con dificultad del lado izquierdo siéndole mucho más cómodo el decùbito dorsal ó la posición sentado.

Estado actual.—En el torax, lado derecho se vé una saliencia que no se mueve con las excursiones respiratorias. Está limitada por el reborde esternal, la linea axilar anterior y la 2ª y 6ª costillas. A nivel de esa zona saliente las vibraciones no se presentan, la percusión es sub-mate y hay silencio respiratorio. Por encima de ella así como por detrás del pulmón, los sonidos percutorios están aumentados de intensidad y el murmullo vesicular es algo rudo y reforzado. El hígado está descendido 4 trav. de dedos por debajo de las costillas.

Pulmón izquierdo normal.

Diagnóstico.—Q. H. del P. D.

Operación.—Toracoplastia de Posadas. Se encuentra un quiste supurado. Se abre seca y drena.

A los dos meses y medio es dado de alta sanado.

OBSERVACION X

(Resúmem)

Servicio de Cirugía del Dr. Palma

Quiste hidático del pulmón izquierdo. Toracoplastia de Posadas. Oclusión sin drenaje. Curación.

Operador: Dr. M. Sussini.

Genaro M....., argentino, 30 años, jornalero, entra en el Hospital San Roque, sala 14, el 4 de Julio de 1905.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hace próximamente un año comenzó á manifestarse por un dolor punzante localizado en la región interescapular izquierda. Poco tiempo después tuvo tos y esgarraba pequeñas cantidades de sangre; continuó en este estado hasta hace un mes que notó junto con el esputo sanguinolento pequeñas membranas de color blanco amarillento; otras veces en medio de accesos de tos eliminaba líquido incoloro ó teñido con sangre.

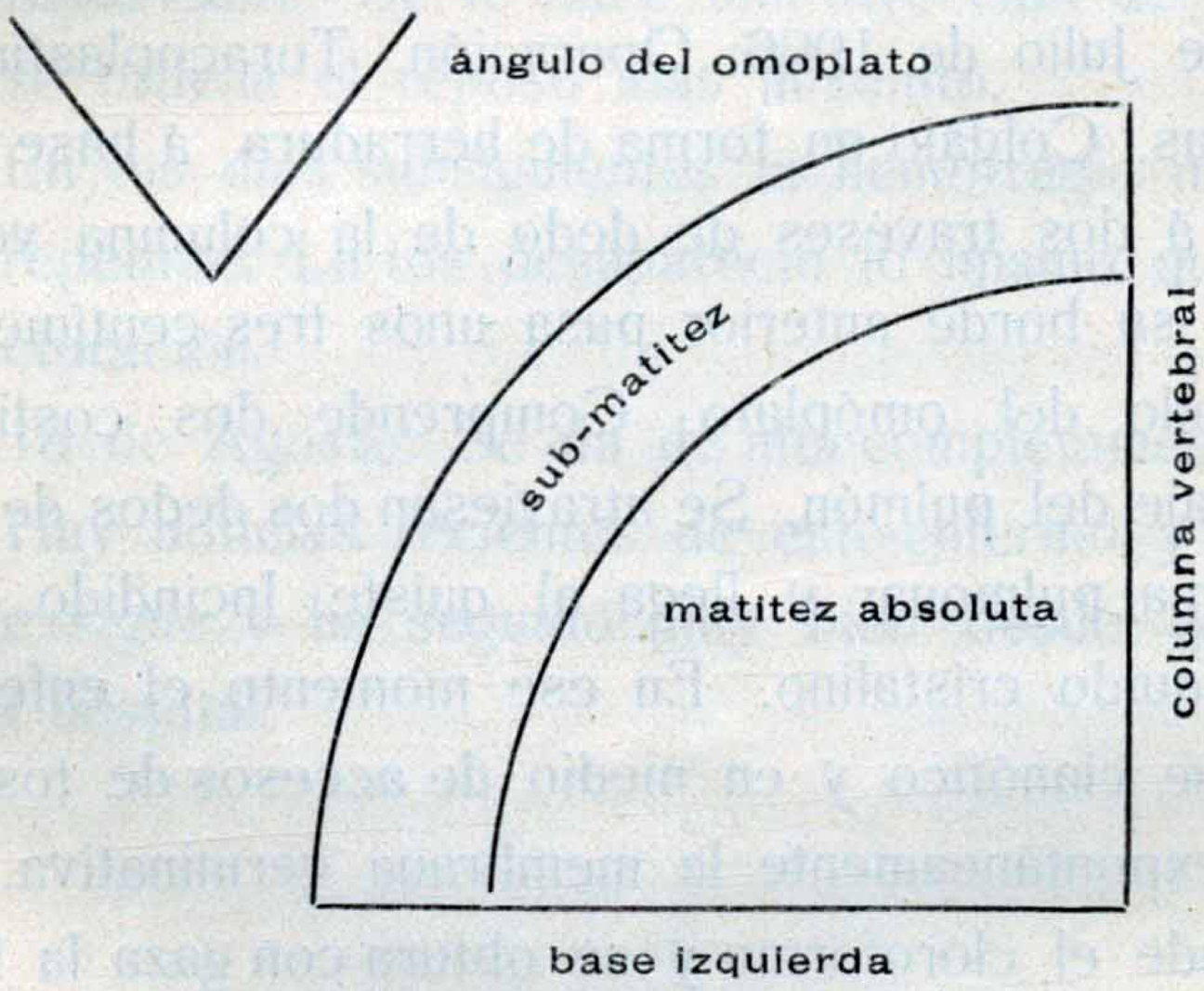
Todo esto no le impidió seguir sus ocupaciones.

