Año 1909 Núm. 1954

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

QUISTES HIDATÍDICOS DEL PULMÓN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL CIEZA RODRÍGUEZ

Ex-practicante interno Mayor y Menor del Hospital Rawson (1905-6-7-8-9

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646 - AVENIDA DE MAYO - 646
BUENOS AIRES
1909

QUISTES HIDATIDICOS DEL PULMÓN

Año 1909 **Núm. 1954**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

QUISTES HIDATÍDICOS DEL PULMÓN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL CIEZA RODRÍGUEZ

Ex-practicante interno Mayor y Menor del Hospital Rawson (1905-6-7-8-9

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646 AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1909

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

(Art. 162 del Reglamento General)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Eufemio Uballes

Vicepresidente

Dr. D. Pedro N. Arata

Académicos

1. Dr. D. José T. Baca
2. » » Rafael Herrera Vegas
3. » » Jacob de Tezanos Pinto
4. » » Eufemio Uballes
5. » » Pedro N. Arata
6. » » Roberto Wernicke
7. » » Pedro Lagleyze
8. » » José Penna
9. » » Luis Güemes
10. » » Eliseo Cantón
11. » » Enrique Bazterrica
12. » » Antonio C. Gandolfo
13. » » José M. Ramos Mejía

Secretario Académico

Dr. D. Jacob de Tezanos Pinto

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. Antonio C Gandolfo.

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón.
» » Luis Güemes.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio C. Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Baldomero Sommer.
» » G. Aráoz Alfaro.
» » José R. Semprún.
» » Abel Ayerza.
» » Eufemio Uballes.
» » Francisco Sicardi.
» » Telémaco Susini.
» » Nicasio Etchepareborda.
» » Eduardo Obejero.

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).
Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSE ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSE 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	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUAN R. FERNANDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSE GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSE BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSE F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermat.ª Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSE A. ESTEVES
	» JOSE R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GOMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE DEMARIA
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSE ARCE
Clínica Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
Clínica Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSE T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	» 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 farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica.	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
	» UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.	» J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal. . .	» N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

DOCTOR DAVID F. PRANDO

CIRUJANO DEL HOSPITAL RAWSON

A MIS PADRES

A vosotros todo lo debo.

A la memoria de mi hermana

LUCIANITA

A MIS HERMANOS

Señores consejeros:

Señores profesores:

Elevo á vuestra consideración el presente trabajo, tratando de cumplir con el último requisito, que exige la Facultad de Ciencias Médicas, para poderme graduar en Doctor en Medicina; en él, no encontraréis novedades y sólo podréis observar el interés que he tenido de hacer un trabajo lo más completo posible, dentro del escaso tiempo que dis-

He ido á buscar el tópico, dentro del vasto campo de la cirujía, esa grandiosa conquista de los tiempos modernos, que supo cautivarme desde mis primeros pasos por los hospitales, por sus continuos adelantos y hermosos resultados y á la que he entregado con todo entusiasmo los mejores momentos de mi internado, deseoso de poder llegar á ser útil en el día de mañana á la sociedad á que pertenezco.

Al elegir el tema, he tenido en cuenta lo de

gran actualidad, que es en mi provincia, donde se encuentra esta enfermedad haciendo estragos, he creído que podría ser útil así, contribuyendo á difundir su conocimiento y manera de evitarlo, y finalmente he querido ocuparme de su localización pulmonar por ser la más frecuente, después de la del hígado y á pesar de lo cual no siempre de fácil diagnóstico.

Al abandonar las aulas universitarias y al Hospital Rawson en los que me he formado, adquiriendo los conocimientos que me habilitan para el ejercicio de esta noble profesión, lo hago sin pretensiones, convencido como estoy, que aún me resta mucho camino por recorrer para llegar á la meta deseada. Volveré pues, á emprender mis estudios con nuevos bríos y entusiasmos, teniendo siempre por norte el ejemplo que me supieron inculcar mis maestros, y considerando á la Medicina como un sacerdocio y nunca como una manera de lucrar.

Al doctor David F. Prando, mi estimado maestro, no podré olvidarlo nunca, pues una gratitud inmensa hacia quien con sus sabias lecciones y su ejemplo ha contribuído á formarme, obliganmé á tenerlo siempre presente.

Al doctor Insua Dorrego, digno director del hospital, mis agradecimientos.

Al doctor Finochietto, á quien no debo más que numerosas atenciones, mis reconocimientos, así como á los doctores Pascual Palma, Francisco Llobet, Ar-

turo Medina y Martín Reibel, de quienes durante el tiempo que he sido sus practicantes, no he recibido más que pruebas de estimación.

Al doctor Prando, que me acompaña como padrino de tesis mi gratitud.

HISTORIA

Su comienzo data del principio del siglo pasado, en 1812, época en que Freteau practica la operación del empiema en un quiste hidatídico del pulmón; anteriormente á esta fecha se la encuentra confundida con la historia de los quistes hidatídicos en general.

En 1829 Crouveilhier y en 1831 Laenec publican nuevos trabajos, sin que se encuentre nada más escrito hasta el año 1855, en que aparece en los Archivos Generales de Medicina, un concienzudo trabajo sobre hidátides de la cavidad torácica por Vigla, trabajo que aun hoy día es consultado con interés.

En 1875, Hearn presenta su tesis para doctorarse, que versa sobre quistes hidatídicos del pulmón, tan importante por la riqueza de datos clínicos, como la anterior. Algunos otros trabajos europeos se han presentado sobre este tema, mereciendo mención especial el de C. Behr publicado en 1895 como trabajo de tesis inaugural, que versa sobre el mismo punto,

y en el que hace un estudio completo especialmente en lo referente á la anatomía patológica y sintomatología. En Australia, donde se encuentra tan extendida esta afección, se han publicado numerosos trabajos importantes por distinguidos médicos australianos, notándose entre otros á Bird, Thames, Mac, Gilliway, etc.

Entre nosotros su historia es mucho más reciente, y todos los trabajos que hemos consultado, están contestes en hacerla aparecer entre los años 60 y 70, en que el doctor Montes de Oca, haciendo una autopsia, encuentra las llamadas *vejiguitas de agua*.

En 1875, el sabio francés Creveaux que había venido al país á estudiar una nueva epizoótia, haciendo la autopsia de dos bueyes muertos, los encuentra afectados de quistes hidáticos del pulmón; convencido de la importancia de tal hallazgo, hizo una publicación al respecto, pero sus palabras dice el doctor Massi en su tesis, cayeron en el vacio, pues nadie se ocupó más del caso.

En los años 1879 y 1880, fueron presentadas las tesis de los doctores Arini J. B. y Juan J. Naon que versaron sobre el punto en casos hallados en autopsias.

Recién en 1882, empiezan las observaciones en el vivo; en esta fecha el doctor Máximo Gutiérrez presenta su tesis que versa sobre quiste hidático del pulmón, á raíz de un caso que hubo en el ser-

vicio del doctor Aguirre, que venía de la Provincia de Buenos Aires y que á buen seguro no se hubiese hecho el diagnóstico á no ser que una vómica oportuna viniera á revelarlo.

En 1892, presenta su tesis sobre pio-neumo-torax por quiste hidático del pulmón, el doctor Ferrari.

Tres años más tarde aparece en la semana médica, una conferencia dada por el doctor Andrés Llobet, en el Hospital Rawson con motivo del ingreso al servicio de un enfermo portador de un quiste hidático del pulmón.

Dos años más tarde los doctores Castro Escalada y Esperanza, escriben sus tesis inaugurales sobre dos temas que se relacionan con el nuestro, el primero versa sobre neumotomías y neumectomías, y el segundo sobre tumores del pulmón.

Al año siguiente el doctor Alejandro Posadas, presenta á la academia su trabajo sobre torocoplastias temporarias, y parciales en los quistes hidáticos del pulmón, al que le sigue un año más tarde el del doctor Repetto, sobre toracotomía de Potemsky aplicada al tratamiento de esta misma afección, aparecido en los anales del círculo médico argentino.

En la revista de la Sociedad Médica del mismo año se publica un artículo del doctor Cranwell, titulado hidátides intra-torácicos.

En 1901 aparece la tesis del doctor Zambra, sobre neumotorax por quiste hidático del pulmón.

Este mismo año sale á la publicidad el interesante libro de los doctores Cranwell y Herrera Vegas, obra la más completa que se ha publicado sobre quistes hidatídicos, en que con gran acopio de datos á la vez que con gran dominio sobre la materia hacen una descripción prolija y completa sobre esta afección, en sus distintas localizaciones.

En el año 1904, aparece el trabajo de tesis sobre el punto, de Martín Juguera Oller, y poco después otro de los doctores Herrera Vegas y Aguilar sobre dextrocardias consecutivas á quistes hidatídicos.

En estos últimos años, se han presentado á la Facultad de Medicina, varios trabajos de los doctores Alsina, Beriso, Tollosa, y últimamente uno muy completo de Lagos García, sobre quistes hidatídicos en los niños.

En el transcurso de la historia de los quistes hidatídicos en nuestro país, que dejamos descripto á grandes pinceladas, se nota que desde su comienzo alrededor del año 80, época en que el diagnóstico sólo se hacía, cuando una vómica salvadora venía á llamar la atención del médico, en que los casos clínicos se presentaban con rareza, época que bien podríamos llamar de grandes vacilaciones en el diagnóstico clínico, á la par que inseguridades en el tratamiento; hasta la fecha, en que los medios de diagnóstico se han perfeccionado hasta el punto que hoy

se llega á él, con relativa frecuencia y á la vez que el tratamiento quirúrgico ha venido á resolver uno de los mayores problemas; se ha dado un gran paso, coronando así los esfuerzos de los médicos argentinos, que con tanto entusiasmo se han dedicado al estudio de esta enfermedad.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Conocido como es de todos, de que la tenia equinicocos es la causante de los quistes hidatídicos en el hombre, y dada la manera magistral y completa en que está tratada su descripción en todas las obras de parasitología, sólo voy á hacer un estudio somero sobre este parásito y su desarrollo en el organismo, extendiéndome algo más en la evolución que sufre hasta producir los tumores hidátides en el hombre, por creer más importante su conocimiento dado el objeto de este trabajo.

La tenia equinicocos, una de las más pequeñas de su género, mide de 2.5 á 3 milímetros y consta. de una cabeza armada á la que la siguen 3 ó 4 anillos, midiendo el último cuando está á punto de desprenderse un largo igual casi á la mitad de la tenia.

La cabeza, una de las partes más interesantes

de este parásito, se encuentra munido de 4 ventosas y un rostello, y en cuya base se inserta una doble corona de ganchos, sobre cuyo número exacto, se encuentran en divergencia los autores.

A la cabeza le sigue un cuello corto, al que continúa un primer anillo, en el que no se observa nada de particular, pues recién en el segundo anillo aparecen rudimentos de órganos genitales, para hacerse más completo en el tercero, en que llegado á la madurez completa, contiene en su interior alrededor de unos 500 huevos esféricos ó ligeramente ovalados, presentando una ligera membrana vitelina, y en el interior del huevo se encuentra el embrión exacanto.

Este parásito vive en el intestino del perro, zorro y en general en todos los animales de la raza canina, es en estos animales en que la tenia merced á la ayuda de sus ventosas y ganchos, adhiriéndose á las túnicas intestinales va á adquirir su completo desarrollo hasta el momento en que el último anillo ya maduro se desprende para ser arrastrado al exterior con las materias fecales, pudiendo así por la acción del sol y humedad, ponerse algo más tarde los numerosos huevos contenidos en su interior, completamente libres esparciéndose por todas partes, brindándose de esta manera á aquellos pobres desgraciados que víctima de la poca suerte van á cargar desde este momento con una terrible enfermedad.

¿De qué manera pueden estos huevos, una vez libres, introducirse en el organismo humano?

Hay autores que creen que puede hacerse por las vías aereas, arrastrados por el aire bajo forma de polvo infectante como quiere Bird y que sería especial para explicar la localización pulmonar, pero hoy en día no se acepta.

No hay duda que es la boca quizá la única vía de entrada que puede hoy aceptarse, siendo llevados ya sea directamente por las manos del hombre que acaricia al perro ó por las distintas verduras y el agua misma de los pozos, que no se filtra ni esteriliza; por cualquiera de estos medios pasan los huevos de este macrobio, al estómago del hombre en que el jugo gástrico disuelve la envoltura dejando el embrión exacanto en libertad, pasando luego con los alimentos al duodeno, donde se adhiere á la pared, atraviesa ésta, dirigiéndose hacia los órganos parenquimatosos valiéndose de sus ganchos según Devaine y varios otros sabios.

Este embrión una vez de haber atravesado las túnicas intestinales, se embarca en los capilares siendo arrastrado por intermedio de la vena porta hasta el hígado, primer órgano vascular en donde se va á ubicar; pero otras veces continúa y pasa á las venas supra-hepáticas, por las anastomosis que las unen á la vena porta, llega al corazón derecho y de ahí al pulmón derecho, segundo punto donde se

detiene dando lugar á la enfermedad que nos ocupa; pueden sin embargo, existir otros casos en que pase á la circulación general distribuyéndose así en los distintos órganos de la economía.

Ahora, si el embrión en vez de penetrar en un vaso sanguíneo, penetra en un vaso quilífero, es transportado por el canal torácico al corazón derecho y luego al pulmón.

El desarrollo del embrión exacanto, tiene lugar normalmente en el hígado del carnero, siendo frecuente observarlo en otros órganos, como así también en otros animales, dando nacimiento á un verme vesicular, el equinococos ó hidátide de que nos venimos ocupando.

Como creo interesante su estudio, voy á hacer una breve descripción del proceso que sigue la larva de la tenia equinococos en éstos órganos, la que ha sido seguida paso á paso por Leukart.

Este sabio parasitólogo, ensaya de infectar por medio de anillos maduros á varios animales con un resultado positivo en los conejos de leche, en los que pudo observar al cabo de 4 semanas, debajo de la túnica serosa del hígado, pequeños nódulos de un milímetro, estando contenido cada uno por un quistecito, el que contiene un joven equinococo; el cual al fin de la octava semana ha duplicado su tamaño.

Una vez que estos equinococos han alcanzado

su perfecto desarrollo, entran en un período que llamaremos vegetativo, esperando así el momento oportuno en que algún carnicero al devorar las vísceras venga á ponerlos en libertad, permitiéndoles así desarrollarse al estado adulto, para poder continuar su ciclo evolutivo que ya hemos descripto.

ANATOMIA PATALOGICA

Los quistes del hombre, son en su estado de integridad, vesículas redondeadas, formadas de una materia semejante á la albúmina coágulada, encerrando un líquido límpido y libre de toda adherencia, de toda conexión con los órganos que la contienen—Devaine.

Pueden ubicarse en cualquiera de los pulmones y de sus lóbulos, siendo lo común encontrarlos en el lóbulo inferior del pulmón derecho.

Crauveilhier, quiere explicar esta frecuencia de la base del pulmón derecho, diciendo que se trata de quistes primitivamente hepáticos que se han abierto en los bronquios; pero las autopsias se encargan de demostrar lo contrario.

No es difícil explicarse el hecho, si recordamos que el bronquio del lado derecho es más grueso que el del lado izquierdo; lo mismo pasa con la arteria pulmonar del lado derecho, es de calibre superior al del lado contrario, de manera que cualquiera de las dos teorías sobre la manera de propagar-

se que aceptáramos, tendríamos siempre mayores facilidades para llegar al lado derecho que al izquierdo, ahora para interpretar la localización frecuente de la base, la misma explicación nos sirve, puesto que es ahí donde se distribuyen las ramas brónquicas y arteriales de mayor tamaño.

El número de estos tumores es variable, pudiendo encontrarse en el mismo pulmón ó en ambos, pero lo común es que sea único.

El volumen es también variable, pudiendo oscilar desde el tamaño de un huevo de gallina al de una cabeza de feto á término, existiendo entre otros un caso citado por Herrera Vegas y Cranwell, en que se encontró dos grandes quistes del pulmón derecho que habían destruído todo el órgano; semejante á éste, es el citado por Garreau.

La membrana del quiste hidatídico es más ó menos espesa y se compone de una capa externa blanca, semejante por su aspecto á la clara del huevo cocido, y de una capa interna ó germinativa que tapiza en su interior al quiste hidatídico, es esta membrana fértil la que va á dar lugar más tarde á la formación de cabezas de tenia.

El quiste puede ser unilocular ó contener un número considerable de vesículas hijas.

En el interior de la membrana del quiste se encuentra una cantidad de líquido que varía con el tamaño del quiste.

Este líquido es característico en los quistes límpios, por su claridad, habiéndosele por dicho motivo, comparado con el «agua de cristal de roca», como se le llama generalmente, conteniendo cloruro de sodio, ácido susínico, etc., no tiene albúmina.

Cuando el quiste es supurado el líquido toma un aspecto turbio y á veces es verdadero pus, conteniendo albúmina; la membrana que lo contiene toma un color oscuro y se desgarra fácilmente.

Como todo cuerpo extraño, dado que el quiste al desarrollarse en el pulmón obra como tal, se forma á su alrededor una membrana fibrosa muy delgada, que ha sido negada por Cranveilhier, que según Trousseau no siempre existe, y á la que, Herrera Vegas y Cranwell, dicen que nunca la han visto faltar en las autopsias y varias piezas del museo de anatomía patológica, que han examinado; esta membrana es blanca, continuandose con el tejido pulmonar vecino.

El examen histológico de esta membrana periquística, no ha llevado á nada concreto sobre su origen, asi mientras unos creen que se trata de tejido fibroso de defensa labrado por el organismo, con motivo de la irritación ocasionada por el quiste; otros entre los que tenemos á Ahlers y Viñas, creen que este tejido conjuntivo es el resultado del parenquima pulmonar comprimido y atrofiado; el doctor Alsina en su tesis llega á la conclusión de que hay

inflamación de defensa, á más células embrionarias que refuerzan este proceso á las que se viene á agregar tejido pulmonar condensado.

Los bronquios sufren también la acción del quiste, y así los vemos que son rechazados, adelgazados en ciertos puntos, y á veces abiertos en el bolsillo quístico, siendo la característica, según los que se han ocupado del punto, de estar abiertos en bisel, como en pico de flauta.

Los vasos venosos y arteriales, pueden encontrarse rotos produciendo grandes hemorragias, que pueden llegar á ser mortales.

Pueden abrirse en los bronquios y pleura, por desgaste contínuo, producido por el crecimiento del quiste y bajo la acción de un acceso de tos ó un esfuerzo cualquiera, dando lugar á un neumotorax, que se transforma después en un pio-neumotorax.

En casos de quistes que se han vaciado por vómica, podemos encontrarnos una caverna hidatida, que se podría á primera vista confundir, con una tuberculosa, pero que, bastaría dice Behr, con hacer el examen de las paredes, ver el pulmón comprimido y no invadido hacia la periferia, y el modo de desembocadura de los bronquis, en bisel, para evitar la equivocación.

Podemos en ciertos casos, encontrarlos en pleno proceso de regresión, calcificados.

SINTOMATOLOGÍA

Entraremos á tratar uno de los capítulos más interesantes, dadas las múltiples faces en que se nos suele presentar esta afección; pues si bien es cierto que siendo el pulmón un órgano menos tolerante que el hígado, raramente acepta el huesped, aun en su principio, en silencio; también no es menos cierto que este conjunto de signos y síntomas con que suelen venir acompañados estos tumores, y que sirven de guía al médico, suelen faltar, desarrollándose por el contrario bajo una gran calma, sin la menor protesta del pulmón como le llama Dieulafoy, hasta que un buen día la ruptura en un bronquio ó en la pleura, acompañada de todo el cuadro impresionante que conocemos viene á advertir su presencia.

En otros casos más raros aun, permanecen ignorados, hasta que más tarde viene á constituir un hallazgo de autopsia, sin que nunca hubiera dado lugar á la menor sospecha de parte del paciente, de que era portador de esta terrible enfermedad.

Es en estos casos, en que los signos funcionales

no existen, en que el médico experto debe por un examen semiológico completo y prolijo buscar los signos físicos no siempre muy claros, que le van á indicar la presencia del tumor, volumen, asiento, etc., poniéndolo en condiciones de indicar al cirujano el punto preciso en que debe intervenir.

Es, pues, en estos casos, en que la atención del facultativo debe ser de una aplicación constante para poder llegar á ser coronado por el éxito, pudiendo decir á este respecto con Vigla, que se revelará más clínico aquél que demuestre más atención en el examen del enfermo.

I

Síntomas funcionales

Uno de los primeros que aparece es la *tos*, provocada por la irritación que produce el quiste, siendo la característica de ser seca al principio, pudiendo más tarde ser acompañada de espectoración mucu-purulenta ó serosa, debiendo cuidarse de no confundir con la espectoración de la bronquitis.

Hoy en día no se acepta que un quiste cerrado pueda dar espectoración, y en caso de encontrarse, se inclinan á creer que alguna bronquitis ó alguna otra complicación que haya venido á agregarse, sea la causante de ella.

La tos es quintosa, simulando á veces la tos coqueluchoide, en otros casos se trata de una tos semejando la de una bronquitis, sin que se le encuentre ninguna afección aguda en su aparato bronco-pulmonar.

Tratando de dar una explicación de por qué se produce esta tos, quintosa Hearn, de acuerdo con la tesis sostenida por Roges, dice: «Que el quiste pro-

vocaría una irritación sobre los filetes terminales del nervio neumogástrico, el que los trasmitiría al bulbo, produciendo contracciones espasmódicas de los músculos expiradores destinados á expulsar el obstáculo, y como este obstáculo no podría ser expulsado, como sería una mucosidad bronquial, el esfuerzo de la tos se sucedería tomando un carácter quintoso».

Dolor

Es otro de los signos que, como el anterior, suelen acompañar los quistes hidatídicos del pulmón desde su comienzo.

Está en relación constante con el punto afectado del tórax; se encuentra sujeto á las exacerbaciones, sobre todo con la tos, como hemos visto en algunos enfermos, y se hace notable por su persistencia durante una enfermedad larga, siendo siempre tolerable por el enfermo.

Este dolor está lejos de ser constante, pues hay enfermos en los que no existe, su producción es debido á lesiones pleurales inflamatorias concomitantes, producidas por el tumor hidátide; pues, como muy bien dicen los doctores Herrera Vegas y Cranwell, esta afección se caracteriza en todas sus localizaciones por su indolencia.

El elemento dolor que venimos tratando, seme-

ja ya una puntada pleurítica, ya una neuralgia intercostal, con irradiaciones múltiples al cuello, omóplato, epigastrio ó al lado opuesto.

Aumenta de intensidad en relación directa del quiste.

Hearn, queriendo darle una explicación satisfactoria, dice que son producidos por compresión nerviosa y, en otros casos, por verdaderas neuralgias de los nervios intercostales.

Posición

Vigla cita varios enfermos que han guardado decúbico lateral, del lado afectado, en otros, dice no haber encontrado esto.

Nosotros no hemos observado en ninguno de nuestros enfermos, pero creemos pueda existir en los grandes quistes.

Disnea

Es un elemento al que casi todos los autores europeos que he consultado, están contestes en darle gran importancia y así vemos á Vigla, Devaine, etc., que sostienen que es común encontrarla. Vigla por ejemplo, dice, hablando de este punto, que es infaltable, desarrollándose progresiva y lenta, pero fatalmente, sin interrupción hasta

el momento en que sino sobreviene la ruptura del quiste, produzca la muerte por asfixia (caso del doctor Gutiérrez).

La intensidad de la disnea, como es fácil comprender, está en relación con el tamaño, situación del quiste y la capacidad torácica; así, cuanto mayor sea, más irá disminuyendo el campo de la hematosis, pues más irá rechazando y comprimiendo el pulmón. Lo mismo pasará con el número de éstos.

A igual volumen, será tanto mayor la disnea cuanto se encuentre colocado más arriba en el pulmón, así tenemos que los de la base son mejor tolerados que los del vértice.

Según Dougan-Bird, hay diferencias entre los sexos; así, las mujeres tolerarían muy mal los quistes de las partes superiores del pulmón, y esto estaría, sin duda, en relación con el predominio costal superior de la respiración que se efectúa en la mujer.

Los caracteres de esta disnea son, ser poco intensa, no continua, marcándose más á raíz de los esfuerzos.

Los quistes pequeños pueden provocar disnea por sus complicaciones, sinó es raro.

Hemoptisis

Es uno de los signos funcionales de mayor importancia, estando todos los autores de acuerdo sobre este punto.

En Islandia, donde esta afección que nos ocupa es tan común, mientras que la tuberculosis es relativamente rara, dice Finsen, se puede concluir de la hemoptisis al quiste hidatídico.

Rara vez la hemos visto faltar en la historia de nuestros enfermos; la encontramos también ocupando un sitio prominente en las descripciones que sobre quistes del pulmón hacen el profesor Trouseau, Hearn, Behr y Dieulafoy, quien hace una hermosa é interesante descripción acompañada de varias historias clínicas, en todas las cuales siempre se encuentra marcando un punto culminante de la enfermedad.

Las hemoptisis pueden ser precoces ó tardías, las primeras pueden establecerse desde el comienzo de la enfermedad, antes que todo otro síntoma haya venido á llamar la atención del enfermo.

Las hemoptisis tardías son aquéllas que preceden muy de cerca ó acompañan la ruptura del quiste.

Las precoces son, ora esputos rojizos, parduzcos, que son expulsados con la tos, repitiéndose varias veces por día durante semanas y meses, de una manera continua ó con ligeros intervalos, ya se trata de

pequeñas hemoptisis de sangre pura y rutilante que aparecen durante largo tiempo, con ligeros intervalos, ora de pérdidas abundantes y repetidas de sangre, semejando verdaderas hemoptisis de tuberculosos, en que cada una expulsa 100, 200 y aun 400 gramos de sangre espumosa y rutilante.

Varias teorías han tratado de explicar la causa de estas hemoptisis; Behr las cree como un signo de periquistitis supurada. Dieulafoy, sin ir al fondo del asunto, se conforma con considerarlas de una manera pintoresca, como el primer grito de revuelta del pulmón, frente del invasor; considerándolas como un medio de defensa del pulmón, tratando por este medio, de desembarazarse de su adversario.

Chachereau, la hace aparecer como una transudación á través del epitelio brónquico, debido á la hiperhemia que se produce al nivel de los vasos, por la compresión de que sería objeto por el quiste, á medida que va creciendo.

Entre nosotros el doctor Viñas cree que estas hemoptisis son el resultado de la ruptura de los vasos pequeños que existen en gran número en la periquística. Nos parece que sea lo más razonable.

Las hemoptisis que acompañan ó suceden á la ruptura del quiste, llamadas tardías, son muy abundantes y generalmente precedidas ó acompañadas de vómica, con expulsión de líquido, limpio ó purulento

de mal olor; estas hemoptisis pueden ser tan intensas, que suelen ser seguidas de la muerte.

Pleuresías

Pueden aparecer durante el desarrollo de un quiste pulmonar, pudiendo ser secas ó con derrame, como se observan en las historias de Marconet y Chachereau, y sobre cuya patogenia no se ha salido del terreno de las hipótesis.

Urticaria

Resultado de la absorción de un producto débilmente tóxico que se encuentra contenido en el líquido hidático, se produce cuando se rompe el quiste ó después de una punción; rara vez se encuentra, pero cuando existe es un signo de importancia.