Estado actual.—Inspección. Sujeto bien constituído, en regular estado de nutrición. En la parte postero-inferior del hemitorax derecho se observa una saliencia pronunciada.

Palpación. — Torax. Vibraciones conservadas en

casi toda su extensión, menos en una zona comprendida entre el ángulo del omóplato la columna vertebral y la base del pulmón izquierdo, donde están disminuidas ó totalmente abolidas.

Percusión.—Torax. Por detrás del pulmón izquierdo se percute una zona de matitez que se extiende



desde la 4.ª vértebra y el ángulo del omóplato hasta la base de ese lado. En la periferia de esa zona el sonido es sub-mate tal como lo indica el esquema.

En el resto del pulmón izquierdo y en todo el derecho los sonidos percutorios son normales.

Auscultación.—Torax. En el único punto donde el murmullo vesicular está disminuido ó abolido es

en la zona de matitez de que se habla más arriba. Disminuido á nivel de la faja sub-mate y abolido en la matitez absoluta.

Rayos X.—Revela una sombra del tamaño de un huevo de avestruz en la base izquierda, inmovil y como adherida á la columna vertebral.

Diagnóstico.—Q. H. del P. I. abierto en los brónquios.

4 de Julio de 1906: Operación. Toracoplastia de Posadas. Colgajo en forma de herradura, á base posterior á dos traveses de dedo de la columna vertebral y su borde anterior pasa unos tres centímetros al ángulo del omóplato. Comprende dos costillas. Arponaje del pulmón. Se atraviesan dos dedos de parénquima pulmonar y llega al quiste. Incindido deja salir líquido cristalino. En ese momento el enfermo se pone cianótico y en medio de accesos de tos elimina expontáneamente la membrana germinativa. Se suspende el cloroformo y se obtura con gaza la brecha operatoria hasta que se atenúan en gran parte los accidentes (cianosís, tos, espuma en la boca) que se produjeron al abrir la cavidad. Se limpia la bolsa con gazas que se manejan con una pinza pasando directamente del tambor á la cavidad y después de haber secado bien, se cierra definitivamente el quiste y se pone el colgajo.

4 de Julio á la tarde: Fiebre 39°, tos y esputos sanguinolentos.

8 de Julio: Desaparece la fiebre pero sigue la tos y los esputos hemoptóicos. Se le administran píldoras con opio y ergotina.