Estado general

Es muy variable, hay enfermos que conservan su estado de nutrición, dedicándose á sus tareas diarias; en cambio, otros decaen, desde el comienzo de su enfermedad, pierden el apetito, se adelgazan, se encuentran imposibilitados

para trabajar, adquieren el aspecto de un tuberculoso al que unidos los signos funcionales que hemos descripto, hacen que se les tome por un tuberculoso, enfermedad, desgraciadamente, muy común entre nosotros.

II

Síntomas objetivos—*Inspección*

Uno de los principales elementos que podemos sacar del examen visual del enfermo, es el abovedamiento ó saliencia de la pared torácica, que puede ser parcial ó general; en el primer caso, que se trate de una dilatación parcial vemos que el profesor Trousseau dice en su clínica médica, hablando de esto, que es un elemento que por sí solo podría autorizarnos para hacer una punción á ejemplo de Vigla, y agrega que esta forma tan particular que toma el tórax, le había conducido á diagnosticar un tumor hidátide intratorácico, de una niña de 7 años, ya el año 1848, pero, desgraciadamente, esta deformación es poco apreciable, pues, como se comprende fácilmente, el pulmón se deja rechazar y el diafragma descender antes que el plan resistente formado por las costillas se deje abovedar hacia afuera.

En los enfermos que hemos tenido oportunidad de historiar, hemos encontrado ligeras deformacio-

nes en que se hacía necesario una inspección prolija para poderlas observar, por otra parte, tenemos el caso publicado por Delbet, en que se trataba de un quiste voluminoso y á pesar de lo cual el perímetro del lado afectado sólo medía dos centímetros más que el del lado sano.

Esta deformación torácica está en relación con el sitio del quiste.

La red venosa de que hablan los doctores Herrera Vegas y Cranwell en su libro, no la hemos podido observar, á pesar de haberla buscado siempre con cuidado.

Lo que hemos podido comprobar es la disminución en la amplitud de las excursiones costales del lado enfermo.

Los espacios intercostales suelen estar más salientes que los del lado sano.

Palpación

Nos permite cerciorarnos del estado de las vibraciones torácicas; que pueden encontrarse completamente abolidas en los quistes corticales, en todos aquellos puntos en que el quiste está en contacto con la pared ó en los que siendo muy grandes comprimen perfectamente la lámina pulmonar que los separa del tórax.

Cuando el quiste haya sufrido un proceso de

supuración, tendremos que, lejos de hallarse abolidas las vibraciones, se encuentran algo aumentadas, debido á que el tejido pulmonar que lo rodea ha sufrido un proceso de neumonía crónica intersticial, volviéndose muy denso, hermoso medio para trasmitir y aun exagerar las vibraciones.

En los centrales y aun en aquéllos en que una lámina de pulmón aereado los separa del tórax, estas se encuentran ligeramente disminuidas y aun conservadas.

Por la palpación lineal se puede perfectamente notar la transición, que hay del tejido pulmonar sano al quiste, por la disminución ó abolición de las vibraciones, en una extensión que coincide con la dada por la percusión.

Ya la ausencia de vibraciones en una zona más ó menos redondeada y limitada, constituye un dato de mucho valor.

Percusión

Los datos recogidos de una percusión metódica son de un gran valor para el diagnóstico.

Los quistes que están en contacto con la pared torácica, ó que sólo los separa de ésta una lengüeta pulmonar no aereada, nos dan matitez absoluta, siendo digno de observar el pase franco de

la sonoridad normal á la matitez, sin zona de transición como en las pleuresías.

Bird que es uno de los autores que más se ha ocupado sobre este punto, insiste mucho, y cita un caso en el que dice que le fué posible, marcar con una pluma el límite, y termina asegurando que para él, el resultado de la percusión, unido á la falta de vibraciones en esta zona, es el mejor signo de quistes intratorácicos.

Otro elemento sobre el que debemos llamar mucho la atención, es sobre la forma de la matitez, y sobre todo la línea que separa el límite superior de la matitez dada por el quiste, de la sonoridad pulmonar normal, en los quistes de la base, es una línea curva á convexidad superior.

Se observa también que esta matitez se encuentra sujeta á cambios con los distintos tiempos de la respiración, disminuyendo el área de la matites con las grandes inspiraciones, y aumentando con las expiraciones forzadas. No se observan variaciones de esta matitez con los cambios de posición.

La percusión debe variar según se trate de quistes corticales ó centrales, en los primeros la haremos suavemente, en los segundos tendremos necesidad de una percusión fuerte, para poder notar una simple sub-matitez ó ligero cambio en la sonoridad.

La sonoridad pulmonar, puede encontrarse aumentada por encima del quiste.

El espacio de Traube, puede encontrarse conservado lo mismo en los grandes quistes del pulmón izquierdo.

El fremito hidátide que Lorieux dice haberlo encontrado, no es aceptado por los demás autores, nunca lo hemos observado.

Auscultación

Los datos que podemos recoger de la auscultación, varían según el período en que los tomemos, así en el principio de su formación, no nos ilustrará mayormente al respecto, pero á medida que vayan aumentando de tamaño, observaremos que el murmullo vesicular irá disminuyendo de intensidad, hasta desaparecer por completo en la región del quiste, cuando éste haya alcanzado un tamaño suficiente como para volver impermeable al aire, la lámina de parenquinina pulmonar que quede aun interpuesta entre el tumor y la pared torácica.

En las zonas vecinas de la matitez, en la parte superior, en los quistes de la base, allí donde se halla sonoridad aumentada, se encuentra una respiración pueril que á veces es ruda y otras ligeramente soplante.

La bronco-fonía, sólo existe en casos de quistes supurados.

No se observa egofonía y Behr cree que cuando se encuentra, es signo de pleuresía concomitante, para demostar lo cual cita varios casos.

Cuando se encuentran ruidos sobreagregados, son debido á afecciones nuevas que han venido á complicar esta enfermedad.

No quisiera terminar este capítulo, sin antes hacer notar los fenómenos de compresión y rechazamientos que sufren los demás órganos torácicos á medida que el quiste va creciendo.

Los más directamente afectados son el corazón y los grandes vasos.

Vigla cita un caso, en que los ruídos del corazón se oían en la axila izquierda, los doctores Herrera Vegas y Aguilar, han publicado un artículo sobre dextrocardias por quistes hidáticos, y varios otros autores, entre los que podemos citar á Cornil, Gibier y entre otros á los Dres. Cranwell y Herrera Vegas, que dicen haberlo observado en los grandes quistes; á más tenemos el caso del doctor Castro con compresión de la vena cava.

Nosotros no hemos observado en ningún caso, como tampoco los edemas de que habla Lorieux en un morme quiste del pulmón derecho.

Las compresiones que puedan efectuarse sobre los demás órganos, son muy raras.

MARCHA Y COMPLICACIONES

Distintos son los procesos que puede presentar esta enfermedad abandonada asimismo en su evolución; así, en algunos raros casos llega un momento en que se detiene en su crecimiento, empezando desde este momento su faz de regresión, en el que el equinococos muere, calcificándose, estado que es perfectamente compatible con la vida del enfermo.

En un segundo caso más común, el quiste sigue su crecimiento hasta que llega un momento en que dado su excesivo tamaño, produce compresiones y desviaciones de los órganos vecinos, que dificultando la hematosis, traen como consecuencias fenómenos de asfixia (enfermo del doctor Gutiérrez, m).

Hoy es raro ver producirse estos casos, porque ó han sido descubierto antes por el médico á quien ha recurrido el enfermo guiado por algunos de los síntomas culminantes de la enfermedad, ó se han presentado en el curso de ella, complica-

ciones de las que unas tienden á la feliz terminación, mientras que otras suelen ser de fatales consecuencias.

Supuración

Esta complicación se encuentra con mayor frecuencia que en los de las otras regiones, lo que no nos debe extrañar, si tenemos en cuenta que según los últimos estudios, están contestes los autores, en considerar la periquística como una membrana muy tenue formada por el mismo parenquina pulmonar condensado y atrofiado, lo que equivale á decir, sin ninguna vitalidad y por lo tanto en malísimas condiciones para luchar con las infecciones, que por otra parte, deben presentarse frecuentemente, si tenemos en cuenta las relaciones íntimas que conservan con los bronquios de pequeño calibre.

Después de lo que dejamos dicho, no es difícil comprender que un bronquitis, una neumonía, una grippe, en una palabra, cualquier afección del aparato bronco pulmonar, puede ser la causante de esta supuración, por transmisión directa.

En otros casos son debidos á traumatismos sufridos, de diversa naturaleza y en gran parte á las punciones efectuadas con diversos fines.

Cuando estas infecciones son muy débiles, sólo se anuncian los fenómenos de supuración por do-

lor y expectoración que se hace mucu-purulenta, no muy abundante, con hemoptisis.

Todos estos síntomas se exacerban, cuando las infecciones son más intensas, pudiendo llegar á tener 38º y aun 39º de temperatura vesperal; en estos casos pueden encontrarse á la auscultación, rales de todos tamaños y algunos frotes; por otra parte suele ser muy inconstante tanto en la marcha como en los síntomas.

Otras de las complicaciones que suelen sobrevenir comunmente, son, pleuresías, bronquitis, bronco-neumonías, etc., principalmente las dos primeras que suelen ser bastante comunes.

Mucho se ha discutido si estas complicaciones serán simplemente sobreagregados casuales, ó si se tratará puramente de fenómenos de periquistitis supurada; el doctor Ferri en su tesis insiste sobre este punto y termina inclinándose á creer sean todas estas complicaciones, simples fenómenos de periquistitis supurada; nosotros no somos tan radicales y creemos que si bien en ciertos casos es indudable que se trata de infecciones que parten del quiste, en cambio en otros casos son sobreagregados, simples coincidencias.

La pleuresía una de las más comunes de estas complicaciones, se puede establecer ya sea con todo el cuadro llamativo de una pleuresía ordinaria ó

establecerse silenciosamente y ser más tarde descubierta por el examen del enfermo.

Entraremos á describir uno de los accidentes más dramáticos que se solían presentar con bastante frecuencia en la evolución del quiste hidatídico del pulmón, evacuándose al exterior por medio de una vómica, ó ya en la pleura.

Hoy estos episodios á veces fatales para el enfermo han desaparecido en parte, pues el diagnóstico y tratamiento de los quistes del pulmón se ha hecho más común entre nosotros.

Ruptura en los bronquios

Las causas de la ruptura son de las más variables, á veces se trata de un traumatismo, otra es un simple acceso de tos y en algunos otros casos ha sido una punción (enfermo del doctor Pirovano), y finalmente hay casos en que se ha producido sin que nada parezca haberla determinado (caso de Marconet).

Pero fuera de duda que la causa más común de este accidente es la periquistitis supurada, Berh, tratando este punto, dice que le cuesta creer que se produzca en los quistes hidatídicos límpios, dada la resistencia y elasticidad de las membranas de envolturas, á pesar de lo que enseñan los casos prácticos uno de los cuales historia.

Hoy, está perfectamente probado, que la ruptura se puede producir también en los quistes límpios.

El cuadro producido por la vómica, varía según se trate de vómicas pequeñas, las que apenas si merecen tal nombre, producidas en los quistes chicos ó en aquéllos con una abertura pequeña, en que el vaciamiento se hace de una manera lenta cuales en los enfermos en medio de sus ataques de tos, que se exacerban algo, expulsan esputos purulentos, sanguinolentos, que á veces se hacen francamente sanguíneos, mezclados á los cuales se encuentran trozos de vesículas ó ganchos de equinococos que son los que van á darnos el diagnóstico.

Pero no siempre encontramos esta marcha tranquila en el vaciamiento, pues cuando se trata de un quiste grande, ó de una gran puerta de comunicación con el bronquio, en estos casos cambia el cuadro que se nos presenta, y vemos entonces á los enfermos ponerse cianóticos, con un fuerte dolor, que lo expresan diciendo que sienten como si se desgarrara algo en su interior, la tos se vuelve violenta, son presa de una gran disnea, y no es raro observar signos de asfixia que parecen hacerse eminentes, como puede suceder en los primeros momentos de la ruptura del quiste.

Para explicar estos fenómenos de sofocación, Cornill hace jugar un gran rol á la acción irritante

del líquido contenido en los quistes y que sin negarlo, creemos con la mayor parte de los autores, sea debido al pasaje en los bronquios, tráquea y laringe, de las vesículas y trozos de membrana que van á ser expulsados bajo forma de vómicas, ya sea mezclado á líquido cristal de roca en los quistes límpios; ya á líquido sero-purulento de olor nauseabundo, en los supurados.

El número de las vómicas es generalmente numeroso, pudiendo existir durante semanas y aun meses, yendo disminuyendo de intensidad á medida que se van repitiendo.

Las hemoptisis que se producen en estos casos son más abundantes y más temibles que las que hemos descripto bajo el nombre de *precoces*.

Estas hemoptisis tardías, se pueden producir en el momento mismo de la vómica ó algo después; habiendo llegado en algunos casos que se registran en la literatura médica, á producir la muerte por hemorragia interna.

Después de haberse producido la vómica, queda en el pulmón una cavidad que suele ser de muy corta duración si se trata de un quiste pequeño, ó en el caso de que se haya roto antes de que á su alrededor se haya producido una zona de tejido pulmonar esclerozante, y que su contenido haya sido evacuado en pocos días, en estas condiciones se pro-

duce un proceso cicatricial que hace que se entre en una franca mejoría algunos días después.

Pero, en aquellos quistes grandes ó aun en aquéllos que aunque hayan sufrido un proceso de supuración de la periquística de larga duración antes de abrirse; en estos casos pues, de larga duración, en que si la infección no existe no tarda en agregarse, de difícil cicatrización, se asiste á todo el cuadro de lo que se conoce con el nombre de caverna hidátide, en la que á los signos de supuración, no tardan en agregarse enflaquecimiento, vómitos, anorexia, sudores, uñas hipocráticas, como las ha descripto Trousseau, con matites, con rales múltiples, con soplo anfórico, con complicaciones bronquiales y pulmonares á veces, con una expectoración mucu-purulenta, con hemoptisis, en una palabra con todo el cuadro de un tuberculoso cavitario, enfermedad que hay que tratar de despistar.

En estas condiciones siguen estos enfermos, hasta que á veces después de una lucha de varios meses, consiguen vencer evacuando toda su cavidad, que es llenada por tejido cicatricial.

En otros casos menos afortunados continúan estos desgraciados decayendo, hasta que una complicación de las descriptas se presenta, terminando así de una manera fatal, esta heróica lucha.

Abertura en la pleura

Más rara que la anterior, esta complicación es producida por las mismas causas que ella. El enfermo se siente súbitamente atacado de un gran dolor, y una fuerte disnea; generalmente se abre á la vez en la pleura y bronquio, produciendo un hidro-neumotorax, que luego suele transformarse en pio-neumotorax.

La etiología de esta complicación, es dificil de diagnósticar, como sabemos son muy diversas las causas que las producen y sólo una vómica ó una urticaria vendrían á ponernos en el camino de la verdad.

DIAGNOSTICO

Dificil en los comienzos de esta enfermedad, entre nosotros, hoy se ha progresado mucho, habiéndose hecho relativamente fácil, ya sea porque se han perfeccionado más los medios de examen, ó porque conociéndosela más se presta mayor atención para despistarla.

En nuestro país, donde á semejanza de Austra-lia se encuentra tan extendida esta afección, debemos tenerla presente en el espíritu siempre que tengamos por delante un enfermo que nos cuente que ha tenido hemoptisis, que conserva su estado general y que viene de la campaña, y principalmente de la Provincia de Buenos Aires que se encuentra tan azotada por este parásito.

El diagnóstico de esta enfermedad, no es dificil en aquellos casos en que el paciente se nos viene quejando de tos seca, dolor, disnea, hemoptisis, abovedamiento limitado, que coincide con falta de vibraciones, con matites, abolición de murmullo vesicular, respiración pueril alrededor, y acompañado de un buen estado general, ó en aquel otro caso

en que nos venga contando que ha tenido una vómica, acompañada de urticaria, en la que el examen nos va á dar vesículas y ganchos.

Pero en aquellos casos en que tratándose de quistes centrales, en que los síntomas aparecen muy poco marcados, ó bien aquellos otros en que se nos presenta con todo el cuadro del tuberculoso, es en ellos, en que el elemento diagnóstico se hace engorroso y donde se hace necesario espulgar cada uno de los síntomas que nos entregue el enfermo para poderlo despistar de las enfermedades que por la sintomatología se pueden confundir con ella.

Estos son, en la tuberculosis en sus distintos períodos, abcesos y tumores salidos del pulmón, la pleuresía crónica, la pleuresía enquistada y finalmente los quistes hidáticos y tumores salidos de los órganos vecinos, principalmente de la cara superior del hígado.

Tuberculosis

Dado lo frecuente que es esta afección entre nosotros y lo común de ciertos síntomas que presenta con los quistes hidáticos, que hace que muchas veces el clínico se encuentre en sérias perplejidades, creo oportuno describir en un cuadro los caracteres más salientes que nos llevarán á hacer el diagnóstico entre estas dos enfermedades.

Tuberculosis	*Quistes Hidatídicos*
1—Procedencia del enfermo, sin importancia.	1—Procedencia del enfermo, la campaña.
2—Antecedentes hereditarios, padres ó hermanos enfermos.	2—Antecedentes hereditarios, sin ninguna importancia.
3—Antecedentes personales, resfríos anteriores frecuentes.	3—Antecedentes personales, sin importancia.
4—De una evolución que comienza por decaimiento, falta de apetito y dispepsias.	4—Una evolución lenta, insidiosa, que puede comenzar con dolor, tos, ó por hemoptisis.
5—Estado general, individuo en mal estado de nutrición.	5—Estado general, bueno.
6—Tos, con espectoración en la que se puede notar estrías de sangre.	6—Tos quintosa, ó bronquial, que puede traer expectoración, pero lo común es que sea seca.
7—Localización en el vértice en uno ó en ambos.	7—Localización en la base.
8—Inspección: espacios intercostales, infra-claviculares, etc., deprimidos, tórax retraído.	8—Inspección: tórax abovedado.
9—Palpación: aumentadas las vibraciones.	9—Palpación: disminuídas ó apagadas las vibraciones.
10—Sub-matitez ó matitez en una zona difusa.	10—Sub-matitez ó matitez con pase brusco á la sonoridad; con límites curvos que la limitan.
11—Auscultación: en el vértice, una respiración vesicular, ruda. Expiración alargada, á veces soplante con rales crepitantes, pectoriloquia afona y broncofonía.	11—Auscultación, silencio respiratorio, ó murmullo vesicular alejado, en la zona mate; en los alrededores se puede encontrar, respiración pueril, ruda, algunos rales; no existe broncofonía ni pectoriloquia afona.
12—Pulso, frecuente, hipotenso.	12—Pulso normal.
13—Radiografía y radioscopia, sombra difusa.	13—Radiografía y radioscopia, sombra limitada, de contornos netos.
14—Terminación, muerte por caquexia.	14—Terminación, muerte por asfixia, caquexia hidátide, ruptura ú otras complicaciones.

La fiebre del tuberculoso que puede presentar el quiste abierto y supurado con caverna hidátide, unida al enflaquecimiento, la caquexia y los sudores, se despistan por los datos que nos da el enfermo de la vómica anterior y por el análisis de los esputos, en que hallaremos en el tuberculoso los bacilos de Koch.

En los casos de coincidencias de estas dos afecciones que no es raro encontrarlas, entonces recurriremos á la radiografía, examen de la sangre y de los esputos, que serán los únicos que nos podrán poner en el camino del diagnóstico.

Tumores sólidos del pulmòn

Los más comunes son los sarcomas y carcinomas, que, á semejanza de la afección que nos ocupa, dan dolor, tos, hemoptisis y disnea, pero se desarrollan generalmente en individuos de edad; sin embargo, suele observarse también en jóvenes, pero entonces tenemos que se trata de tumores que se desarrollan secundariamente en el pulmón, de manera que en el interrogatorio encontramos antecedentes que nos enseñan su asiento primitivo en otro órgano. Las vibraciones aumentadas, ó por lo menos, conservadas; si á esto unimos los ganglios que se encuentran al examen, el estado general decaído, demacrado, la caquexia que inva-

de, no nos será difícil llegar á hacer el diagnóstico de la naturaleza del tumor.

Abceso del pulmón

El diagnóstico diferencial con los quistes y, sobre todo, con aquéllos que hayan sido precedidos su abertura por fenómenos de periquistitis supurada, es muy difícil, y sólo la vómica que nos permite buscar ganchos ó vesículas, la urticaria que pueda existir, ó la cosinofilia nos podrán dar la clave del diagnóstico.

Pleuresías

El diagnóstico con esta afección suele ser dificil y sobre todo en aquellos casos de quistes grandes que suelen traer espezamientos pleurales y derrames.

Transcribo á continuación un cuadro comparativo de ambas afecciones que tomo de Vigla, del año 1855, por creerlo aun de gran importancia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Quis es hidatídicos del Pulmón.	*Pleuresías crónicas.*
1—Dolor constante ocupando una extensión bastante considerable, con irradiaciones frecuentes del lado afectado.	1—Dolor, solamente al principio de la enfermedad, generalmente limitado y sin irradiaciones.
2—Disnea siempre creciente, síntoma el más grave de la enfermedad, causa ordinaria, por decirlo así, natural de la muerte.	2—Disnea á menudo difícil, que se hace estacionaria al cabo de cierto tiempo, causa excepcional de la muerte.
3—Dilatación del lado afectado, desigual, deformación ó abovedamiento parcial.	3—Dilación uniforme, general.
4—Matitez, procediendo de un punto cualquiera de la circunferencia.	4—Matitez, procediendo generalmente de las partes inferiores á las superiores.
5—Sin nivel regular.	5—Nivel casi igual en toda la circunferencia.
6—Pudiendo avanzar en punta del lado opuesto.	6—Pudiendo invadir el lado opuesto, en una mayor ó menor extensión, pero siempre siguiendo una línea casi vertical.
7—Desenvolvimiento independiente de las leyes de la gravedad.	7—En resumen: Desenvolvimiento en relación con la forma de la pleura y distribución del líquido según las leyes de la gravedad.
8—Ausencia ordinaria de todo ruído respiratorio.	8—Lo más á menudo, soplo brónquico más ó menos alejado.
9—Ausencia de broncofonía y egofonía.	9—Broncofonía y egofonía.
10—Ausencia de fiebre.	10—A menudo fiebre.
11—Integridad prolongada de las funciones, exceptuando la respiración.	11—Alteración pronta de casi todas las funciones.

12—Principio desconocido, estado crónico d'emblée.	12--Principio ordinariamente marcado por un estado agudo que luego pasa al crónico.
13—Marcha lenta.	13—Marcha mucho menos lenta.
14—Duración muy larga.	14—Duración menor.
15—Caquexia última, teniendo por condición la anemia y enflaquecimiento.	15—A menudo fiebre éctica terminal.
16—Muerte por asfixia, fuera de los casos de accidente ó complicacioneis.	16—Muerte por agotamiento.
17—Influencia á veces marcada de una violencia anterior sobre el desenvolvimiento de esta enfermedad.	17—Influencia de las violencias exteriores, generalmente nulas.

En los casos de pleuresías enquistadas, se hace mucho más difícil el diagnóstico y sólo nos guiaremos por los antecedentes del enfermo, que nos dará datos de una afección aguda anterior, ó de haber tenido una vómica ó una urticaria, pues la temperatura, que podría servirnos, pierde su valor desde el momento que un quiste supurado puede también darla.

Quiste hidátide de la cara superior del hígado

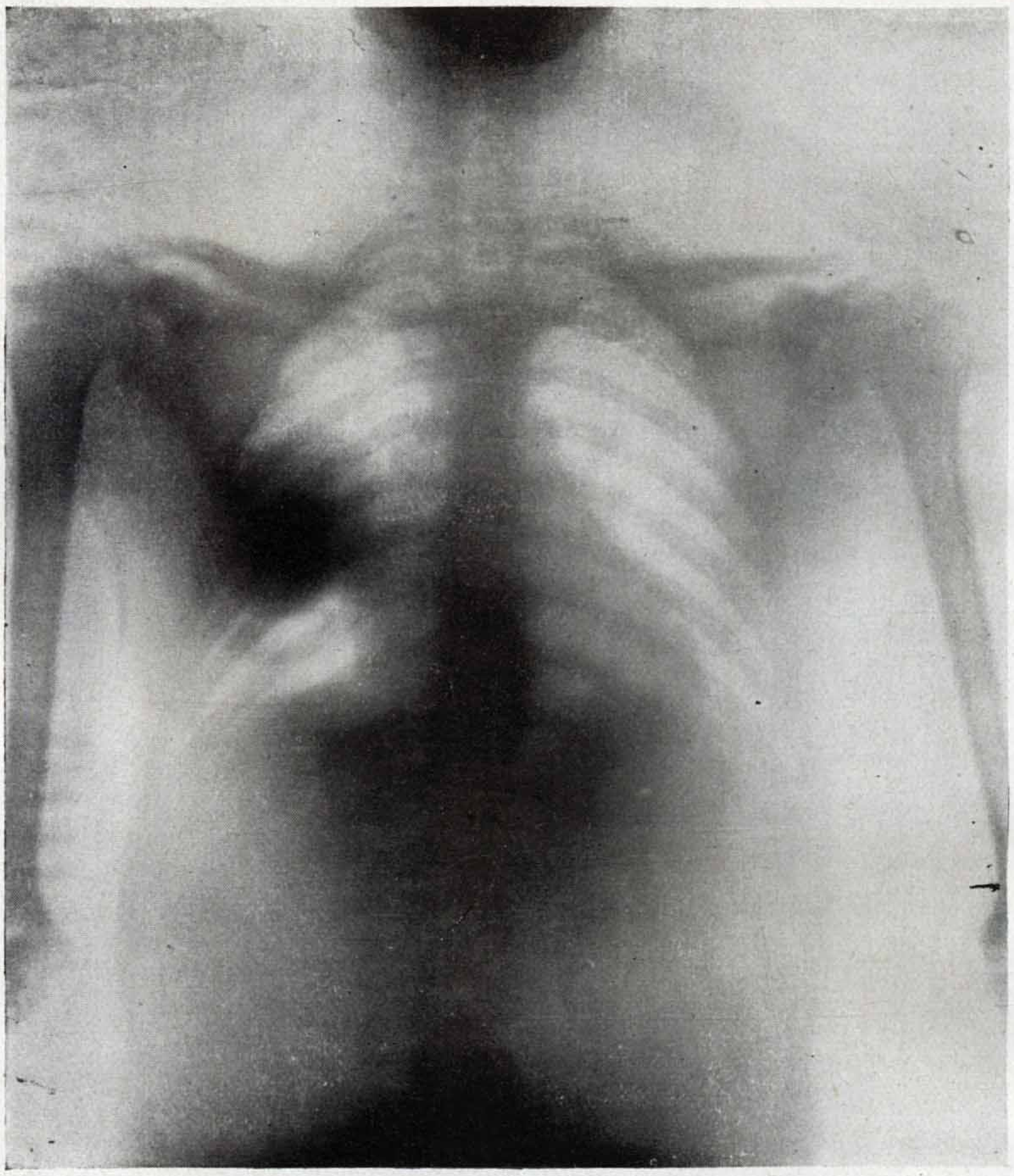
Cuando el tumor hidátide asienta en la base misma del pulmón derecho, de manera que entre éste y el hígado no queda nada de tejido pulmonar aereado que nos pueda dar sonoridad á la percusión entre ambos, el diagnóstico de localización se hace muy difícil, pues tanto los quistes de la base

del púlmón, como los de la cara superior del hígado, á desarrollo torácico, producen un descenso del hígado hacia el ombligo, si bien es cierto que los últimos producen un rechazamiento más marcado; ambos dan también un abovedamiento de la base del tórax.