12 de Julio: Se cambia la curación; la herida sigue muy bien; se saca un pequeño tapón subcutáneo que se había dejado con fines hemostáticos. Al terminar la curación se produce *una hemóptisis considerable*. Se le hace una inyección de ergotina y se ordena el reposo más absoluto.

En los días subsiguientes la hemorragia no volvió á repetirse. La tos desapareció lo mismo que la expectoración.

18 de Agosto: Se da de alta completamente sano.

Hay noticias recientes de este enfermo y se sabe que sigue y ha seguido muy bien desde que salió del hospital.

OBSERVACIÓN XI

(*Resúmen*)

Servicio del doctor Palma

Quiste hidático del pulmón izquierdo. Toracoplastia de Posadas. Oclusión sin drenaje. En vías de curación. Operador: doctor Roccatagliata.

Manuel J...., español, 20 años, soltero, entra al Hospital San Roque, Sala 10ª el 3 de Diciembre de 1606.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hace 10 meses que se inicia su enfermedad con un dolor sordo y bien localizado en el hipocondrio derecho, que más tarde aumenta de intensidad irradiándose por detrás hasta el omoplato; y por delante hasta el esternón 3 meses después deja de trabajar porque en medio de accesos de tos se le produce una vómica eliminando 1/2 litro de un líquido claro. A los 10 minutos se repite la vómica acompañada esta vez de sangre.

No puede dormir en decúbito lateral derecho á causa del dolor. Desde sus vómicas la tos ha continuado con expectoración sanguinolenta.

Desde el principio de su enfermedad no ha perdido sino 6 kilos de peso. Fuera del día de la vómica no ha tenido fiebre.

11 de Febrero de 1907. *Estado actual. Inspección.* —Hemitorax izquierdo más amplio. Tipo respiratorio costo abdominal.

Palpación, percusiòn y auscultación.—Pulmón izquierdo normal. Pulmón derecho: hay una zona que se extiende desde el ángulo inferior del omóplato hasta la base, donde las vibraciones y el murmullo vesicular son á penas perceptibles y la percusión da matitez. En el resto del pulmón, la sonoridad, murmullo vesicular y las vibraciones están exageradas.

Rayos X.—En el pulmón derecho se ve una sombra redondeada en su parte inferior.

Diagnóstico.— Q. H. del P. D. abierto en los bronquios.

1.º de Marzo de 1907. *Operación.* — Toracoplastia de Posadas, temporaria, comprendiendo la 7ª y 8ª costillas derechas, con la base del colgajo á nivel de la linea axílar posterior. Arponaje del pulmón. Se incinde ampliamente. Sale líquido y membranas; estos son de un color verdoso y olor fade. Pulmón adherido en la parte posterior. Después de un secado prolijo y en vista de la claridad del líquido y que el enfermo nunca tuvo fiebre, se decide cerrar definitivamente el quiste, sin drenarlo. Reposición del colgajo 5 de Marzo. Sobreviene disneá intensa y elevación de temperatura. Se constata congestión pulmonar. Se le

aplican ventosas secas y se receta digital. 12 horas después la disnea y la temperatura cesan por completo.

10 de Marzo. —El enfermo sigue muy bien.

OBSERVACIÓN XII

(Resúmen)

Servicio de cirujía del doctor Herrera Vegas

Pleuresia purulenta en quistada neta-nemònica y quiste hidático del pulmón (lado izquierdo). Abertura y drenaje. Muerte.

Benigno P...., argentino, 15 años entra al Hospital de Clinicas. Sala 6ª el 9 de Enero de 1907.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales. — A los 6 meses un tranmatismo que le dejó un lencoma en un ojo. A los diez años varicela.

Enfermedad actual.— Hace un mes le apareció expontáneamente en el costado izquierdo un dolor, contínuo y que aumentaba á la presión y con los movimientos respiratorios. Poco después tiene tos y expectoración blanco-espumosa y á los 15 días se le producen con intervalo de horas dos fuertes accesos de aquella, acompañados de una abundante expectoración en los caractéres ya descriptos.