Sin embargo, quedan algunos signos que nos pueden servir, por ejemplo, los del hígado no traen tos, hemoptisis ni dolor; en cambio, pueden tener ictericia en ciertos casos. Al que podemos agregar la desaparición del relieve de las últimas costillas en los hepáticos. En los casos de quistes abiertos, los esputos de los pulmones serían salados, mientras que los otros tendrían un gusto amargo, por la bilis, que los teñiría á la vez de verde.

Y finalmente, el examen radioscópico, nos enseñaría que el diafragma se encuentra elevado de ese costado, que las escursiones respiratorias están disminuidas, y que el pulmón está claro en toda su extensión.

Antes de cerrar este capítulo, voy á hacer siquiera una pequeña reseña sobre el examen radioscópico y radiográfico á la vez que sobre la cosinofilia; hermosos medios para la ayuda y precisión del diagnóstico; y terminaré con dos palabras sobre la punción exploradora.





Rayos Roetgen

De gran aplicación en las enfermedades pleuro-pulmonares, ya sea como medio de confirmación de un diagnóstico, ó con el fin de localizarlo.

El examen del enfermo se puede hacer en distintas posiciones, prefiriéndose la de pie, pudiendo hacerlo de frente, de espaldas, de costado ú oblícuamente.

No me detendré en el examen de las imágenes normales del tórax, y pasaré á las patológicas del pulmón, que son las que nos interesan.

En las pleuresías con derrame, notamos una sombra bien neta en toda la extensión de la pleura ocupada por el líquido, el límite es casi horizontal, ligeramente convexo hacia arriba; este límite cambia con las distintas posiciones del enfermo.

En la tuberculosis da una opacidad difusa más ó menos marcada, sin límites claros.

Los quistes hidatídicos proyectan á la pantalla una sombra bien limitada, más ó menos redondeados, limitada por una zona clara dada por el resto del pulmón normal, como lo demuestran las láminas adjuntas. Esta nitidez de caracteres con que aparecen, ya sea al examen radioscópico ó al radiográfico, se pierde, cuando se trata de grandes quistes que han determinado espesamientos pleurales.

Eosinofilia

El valor semeiológico de la eosinofilia aplicado al diagnóstico de los quistes hidatídicos, es interesante, por más que sobre su valor no se encuentran de acuerdo todos los autores.

Los eosinofilos se encuentran en número de 70 á 150 por milímetro cúbico, y como cifra relativa de 0.5 á 2.5 por ciento, aumentando hasta 3.5 en los niños.

Debe considerarse como eosinofilia hemática, sólo en aquellos casos que pasan de 4 por ciento para 7 á 8 mil glóbulos blancos.

El doctor Acuña, uno de los que más se ha ocupado de este asunto entre nosotros, cree que si bien es cierto que se encuentra en muchas afecciones crónicas: asma, tuberculosis, lepra, etc., como en ciertas intoxicaciones y en las enfermedades parasitarias: anquilistoma, ascaris, etc., en ninguna encierra tanta importancia como en los quistes hidáticos, llegando á la conclusión de que con la simple constatación de la eosinofilia positiva, podría formularse un diagnóstico (siempre partiendo del principio que se han eliminado las otras causas que la pueden producir) aun en ausencia de otro síntoma, á la vez que cree sea un factor serio en contra, en los casos negativos.

Dicho autor sostiene que la eosinofilia es cons-

tante en esta enfermedad, en una proporción de 85 á 90 por ciento de los casos, siempre que se emplea una buena técnica.

Sostiene que deben hacerse numeraciones cualitativas por lo menos sobre 800 elementos, y á más, determinar el número de eosinofilos por milímetro cúbico de sangre.

Los autores europeos, Tuffier, Memmi y otros, están contestes en reconocerle importancia.

Nosotros hemos estudiado con interés este punto, habiendo encontrado en la mayoría de los casos una eosinofilia positiva, en algunos otros no nos ha respondido.

Punción

Mucho se la ha usado y aún hoy se emplea con fin explorador, estamos conformes que se la debe rechazar, por los inconvenientes que presenta (infección del quiste, muerte en ciertos casos), los partidarios de ella sostienen que los casos fatales no han sido producidos por punciones capilares como son las que se hacen con las agujas de exploración, sino que han sido con trocar, tratando así de justificar su uso, pero creemos que dado que su empleo no es necesario para llegar al diagnóstico desde el momento que disponemos de medios clínicos que nos van á llevar á él, bastaría la me-

nor sospecha de los inconvenientes que se le tachan, para que se le regalara al olvido como medio de diagnóstico, dejándole vaya á ocupar un lugar en el arsenal del cirujano como complemento de uno de los distintos tiempos de la operación.

PROFILAXIA

Vamos á abordar uno de los capítulos de mayor importancia para la higiene pública de nuestro país, tema de marcada actualidad dada la asombrosa rapidez con que esta afección se ha extendido entre nosotros desde los alrededores del año 70, época en que empieza á conocerse, hasta la fecha, en que se encuentra devastando extensas zonas de la República, y principalmente en la rica campaña de la provincia de Buenos Aires, en donde lleva inmoladas ya tantas víctimas en su honor.

Los progresos incensantes que viene realizando esta afección, son frutos, precisamente, del abandono en que ha permanecido entre nosotros todo lo que haya significado higiene pública, si bien es cierto que algunos distinguidos médicos argentinos se han ocupado del punto en repetidas ocasiones con un entusiasmo digno de elogios, también es cierto que las autoridades encargadas de velar por la higiene pública, poco ó ningún caso hicieron para llevar á la práctica ninguna de las regla-

mentaciones que en diversas ocasiones se han propuesto, habiendo permanecido cruzados de brazos contemplando como, caravanas de estos infelices acudían á golpear las puertas de los hospitales, con la sola esperanza de que el hábil bisturí del cirujano viniera arrancarlos de los brazos de la muerte, para entregarlos sanos y buenos al seno de la sociedad, en condiciones de volver á emprender las faenas, pero no libres de volver á adquirir esta terrible enfermedad.

En nuestro capítulo de etiología hemos tenido oportunidad de hacer notar cómo es el perro el huesped definitivo y necesario del equinococos para llegar á su estado adulto y como una vez maduros sus anillos van á ser expulsados al exterior junto con las materias excrementicias, las que destruídas por la acción del tiempo, dejarán en libertad infinidad de huevos, que las lluvias y vientos serán encargados de esparcir, contaminando así los campos, huertas y aguadas, puntos donde se infectarán nuestros ganados, ingiriendo junto con los alimentos los huevos de estos macrobios y que una vez en contacto con el jugo gástrico, pondrán en libertad el embrión exacanto, el que valido de sus ganchos, irá por un mecanismo que ya conocemos á localizarse en los órganos vasculares, formando las conocidas *vejiguitas de agua* y terminando así su primer ciclo, donde permanecerán al estado larvado,

hasta que una condición propicia le permita su paso al huesped definitivo, en donde podrá terminar su segundo ciclo.

Es de observación común en las estancias durante las carneadas, que son precisamente estos órganos cargados de quistecitos, los que se destinan para la alimentación de estos fieles animales; los que se les vé rodeando la rés, á la espera del momento oportuno en que se les arroje un trozo de estas visceras.

Como vemos, es el hombre el que de una manera inconciente se encarga de trasmitir á los perros estos parásitos al estado larvado, favoreciendo el desarrollo al estado adulto; colocándolo así en con diciones de volver á recomenzar su evolución.

Una vez de haber conocido la evolución de esta afección veámos las diversas maneras como puede infectarse el hombre.

Ya se hace por los alimentos, verduras, frutas no bien limpias ó por las aguas que se hace uso sin hervir ni filtrar; en otros casos se efectúa de un modo más directo, dada la manera de hacerse el toilette que tiene el perro (después de su defecación) lamiéndose la región anal; facilmente se comprende que puedan quedar adheridos á la lengua ó pelos de la boca, huevos que más tarde al comer, en los platos y útiles de que se vá á servir el hombre, ó en los momentos que estos animales cariño-

sos por excelencia se entregan á los mayores afectos con su protector, lamiéndole las manos y aún la boca, en medio de mil saltos y brincos le transmitirán esta grave enfermedad.

Dada la intimidad en que se desarrolla la vida con estos animales, los habitantes de la campaña y aún en algunas distinguidas familias de las Ciudades, sin preocuparse en absoluto de los peligros que para ellos entraña, creemos que las autoridades deben emprender sin más tardar la ardua tarea de enseñar al pueblo por diversos medios, los peligros que encierra el contacto con los perros y las diversas maneras de evitarlos, único modo de poder combatir los progresos de esta afección.

Todos están de acuerdo en que la manera de combatirla es:

1º Eliminando el huesped definitivo, ya que no nos es posible hacerlo con el intermediario base de nuestra riqueza.

2º Evitar la infección de los que queden.

Tendientes á conseguir estas dos medidas, son las reglamentaciones que se han propuesto tanto en el extranjero como entre nosotros.

Tomamos de la obra de los doctores Herrera Vegas y Cranwell, por creerlas de importancia, las medidas propuestas por Krabbe.

1º Reducir el número de perros á los extrictamente necesarios para cuidar el ganado.

2º Alejarlos de los habitantes y no tener contacto con ellos.

3º No permitir se alimenten de visceras infectadas, destruyéndolas por la cremación ú otros medios.

4º Administrar á los perros sustancias vermifugas, para librarles de sus tenias.

Entre nosotros el doctor Massi, en su tesis ocupándose del punto, llega á las siguientes conclusiones.

a) Cada perro del Municipio llevará al cuello una chapa con el número y fecha de la patente, ésta costará (tanto).

b) Toda patente debe de ser renovada cada 3 meses.

c) Todo perro que se encuentre en la vía pública sin patente será recogido y sacrificado en el acto, sin que por ningún pretexto pueda ser recuperado por su dueño.

d) A más de la patente, el perro llevará un bozal y será sacrificado aquél que no la lleve.

El doctor Wernike, propone para los perros de la campaña.

a) Que en los campos de adentro, se puede autorizar á tener uno ó dos perros por población, obligándole á pagar una patente por cada perro de más que tenga, bajo pena de una multa igual al duplo

de la patente y destrucción de los excedentes en casos de reincidencias.

b) Al estanciero de afuera que necesita recoger con perros, habría que tolerarle algo más, pero nunca verdaderas jaurias:

Y los doctores Herrera Vegas y Cranwell agregan, que podría autorizarse que cualquier propietario pudiera matar á los perros que encontrase en su propiedad, sin tener obligaciones de denunciar el hecho.

A fines del año 1906, el Gobierno Nacional alarmado ante la magnitud que estaba tomando esta peligrosa endemia, nombró una comisión compuesta por distinguidos médicos, para que en compañía del Presidente de la Sociedad Rural y del Gefe de la División de Ganadería, proyectasen medidas, redactando las instrucciones más oportunas para combatir esta enfermedad, la que ha presentado su informe á principio del corriente año, en la que después de hacer un estudio sobre la evolución de los quistes hidatídicos y profilaxia, termina aconsejando que se tomen medidas de orden administrativo y de propaganda.

Las primeras consisten en:

1º Creación de mataderos económicos en toda la República.

2º Reemplazar los deficientes y en malas condiciones.

3º Hacer obligatoria la inspección veterinaria en dichos establecimientos.

4º Dictar Ordenanzas especiales, prohibiendo la entrada de perros en los mataderos, y ordenar el comiso é incineración de las visceras contaminadas.

5º Prohibir bajo penas severas la matanza clandestina.

6º Destruir los perros vagabundos y establecimiento de patente obligatoria.

7º Ordenar donde sea posible que las huertas estén cerradas.

Las segundas clases de medidas tomadas, consisten en:

1º Colocar un cuadro mural ilustrado en todos los sitios frecuentados, en el que se explicará de una manera sencilla, lo que son los quistes hidáticos y las precauciones higiénicas que debe adoptar el público para evitarlos.

2º Distribuir profusamente por medio de la Sociedad Rural, entre los estancieros y mayordomos, una cartilla con el título siguiente:

«Como se puede evitar los quistes hidatídicos» (vejiguitas de agua): dicha cartilla será ilustrada con figuritas demostrativas y explicará la naturaleza de la enfermedad y su profilaxia.

3º Distribuir conjuntamente con las patentes de perro, una hoja impresa, con los datos necesarios, para hacer conocer el peligro de los quistes hidáticos.

PRONOSTICO

Es variable según la evolución que sigue el quiste, así en aquellos que llegados un cierto momento de su crecimiento, mueren, calcificándose, no encierran ningún peligro para el enfermo, siendo por lo tanto de buen pronóstico.

En otros, abandonados á su crecimiento, llega un momento que el rechazamiento y comprensión de los órganos es tan grande, que están condenados á producir la muerte por asfixia lenta, sino sobreviene algunos de los episodios que conocemos, de los que unos tienden á la curación en pocos días por vómica y restablecimiento algunos días después, mientras que otras veces estas vómicas son fatales ya sea por asfixia, por hemorragias ó por la misma supuración que suele establecerse después de la abertura, y en los que en algunos casos después de una serie de alternativas que pueden durar hasta dos ó tres años, terminan por la curación.

Hoy el pronóstico ha mejorado grandemente, si tenemos en cuenta que con los progresos reali-

zados en el diagnóstico, que hace que se haga relativamente frecuente, cuando áun los quistes por su tamaño no son capaces de producir grandes trastornos; habiendo hecho desaparecer de las estadísticas un gran número de muertes por asfixia y por las distintas complicaciones que ya conocemos.

La estadística de Devaine daba una mortalidad de 62.5 por 100 mientras que la de Herrera Vegas y Cranwell dá de 6 á 8 por 100.

En los quistes supurados, marzupializados suele establecerse una larga supuración que debilita al enfermo, no siendo raro observar algunas complicaciones del lado del aparato bronco-pulmonar, que suelen ser fatales.

TRATAMIENTO

I

Al ocuparme de este interesante capítulo, voy á pasar por alto el tratamiento médico, lo mismo que el de la punción ya sea evacuadora ó ya acompañada de inyecciones parasiticidas, pues se encuentran completamente abandonados, el uno por inútil el otro por ser de dudosa asepsia, ser peligroso para el enfermo y luego que quedando la membrana germinal en su interior, no sabemos el proceso que seguirá.

Entraremos pues de lleno á tratar el método quirúrgico una de las más bellas y atrevidas conquistas de la cirugía moderna y durante su desarrollo sólo me ocuparé de los procedimientos que se encuentran en práctica. Citaremos de paso el de Delorme, por ser la primer toracoplástia temporaria que se ha hecho, hoy completamente abandonada,

por tratarse de un procedimiento cruento y mal reglado.

La técnica del tratamiento que nos ocupa, comprende varios tiempos esenciales que pasaremos en revista en el curso de este capítulo:

1º—Incisión de la parte torácica hasta llegar á la pleura.

2º—Algunas maniobras especiales de las que hay que hacer uso para reconocer y abordar el quiste de una manera eficaz.

3º—El tratamiento del quiste y de su periquística, tiempo esencial de la operación.

Entre los procedimientos empleados para llegar á la pleura, citaremos en primer línea la resección de una costilla por ser el más simple.

No dudamos por un momento siquiera, que en estos quistes grandes ó desarrollo pleural, en los que á menudo se encuentran ya adherencias, basta la simple extirpación de una costilla para su tratamiento.

Pero otro es el caso en aquellos quistes centrales, en que para llegar á ellos hay que atravesar una capa de parenquina pulmonar, en que se hace necesario ver y palpar, y que por lo tanto, se necesita de un ancho campo para poder tratar el quiste y á la vez la hemorragia que da el pulmón, maniobras todas que serían difícil poder efectuar por una brecha tan limitada como la que da una

resección de costilla, y que obligan muchas veces á tener que resecar una segunda.

Ahora, si por otra parte tenemos en cuenta que en numerosos casos la zona de signos percutorios y auscultatorios, no corresponde exactamente al sitio ocupado por la lesión (tal como lo ha anunciado Tuffier y lo corrobora la experiencia diaria), no se vacilará en considerar á la resección de una costilla (constituyendo el tiempo preliminar en el tratamiento de los quistes hidatídicos), como un procedimiento de excepción y sólo aplicable á los casos á que hemos hecho referencia hace un momento, es decir, cuando el quiste ha adquirido un volumen muy grande de tal modo que su situación es ya muy superficial, debajo mismo de la pleura, con cuya hojuela parietal está unida por adherencias, y que algunas veces hacen un relieve apreciable á la vista en la pared torácica.

Fuera de estos casos, que no son los más comunes en la clínica, la resección de una sola costilla no debe emplearse en el tratamiento de los quistes hidatídicos, por ser un procedimiento insuficiente y perjudicial, porque expone á hacer una operación inútil, sin que se llegue á encontrar á través de la brecha reducida la lesión que se trata de abordar.

Es por estas razones, que se ha introducido para el tratamiento de los quistes hidatídicos la toracotomía de Potemsky modificada por el doctor Re-

petto, que consiste como veremos en seguida, en la resección de una costilla, pero, de tal modo que es fácil en caso necesario el levantamiento junto con el colgajo de la costilla superior ó la resección de la inferior.

El doctor Repetto á raíz de un caso que operó hace algunos años por este procedimiento, con éxito, hace una publicación en los anales del Círculo Médico del año 1899, de un trabajo ilustrado con fotografías, en el que hace la descripción de dicho procedimiento, que lo divide en cinco tiempos.

1º—Una vez determinada la costilla que va á movilizar, hace á lo largo de su borde inferior una incisión de unos 10 centímetros que comprende todos los tejidos hasta el hueso, levantando luego en cada extremidad de esta incisión una vertical, que no debe pasar los límites de la costilla que se va á movilizar.

2º—Desprende á legra, el periostio del borde inferior y cara interna de la costilla, luego á dedo desprende la pleura parietal del músculo intercostal situado por arriba de la costilla que se va á movilizar, una vez terminado, procede á seccionar la costilla al nivel de cada una de las incisiones verticales, levantando entonces todo el colgajo osteo músculo cutaneo.

3º—Procede á abrir la pleura, tomando en seguida el pulmón con una pinza, y trayéndolo hacia

la herida, en donde efectúa los dos últimos tiempos consistentes en tratamiento del quiste y de la periquística, que no se diferencia en nada del usado por el doctor Posadas.

Este procedimiento simple y á pesar de las ventajas que su autor hace notar, como sería la de poder levantar varias costillas en caso necesario agrandando la brecha, sin embargo, dada la doble sección que de la costilla que se va á movilizar, corta los vasos y nervios de la región, dejando por lo tanto ese colgajo en muy malas condiciones de nutrición. Basándose en consideraciones de este orden y preocupado por la insuficiencia de la resección de una sola costilla, procedimiento entonces en uso para el tratamiento de los quistes hidatídicos del pulmón, el distinguido y malogrado cirujano argentino doctor Alejandro Posadas, propone en 1898 en un trabajo presentado á la Academia de Medicina de Buenos Aires, la movilización temporaria de un colgajo, á base externa y que comprende dos costillas y el espacio intercostal correspondiente.

Esta toracoplastia, presenta todas las ventajas de una operación reglada y permite además por las dimensiones de la brecha operatoria, librarse con eficacia á las maniobras de exploración y á los derivados del tratamiento de la lesión pulmonar. En este trabajo, el doctor Posadas presenta las histo-

rias clínicas de los primeros enfermos operados con éxito por ese procedimiento y describe en 5 tiempos la técnica de la operación.

1º—Incinde la piel en forma de U, colocando la base del colgajo de manera que corresponda al punto de llegada de los vasos, su trazado corresponde al centro de los signos de localización, las ramas horizontales de la U, corresponden á los espacios intercostales que limitan las costillas movilizadas; una vez incindidos piel y músculos, libera el colgajo músculo cútaneo y se reclina hacia la base.

2º—Sobre la parte media de la cara externa de ambas costillas, incinde el periostio y con legra desprende de la mitad superior, borde y cara interior de la costilla superior y después en la cara interna, abandona la legra y á dedo se sigue desprendiendo la pleura del músculo intercostal; del lado que corresponde á la convexidad cútanea, secciona las costillas muy oblicuamente, corta el músculo intercostal y fractura las costillas en la base del colgajo, reclinándolo enseguida.

Los puntos restantes de la operación se relacionan con la abertura de la pleura y tratamiento directo del quiste, puntos de los que trataremos dentro de un instante.

El colgajo así obtenido ofrece todas las seguridades de una buena nutrición, á más de que las dimensiones de la brecha operatoria presentan una

superioridad indiscutible sobre los otros procedimientos, que se evidencia particularmente en los casos de quistes pequeños intrapulmonares y que no han llegado todavía á ponerse en relación con la pared torácica.

C. Garré (Garré y Quincke; Grandiss de Lunguchargie, 1903) figura una toracoplastia que deriva directamente de la que acabamos de describir, con ligeras modificaciones de detalle.

El primer colgajo músculo cútaneo, ofrece las mismas disposiciones y dirección que en el procedimiento de Posadas.

En un segundo tiempo se levanta el colgajo intercostal correspondiente, siendo en la técnica de este tiempo que la operación que nos ocupa se diferencia de la anterior; el autor mencionado incinde directamente los músculos intercostales superior é inferior, paralelamente á las costillas, hasta llegar á la hojuela parietal de la pleura que es desprendida de la cara profunda del periostio y del músculo intercostal, comprendido en el colgajo.

Una vez hecho esto, se seccionan las costillas con una sierra de Gigli en el punto donde Posadas las secciona á costótomo.

Como se observa es una modificación sin ninguna ventaja y en cambio tiene inconvenientes como ser que se puede seccionar la pleura sobre todo

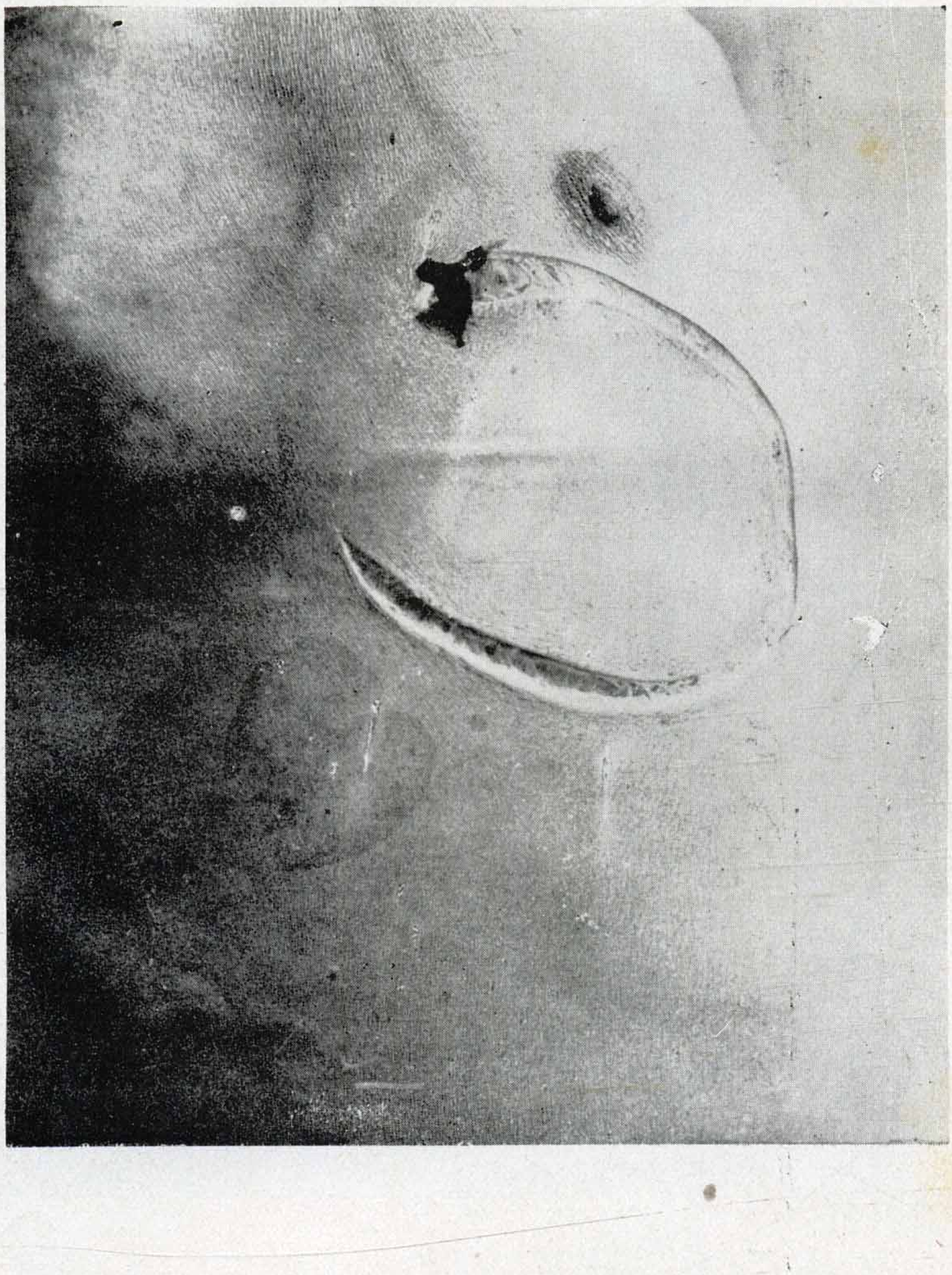
en ciertos casos que se hace difícil diferenciarla de las fibras musculares de los intercostales.