Actualmente la tos y expectoración, siguen y tiene algunos dolores en las piernas.

Estado actual.—Niño de escaso desarrollo muscular, muy delgado, con un tinte amarillo terroso. No hay gánglios aparentes. Conjuntivas bien coloreadas. Mucosa bucal pálida. Espacios supra é infraclaviculares é intercostales, deprimidos.

Palpación y percusión. — Pulmón izquierdo, por detrás: fosas supra é infraespinosa, sonoridad normal; á nivel de la 7ª costilla empieza la matitez que se continúa hasta la base. Pulmón derecho, sonoro en toda su extensión. Pulmón izquierdo, cara lateral: en la línea axilar media empieza una zona mate que se extiende desde la 4ª costilla hasta el 6º espacio intercostal. Espacio de Traube libre. El corazón está desviado y late en el 5.º espacio intercostal izquierdo á nivel del borde external. P. izquierdo y derecho, por delante: sonoros en toda su extensión.

Vibraciones disminuidas en la zona mate.

Auscultación.—Se oye un soplo expirarorio por encima de la zona mate. En el espacio ocupado por la matitez se oye también un soplo tubario y broncofonia. No hay pectoriloquia.

El menor movimiento le provoca accesos de tos que terminan siempre por la eliminación de una pequeña cantidad de un líquido purulento consistente y aereado. Hay disnea y temperatura remitente cu-

yas oscilaciones varían entre dos décimos y un grado.

Diagnóstico.—Pleuresía purulenta enquistada.

Operación.—Se hace un colgajo en U á base posterior á nivel de la linea axilar media á la altura de la 7ª y 8ª costillas. Se resecan estas costillas en una extensión de 8 centímetros. Se incinde la pleura y salen unos 100 gramos de un líquido purulento sero fibrinoso. Introducido el dedo dentro de la cavidad se notan muchas adherencias en la parte antero-inferior en toda la región vecina al pericardio. Se hacen dos punciones intropulmonares una por delante cerca del pericardio y otra por detrás á nivel del tercio superior del lóbulo pulmonar inferior con resultado negativo. Se practica una tercera punción por encima de la cisura interlobar y sale un líquido turbio. Entonces se incinde á bisturí en una extensión de 6 centímetros por encima de la cisura interlobar y sale un líquido purulento con los mismos caracteres que el que expectoraba el enfermo y una membrana hidática friable y de un color amarillo ambar. Se seca, drena y repone el colgajo.

El enfermo una hora después se pone cianótico, el pulso aumenta de frecuencia y disminuye de tensión. Se le hacen inyecciones de cafeina pero no se con-

sigue hacerlo reaccionar y á los pocos momentos deja de existir.

Autopsia.—En el lóbulo superior del pulmón izquierdo hay un quiste supurado inmediatamente por encima de la cisura interlobar. Esta estaba libre en tercio superior pero completamente adherida en los $^2/_3$ inferiores. El pulmón á nivel del quiste estaba completamente adherido al pericardio.

OBSERVACIÓN XIII

(Resúmen)

Dr. R. Roccatagliata

Quiste hidático del pulmón derecho. Oclusión sin drenaje. Curación.

Elvira B....., 9 años, argentina, (de Chascomús), entra en el Hospital de Adrogué el 25 de Enero de 1907.

Antecedentes personales.---Ha vivido siempre en el campo.

Enfermedad actual.---Desde hace un año y tres meses sus padres empezaron á notar que se quejaba de un dolor en el hombro derecho, que tenía

mal color y tosía de cuando en cuando pero sin expectorar. Examinada entonces y no pudiéndose establecer un diagnóstico preciso se sospecha en bacilosis y en consecuencia se le ordenan baños salados, aplicación de tintura de iodo en el vértice derecho y sobre alimentación.

Examinada en la fecha se la encuentra ojerosa, pálida y con una tos seca, ronca y frecuente que á veces le provoca el vómito.

Ultimamente los menores movimientos eran causa de accesos penosos de tos y de tarde tenía fiebre.

Estado actual. — Es una chica bien desarrollada. En el examen visual se nota en la parte antero inferior del hemótorax derecho una saliencia que sobre pasa hacia abajo en 5 traveses de dedo el reborde costal. En la palpación de la porción abdominal del abovedamiento se siente un tumor renitente y por encima en la parte pulmonar las vibraciones están conservadas. Percutiendo el torax á nivel de la mama derecha se limita una zona de matitez del tamaño de un huevo de avestruz y está separada del límite hepato pulmonar por un espacio sonoro. Donde hay matitez las vibraciones están conservadas y se oye soplo inspiratorio.

Diagnóstico. — A pesar de algunos datos contradictorios que suministra el exámen físico se diagnostica Q. H. del P. D.

Operación.—Toracoplastia de Posadas. Abertura, limpieza cuidadosa y oclusión sin drenaje del quiste. A los 9 días sale de alta curada.

Se tienen noticias recientes de la enferma que sigue perfectamente.

BIBLIOGRAFÍA

Alibert.—Journal hebdom. de mèd. Paris 1829 tom. 2° pág. 264 in Davaine loc. cit. pág. 427

Alsina.—Quistes hidáticos del pulmón. T. de B. Aires 1903

Arce José.—Semana Médica. 1904 pág 981

» » —Anal. del circ. médico arg. 1904 pág. 445

Bally.—Journal des conais. mèd. Paris 1838 pág. 193, in Hearn loc. cit. pág. 117

Behr.—Des kystes hydatiques du poumón. T. de Paris 1895

Bezou.—Etude sur les kystes hidatiques du poumon. 1893

Borgiotti.—In Casabianca loc. cit. pág. 26

Bouilly.—Kyste hydatique du poumon ouvert dans les bronches avec suppuration abondante. Rev. de Chir. 1886 pàg. 770

Bouilly.—Revue de chirurgie 1892 pág. 794

Bourlier.—Bull. méd de l'Algerie 1893 in Lemaire loc. cit pág. 48

Bouyer.—De la tuberculose pulmonaire dans les kystes hydatiques. T. de Paris 1895

Brauer.—Des operations intra-thoraciques á l'aide de la chambre pneumatique. Semaine mèdicale 1904 pág. 1161

Bremser.—Notice sur l'echino-coccus hominis pág. 278 in Davaine loc cit. pág. 374

Broabent.—The Lancet 1875 in Casabianca loc. cit pág. 23

Budd.—On deseases on the liver pág. 440 in Davaine loc. cit. pág. 387

Bucquoy.—Obs. in Lehmann loc. cit. pág. 18

Cadet de Gassicourt.—Recherches sur la rupture des kystes hydatiques du foie á travers la paroi abdominale et dans les organes voisins. T. de Paris 1856

Cabrera.—Quistes hidàticos del pulmón. Semana médica 1903 pàg. 121

Cantón.—Tratado de los zooparàsitos del cuerpo humano 1896

Casabianca.—Contribution à l'etude des kystes hydatiques du poumon et particulierment de leur traitement. T. de Paris 1889

Castro M.—Obs. In Herrera Vegas y Cranwel loc. cit. pág. 147

Chachereau.—T. de Paris in Mirallié loc. cit.

Danlos.—Traumatisme et kyste hydatique. T. de Paris 1879

Davaine.—Traité des entozoaires et des maladies vermineuses. 1877.

Delacour.—Chirurgie pulmonaire en plèvre saine. T. de Paris 1906

Delageniere.—Kyste hydatique du poumon rompu dans la plèvre Bull. et mem. de la Soc. de chir. 1893 pàg. 389

Delbet.—Obs. In Pasquier loc. cit. pág. 78

Delgrange.—De l'expectoration dans les kystes hydatiques et specialment dans les kystes pulmonaires. T. de Paris 1879

Delorme.—Contribution à la chirurgie de la poitrine. Sep. cong. de chir. Paris 1893 pág. 422

Dèvè.—De l'echinoccose secondaire. T. de Paris 1879

Dieulafoy.—Clinique medicale à l'Hotel Dieu. tom. 4° pág. 328 1901-2

» —Patologie interne 1904 tom. 1° pág. 393

Dolbeau.—Etude sur les grands kystes de la sur face convexe du foie. T. de Paris 1856.