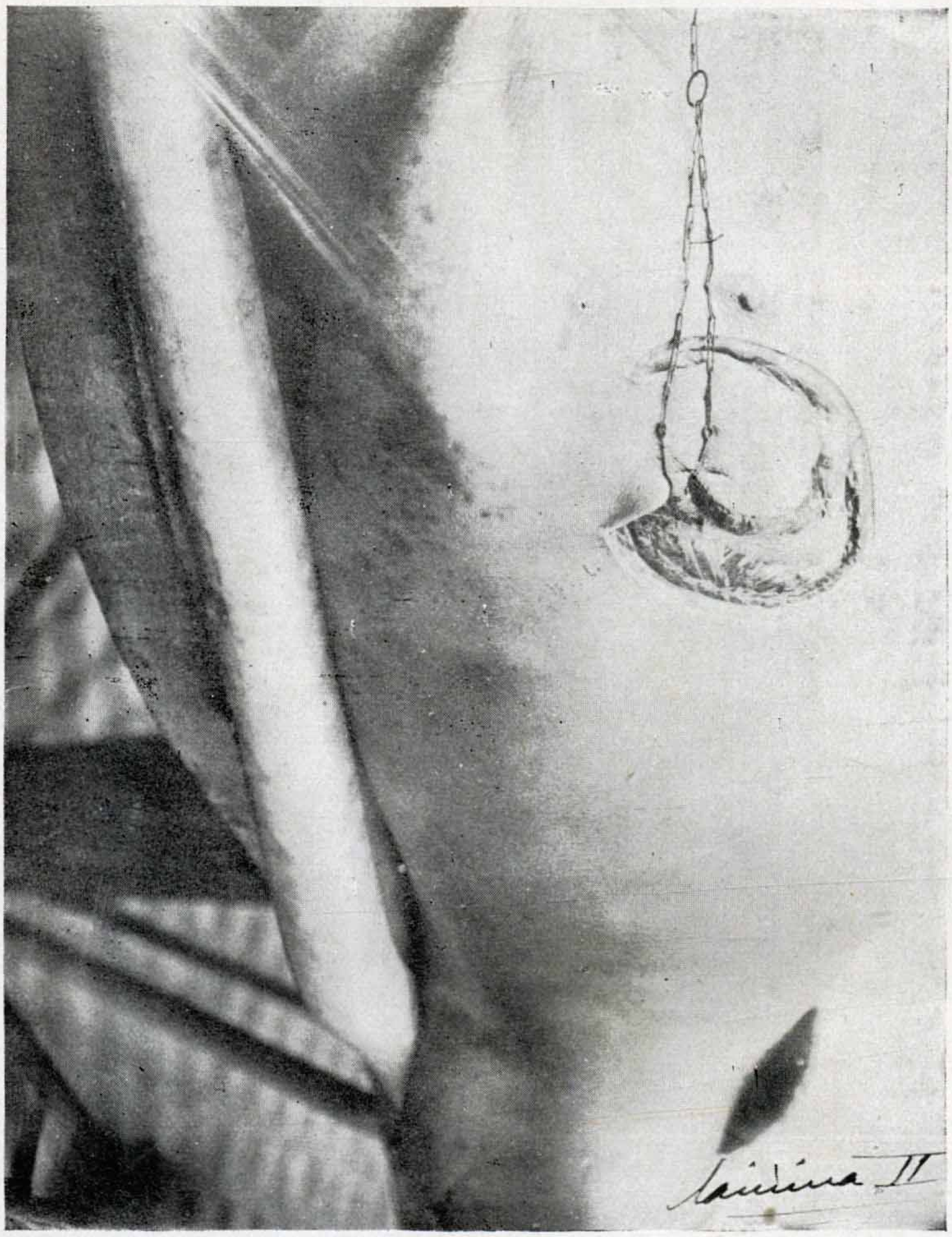
Ultimamente el doctor Finochietto, fundándose en razones de orden técnico, ha modificado la operación de Posadas, simplificándola.

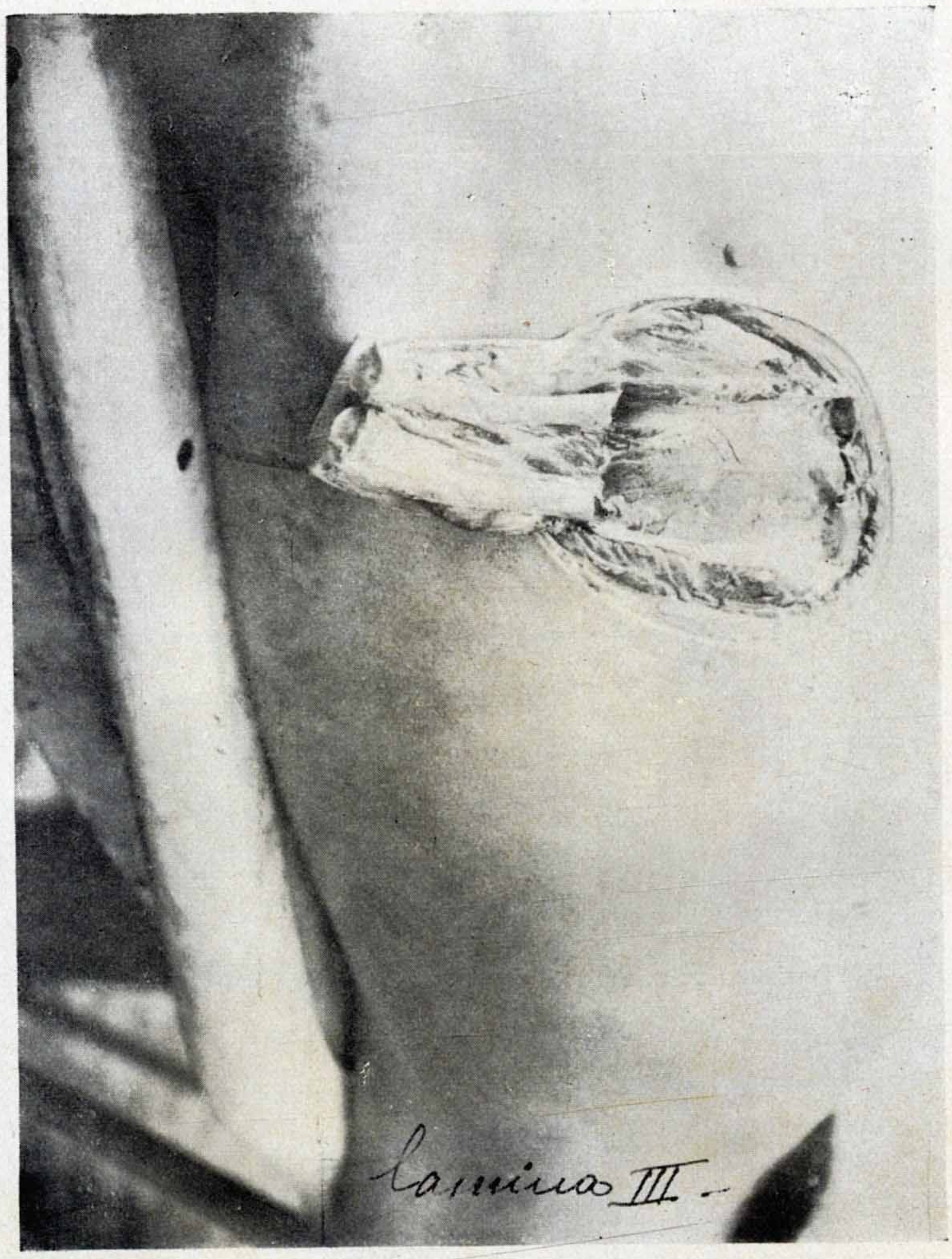
La principal modificación se basa en que la movilización del primer colgajo músculo cútaneo, independiente de las costillas no presenta ninguna ventaja, que en los casos de lesiones sépticas en los que se hace necesario drenar, la supuración puede insinuarse entre estos dos planos; en que la movilización de un colgajo osteo músculo cútaneo es perfectamente factible, desperiotando la cara interna de las costillas, tal como lo hace Posadas, al levantar su segundo colgajo osteo-múscular y finalmente que este colgajo único ofrece las mejores condiciones de nutrición apetecibles.

De aquí la técnica empleada por el doctor Finochietto á la que acompañamos algunas fotografías que hacen perfectamente comprensibles en todo su detalle.

Se traza una incisión en forma de U, con su base hacia atrás y de tal modo que las ramas en lugar de ser rectas, pasen al nivel de los bordes de las costillas adyacentes á las que han de constituir el colgajo y sus extremos vuelvan á incurvarse ligeramente hasta acercarse á los bordes de las costillas que se han de movilizar (lámina I). Esta




Sandina II



Lamina III -

incisión comprende los tegumentos y los músculos de la pared hasta llegar á las costillas y músculos intercostales exclusivamente. Hecho esto, se reclina el borde superior de la incisión hacia abajo y el inferior hacia arriba, hasta poner á descubierto los bordes alejados de las costillas correspondientes. A dos milímitros de estos bordes y sobre su cara externa, se incinde el periostio paralelamente á ellos y en toda la extensión de la herida (lámina II). Se desnuda á legra el borde superior y cara interna de la costilla superior, se hace lo mismo con el borde inferior y cara interna de la costilla inferior y con la legra curva se separa la pleura de la cara profunda del músculo intercostal intermediario; la sección de las costillas en su parte anterior y levantamiento del colgajo, previa fractura en su base, no ofrece nada de particular.

La brecha operatoria que resulta de estas maniobras previas se halla así constituida (lámina III).

En el centro, la hojuela parietal de la pleura á través de la cual se vé en condiciones normales de transparencia, la superficie del pulmón con su aspecto y movimientos característicos, por encima y por debajo de esta franja la cinta fibrosa del periostio de la cara interior de las costillas, y por último en los extremos límites de la región en las porciones correspondientes á las ramas de la U, los músculos intercostales. La puesta en descubierto

de estos músculos, tiene, como veremos dentro de un instante, una importancia capital, pues garantiza la eficacia del arponamiento del pulmón, maniobra que debe preceder á la abertura de la pleura y de la que pasaremos á ocuparnos en seguida.

El modo operatorio que acabamos de describir ha sido ensayado experimentalmente y puesto en práctica en el vivo con buen resultado.

II

Terminada la operación preliminar por cualquiera de los procedimientos antes descriptos, llega el momento de fijar con exactitud el sitio de la lesión, con el objeto de abordarla lo mejor y más pronto posible, disminuyendo de esta manera el riesgo que debe correr el enfermo.

Con este fin vamos á hacer un estudio somero de las maniobras que se han empleado.

Empezaremos por hacer notar que el principal escollo á evitar, son los accidentes producidos por la entrada brusca del aire en la pleura; así el pulmón que se encuentra sometido de golpe por el aire ambiente á una presión mayor á la que normalmente existe en la pleura, se retrae en el fondo de la gotera vertebral.

En estas condiciones su expansión inspiratoria se hace imposible, lo que implica una incapacidad funcional casi completa. El pulmón sano debe suplir esta deficiencia y de ahí la respiración ansiosa y la aceleración del pulso. Si en estas condiciones, todavía no muy alarmantes (puesto que el pulmón sano basta para satisfacer las necesidades del organismo), sobreviene un accidente cualquiera, capaz de aumentar el esfuerzo expiratorio del pulmón sano, se producirá un nuevo desequilibrio de presiones que traerá como consecuencia la insuficiencia de la función respiratoria y el colapso cardíaco.

De aquí nace la serie de procedimientos inventados para disminuir estos accidentes.

Empezaremos por citar primero las tentativas hechas en el sentido de igualar las presiones.

Sauerbruch cree que esta complicación se puede evitar operando bajo presión, para lo cual inventó un aparato muy grande y complicado, pues se trata de una cámara neumática de unos 14 metros cúbicos, en la que se introduce el cuerpo entero del enfermo; ésta sufre más tarde modificaciones de manera que quede la cabeza, abdomen y piernas á la presión atmosférica normal.

La disminución de la presión exterior, que se produce por este procedimiento es de unos 10 milímetros, perfectamente tolerables por el operador.

Pero dado los inconvenientes que tiene, como

ser de que se trata de un aparato muy complicado, costoso y dificil de trasladar y por lo tanto de escasísima aplicación en la práctica diaria, el mismo autor trata de evitar estos inconvenientes, aumentando la presión intra-pulmonar, en vez de disminuir la de la cavidad pleural, pero, parece que este nuevo procedimiento no resuelve tampoco el problema, pues, no se encuentra exento de inconvenientes, dado que trae mayores trastornos circulatorios que el anterior.

Es pues debido á estos inconvenientes en la práctica que se sigue todavía dando la preferencia á los procedimientos más sencillos, que pasamos á enumerar:

Empezaremos por describir los extra-pleurales, como los del profesor Tuffier, quien explora á través de la pleura parietal una vez desprendida, examinando la consistencia del pulmón para llevar en el sitio que la encuentre más resistente, la incisión que le va á permitir abordar el quiste.

Este procedimiento presenta inconvenientes entre los que se encuentra á veces la ruptura de la pleura durante la exploración, que ha hecho que sea abandonado hasta por el mismo autor.

Bazy, hace una pequeña incisión en la pleura parietal que le permite apenas introducir un dedo, que luego lo rodea de gasa, para evitar la penetración de aire en la cavidad pleural. Una vez efectua-

do esto, recorre con su dedo la superficie pulmonar buscando el punto en que se halle adherencia y una consistencia pulmonar aumentada, para transportar ahí su campo operatorio cerrando la brecha exploradora.

Delagenier, basándose en experiencias en animales que demuestran que si una vez producido el neumotórax se vuelve á cerrar la abertura pleural con el pulmón atraído á la herida por medio de pinzas, se consigue evitar los accidentes graves que hemos pasado en revista: aplica estos conocimientos á la cirugía pulmonar, siendo seguido por algunos cirujanos; así hemos visto ya que el doctor Repetto el año 1899, hace uso de esta maniobra para abordar los quistes hidatídicos del pulmón.

Más seguros nos parecen los procedimientos destinados á crear adherencias entre ambas hojas pleurales, en el sitio de la lesión. El procedimiento originario, ya anticuado, consistía en crear estas adherencias fibrosas por medio de cáusticos químicos aplicados contra la hojuela parietal todavía intacta; pero ha sido abandonado por adolecer de múltiples inconvenientes.

Más seguros, más sencillos y más quirúrgicos, son aquellos procedimientos derivados de aquél y consistentes en crear esas adherencias extemporáneamente por medio de hilos de sutura, que son á los que damos la preferencia.

El profesor Roux (de Lausanne) rodea el sitio de la lesión por medio de una sutura continua á puntos retrógados que toman la pleura parietal y el pulmón recubierto por la hoja visceral.