Dumont pallier y Netter.—In Behr loc. cit. pág. 51.

Dupuytren.—Lecons orales 1839.

Dutar.—Les dificultés du diagnostic des lesions pulmonaires au point de vue du traitement chirurgicale, T. de París 1899.

Emparanza.—Comentar. clini. sob. algun. cas. de tum. del pulm. T. de B. Aires 1897.

Federici.—In Hearn loc. cit. pág. 70.

Finsen.—In Bouyer loc. cit. pág. 29.

Ferri.—Quistes hidatídicos del pulmón T. de B. Aires 1905.

Galliard.—Semaine médicale 1906 pág, 6111.

Ganeau.—T. de Paris 1838, in Hearn loc. cit. pág. 138.

Grenet et Piquand.—In Brissaud-Pinard-Reclus: Pratique médico-chirurgicale 1907 tom. 5º pág. 573

Ghedino.—Gazzetta degli ospedali 23 Dic. 1906.

Hallion.—Dix-neuv.-congrès de chir. Paris 1906 pág. 436.

Habershon. — Obs. Guy's Hosp. Reports 1872-73 in Hearn loc. cit. pág. 180.

Hearn.—Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre. T. de Paris 1875.

Herrera Vegas y Cranwell.--Los quistes hidáticos 1901 pág. 130.

Herrera Vegas y Delio Aguilar.—Semaine medicale 1905 pág. 48 3.

Hirschberg.—La diminution de frecuence des kystes hydatiques en Allemagne. Semaine medicale 1904 pág. 198 2.

Israel.—Du traitement operatoire du kyste hydatique des poumons Rev. de chir. 1887 pág. 1017.

Jenner.—In Behr loc. cit. pág. 25.

Jeuger-Hollister.—The american journal of the medical sciences, oct. 1881 in Rev. de chirur. 1882 pág. 263.

Kaposi.—Maladies de la peau (anotaciones de los traductores, Besnier y Doyon) 1891.

Laënec.—In Davaine loc. cit. pág. 435.

Lehmann.—Des kystes hydatiques du poumon ouverts dans la plèvre T. de París 1882.

Lejars.—La chambre pneumatique de Sanerbruch. Semaine médicale 1904 pág. 317 2.

Lejars.—Traitement chirurgical précoce de collections endo pulmonaires líquides, non tuberculeuses. Semaine mèdicale 1905 pág. 301 1.

Lemaire.—De la fréquence des kystes hydatiques du poumon et de la plèvre en Algerie T. de París 1903.

Letulle.—Diccionario de Jaccoud, art. Poumon.

Limasset.—Essai sur l'eosinophilie dans le parasitisme vermineux chez l'homme. T. de Paris 1901.

Limperopoulo.—Bull de la soc. anatom. 25 Juin 1884 in Mirallié loc-cit. pág. 109.

Loeper.—Diagnostic des kystes hydatiques par les methodes de labo.

ratoire. In Dieulafoy, clinique et laboratoire á l'Hotel Dieu 1906 pág. 264.

Lorieux.—T. de Bordeaux 1889 in Bezon loc. cit. pág. 53.

Liouville y Strauss.—Arch. gen. de mèd. Marz. 1875 in Davaine loc. cit. pág. 730.

Maragliano. — In Cantani e Maragliano-Patologia e terapia medica vol. 3º parte 3ª pág. 433.

Marconnet.—Progrés mèdicale 27 Junio 1891 in Mirallié loc. cit.

Marfan.—In Charcot-Bouchard-Brissaud. Traité de medecine 1901 tom. 7º pág. 104.

Matheron.—Les kystes hydatiques supposés primitifs de la plèvre. T. de Montpellier 1904.

Memmi.—Eosinophilie des malades atteints des kystes hydatiques. Semaine médicale 1901 pág. 371 [1].

Mery.—In Brouardel-Gilbert. Traitè de mèdecine. 1904 tom. 7º pág. 812.

Miculiez.—La chambre pneumatique de Sauerbruch. Semaine mèdicale 1904; pag. 115 [3].

Mirallié.—Kystes hydatiques du poumon. Gazette des hopitaux 1893, pag. 105.

Moniez.—Traité de parasitologie 1906, pag. 216.

Morquio.—Kyste hydatique du poumon chez un enfant mort par intoxication hydatique. Semaine mèdicale 1905, pag. 558 [1].

Pasquier.—Diagnostic et traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon T. de Paris 1899.

Pean.—Chirurgie des poumons: discussion. Neuv. congr. de chirur. 1895, pag. 73.

Patersen.—Des operations intra-thoraciques á l'aide de la chambre pneumatique de Sauerbruch. Semaine mèdicale 1904. pág. 116 [1].

Posadas.—Clínica quirúrgica 1900, pág. 111.

Poulet.—Kyste hydatique ouvert dans les poumons. Rev. de chirur. 1886, pág. 770.

Rebiére.—Des kystes hydatiques primitifs de la plevre. T. de Paris 1894.

Reclus.—Chirurgie du poumon: repport. Neuv. congr. de chirurgie. 1895, pág. 49.

Ricard-Launay.—Therapeutique chirurgicale 1903, pág. 477.

Roccatagliata.—Semana médica 1904, pág. 1270.

Salirazés.—Exámen de la sangre en los casos de quistes hidáticos. Semana médica 1903. pág. 919.

Santucci.—Cisti echinococco primitiva del polmone destro in una giovinetta di 14 anni. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche 1904, pág. 1573.

Sauerbruch.—Des operations intra-thoraciques á l'aide de la chambre pneumatiques de Sauerbruch. Semaine medicale 1904, pág. 115[3].

Testut.—Anatomie humaine.

Thompson.—Obs.-Roy med. and. surgic. society March 1850 in Hearn Poc. cit. pág. 205.

Toeplitz.—Berlin klin. wocheus. 1877 pag. 341.

Trousseau.—Clinique mèdicale de l'Hotel Dieu de Paris, tom. 1° pag. 841.

Tuffier. Chirurgie du poumon 1897 pag. 25.

» —De la rádiographie en chirurgie pulmonaire. Rev. de chirur- 1901 tom. 2° pag. 121.

» —De l'hemodiagnostic dans les kystes hydatiques. Semaine mèdicale 1902 pag. 752.

Vidal.—Vida ou presión dans la chirurgie thoracique? Dice new cogrès de chirur. Paris 1906 pag. 428.

Vigla.—Orch. gen. de med. 1855 tom. 6' pag. 282 in Mirallié loc. cit. pag. 106.

Widal.—Kyste hydatique du poumon avec hemoptisis a repetition. Semaine mèdicale 1903 pag. 248[3].

Woilliez.—Dictionnaire de diagnostic mèdical, 1870 in Heamx loc. cit.

Zirbelbach.—Sur les dangers de la ponction dans les kystes hydatiques. Semaine mèdicale 1905 pag. 581.1[1].

PROPOSICIONES ACCESORIAS

En ausencia de parásitos intestinales y de ciertas afecciones cutaneas, la constatación de la ***eosinofilia*** es de gran valor para el diagnóstico de quiste hidático.

Neumotorax; medios de evitarlo.

¿Antes de abrir un quiste del pulmón, hay ó no necesidad de arponar este organo?

Buenos Aires, Marzo 12 de 1907.

Nómbrase al Señor Consejero Dr. Gregorio Araoz Alfaro, al Profesor titular Doctor Pascual Palma, y al Profesor suplente Doctor Avelino Gutierrez para que constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN

R. S. Gómez.

Buenos Aires, Marzo 19 de 1907.

Habiendo la comisión precedente, aconsejado la aceptación de la presente tesis, según constancia del acta N.º 1685 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN

R. S. Gómez,