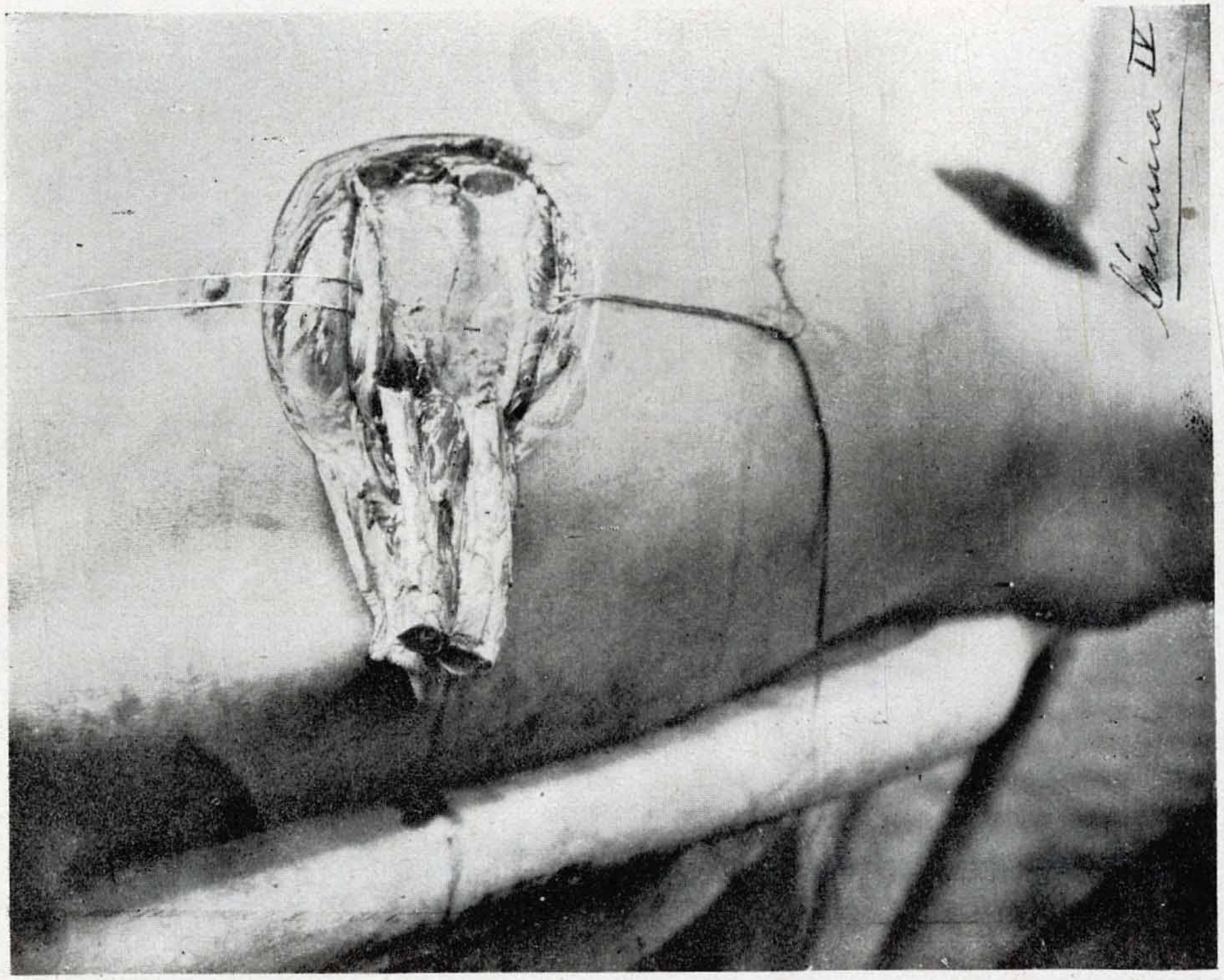
Entre nosotros el profesor Posadas, se limitaba á hacer el arponamiento del pulmón á través de la pleura parietal por medio de una simple ansa de catgut grueso.

Este arponamiento constituye una de las maniobras del tercer tiempo de la técnica empleada por Posadas; y que consiste en lo siguiente:

En atravesar las dos hojuelas pleurales y pulmón, con una aguja con catgut grueso y luego sacándolo le viene á quedar un ansa con la que tiene fijo el pulmón, mientras abre la pleura en toda la extensión de la herida.

El arponamiento practicado en la forma descripta tiene el inconveniente, que muy á menudo con los movimientos respiratorios, la pleura se desgarra al nivel del sitio de entrada del hilo; de ahí que el pulmón ofreciendo poca fijeza, no se pueda evitar la entrada del aire, en absoluto.

El doctor Finochietto, practica el arponamiento de la manera siguiente: á través de uno de los músculos intercostales superior ó inferior, puestos en descubierto por la movilización del colgajo ósteo-músculo-cutáneo, pasa una aguja muy curva al nivel de uno de los extremos de la incisión y la punta



del instrumento aparece en el centro de la herida, después de haber atravesado en su trayecto el pulmón y nuevamente el músculo intercostal.

Se vuelve nuevamente á introducir la aguja en el centro del músculo intercostal, haciéndolo salir esta vez por el otro extremo de la incisión, donde se la carga con el extremo largo del hilo. De esto resulta un punto en (lámina IV) que abarca toda la extensión dada al colgajo y al que, el músculo intercostal comprendido ofrece un sólido punto de apoyo. En caso necesario se colocarían dos puntos semejantes como lo indica la figura ó bien 4 con los que quedaría rodeado el campo operatorio.

III

Una vez de haber salvado la pared torácica y abierta la pleura parietal y ya en condiciones de abordar el quiste, se procede á la incisión y vaciamiento lo más rápidamente posible, para conseguir lo cual, se coloca al enfermo en posición declive, suspendiendo la administración del cororoformo, tratando así de evitar que penetre líquido del quiste en los bronquios y en caso de penetrar, para que los accesos de tos puedan expulsarlos evitando así los fenómenos de la asfixia.

En seguida se procede á extraer la membrana madre y vesículas hijas, si las hay, limpiando lo más posible el bolsillo quístico y si se trata de un quiste supurado se marsupializa estableciendo un buen drenaje.

Todos los autores están de acuerdo con esta manera de proceder en estos casos, pero no pasa lo mismo cuando se trata de quistes limpios, con líquido *cristal de roca*, aquí vuelve á nacer el desacuerdo; los unos, á la cabeza de los cuales se encuentra el doctor Posadas, sostienen que estos casos deben una vez vaciados y extraída la membrana germinativa, secarlos muy bien y luego cerrarlos, largándolos para reaplicar el colgajo haciendo un cierre total.

El profesor Posadas, para sostener su tesis presenta una estadística de 10 operados, todos curados «per primam», sobre 11 operados, uno supuró, fué drenado y curó.

Dice el doctor Posadas que en sus enfermos curados por este procedimiento, nunca ha visto más que ligeros trastornos de temperatura 38º, enfisema y expectoración hemorrágica, habiendo desaparecido algunos días después.

Otros cirujanos que parecen no haber sido tan felices en los resultados, aconsejan drenarlos todos, aunque se trate de quistes límpios.

Ocupándose sobre este punto el doctor Viñas, en

un trabajo que publicó en la Revista de la Sociedad Médica Argentina sobre bacteriología de los quistes hidatídicos, hace notar haber encontrado estafilococos albus en varios quistes límpios de los que ha examinado, de donde vendríamos á sacar que la limpieza y claridad de los quistes hidatídicos, que es lo que ha constituído la guía para cerrarlos, no significa pureza.

Basándose pues en esto y en que el líquido de transudación de los vasos que se colecta en el bolsillo periquístico, serviría de un buen caldo de cultivo para las infecciones que pudieran venir por el aire ó por los bronquios; es, que los cirujanos partidarios del drenaje creen que se debe usar éste siempre como regla general en todos los casos.

En lo referente á este punto, como en todo en medicina, creo que no debe serse absoluto, y si bien es cierto que el resultado de los estudios bacteriológicos del líquido y de la membrana madre hecho por el doctor Viñas han demostrado la presencia de estafilococus y más aun las numerosas observaciones en contra del cierre, vienen todas á justificar el drenaje, también debemos tener en cuenta los casos positivos de cierre con curaciones «per primam», del doctor Posadas y el del doctor Repetto, en que á pesar de haber tenido una hemorragia que favorecía la infección, cura por primera, y si

á esto unimos casos felices que he tenido oportunidad de observar durante mi internado en el hospital Rawson y como de todas maneras en caso de supuración no creemos que pueda tener mayores inconvenientes para el enfermo, pues con abrirlos y drenarlos, quedaría en las mismas condiciones que los marzupializados; y si por otra parte pensamos todas las ventajas que reportaría para el enfermo la curación por primera intención, ahorrándole una larga supuración como trae el drenaje y la que no siempre se encuentra exenta de inconvenientes, exponiéndolos á serias complicaciones que le pueden ser fatales.

Si tenemos en cuenta todo esto, creo que hay motivo suficiente para no rechazar el procedimiento de Posadas, en los quistes hidatídicos límpios y no muy grandes.

Con el fin de favorecer la abertura de los quistes cerrados, en este caso de supuración es que el distinguido y malogrado cirujano Andrés Llobet propone una modificación que consiste en que una vez abierto y limpio el quiste, cose los bordes de la incisión del bolsillo periquístico á los planos músculos aponeuróticos de la región y luego los cierra por medio de hilos de sutura.

El doctor Francisco Llobet, una vez de haber tratado el quiste una vez bien limpio y seco, fija la periquística á la pleura y músculos de la región, con

catgut y luego en un segundo plano, con crin de Florencia, toma todos los tejidos desde la piel hasta la periquística inclusive, teniendo cuidado de dejar entre los puntos un espacio para colocar un tubo de vidrio, de manera que apenas llegue al bolsillo, evitando así produzca irritación; este drenaje es retirado 24 ó 48 horas después.

El doctor Francisco Llobet, busca con este drenaje temporario dar salida al líquido que se colecta en el bolsillo periquístico de que ya hemos hablado y que serviría de caldo de cultivo á los microbios que pudieran haber caido durante la operación.

Este procedimiento que el doctor Llobet lo usa también para los quistes del hígado, dice que lo ha empleado muchas veces en su práctica con buenos resultados.

MANUEL CIEZA RODRÍGUEZ.

Buenos Aires, Marzo 24 de 1909.

BIBLIOGRAFÍA

ACHARD.—«De l'intoxication hidatique».—Archives générales de Médicine. 1888.

ACUÑA M.—«Valor Semeiológico de la eosinofilia».

ARCE J.—«Semana Médica».—1904.

— «Anales del Círculo Médico».—1904.

ALSINA A.—«Quistes hidáticos del pulmón».—Tesis de Buenos Aires. 1903.

BEHR.—«Des kystes hidatiques du poumon».—Tesis de Paris. Año 1895.

BRANER.—«Des opérations intra-thoraciques a l'aide de la chambre pneumatique».—Semaine Médicale. 1904.

BOULBY.—«Kyste hidatique du poumon ouvert dans les bronches, avec suppuration abundante».—Rev. de chirurg. 1886.

BOULLY.—«Revue de chirurgie».—1892.

BERGA M.—«Contribución al estudio de los quistes hidáticos del hígado».—1897.

BERÍSSO A.—«Quistes hidáticos del pulmón»—Tesis. 1907.

CANO C.—«Tenia equinococus y su profilaxia en la República Argentina».

CASTRO ESCALADA.—«Neumotomias y Neumectomias».—Tesis.—Cirugía del pulmón. 1897.

CHIARA J.—«Reunión completa sin drenaje en los quistes hidáticos claros y profilaxia en la República Argentina».—1902.

CRANWELL Y HERRERA VEGAS.—«Los quistes hidáticos en la República Argentina».

CABRERA.—«Quistes hidáticos del pulmón».—Semana Médica. 1903.

CANTÓN.—«Tratado de Zooparasitos del cuerpo humano».—1896.

CANTÓN.—«Distribución de los quistes hidáticos en la República Argentina».—Anales del Círculo Médico Argentino. 1892.

DAVAINE.—«Traité des entozaires».—París. 1877.

DELBET.—«Sur un traitement des kystes hidatikes».

DELACOUR RENÉ.—«Contribution á l' etude de la Chirurgie Pulmonaire en plèvre saine».—Tesis.—París. 1906.

DELAGENIERE.—«Kyste hidatique du poumon rompu dans la plévre».—Sociedad Cirurg. 1893.

DELORME.—«Contribution á la chirurgie de la poitrine».—Congres de cirurgie.—París. 1893.

DIEULAFOY.—«Clinique Médicale á l'Hôtel Dieu».

DIEULAFOY.—«Patologie interna».—1904.

DEBOVE Y ACHAR.—«Manuel de Médicine».

ESPERANZA.—«Tumores del pulmón».—Tesis de Buenos Aires. 1897.

FERRI J.—«Quistes hidáticos del pulmón».—Tesis. 1905.

FERRARI A. P.—«Sobre un caso de neumotorax por quiste hidático del pulmón.—Tesis. 1892.

GAILLIARD.—«Semaine Medicale».—1906.

GUTIÉRREZ A.—«Tratamiento de los quistes hidáticos» y «Tratamiente quirúrgico del empiema».

GUTIÉRREZ M.—«Hidatides del pulmón».—Tesis de Buenos Aires. 1882.

GUSMAN G.—«Quistes hidáticos y tratamiento de los del hígado».—Tesis. 1907.

GRENET Y PIQUAND.—In Brissand, Rinard, Reclus—«Pratique médico chirurgical».—1907.

HEARN.—«Quistes hidáticos».—1893.

HERRERA VEGAS Y AGUILAR.—«Dextrocardias consecutivas á quistes hidáticos».—1904.

HALLION.—«Dix-new-congres de Chirurgie».—París. 1906.
ISRAEL.—«Du traitement operatoire du kyste hidatidique des poumons».—Revue de chirurgie. 1887.
JUGUERA OMER M.—«Quistes hidatídicos del pulmón».—Tesis de Buenos Aires. 1904.
LAGOS GARCIA.—«Quistes hidáticos en los niños».—Tesis. 1908.
LLOBET A.—«Once anees de practique».
— «Revue de Chirurgie».—1895.
LLOBET F.—«Quistes hidatídicos del hígado»».—Tesis.
LAVERAU.—«La Médicine Moderne».—1892.
LEJARS.—«La chambre pneumatique de Souerbruch».
— «Traitement chirurgical précoce de colletions endo pulmonaires liquides, non tuberculoses».—Semaine Médical. 1905.
LÓPEZ.—«Chirurgie Pulmonaire Moderne».
LEMAIRE GASTON.—«De la fréquence des kystes hidatiques du poumon y de la pleure en Algerie».—Tesis. París, 1903.
LETULLE.—«Diccionaire de Jaccoud. Poumon».
LIMASSET.—«Essai sur l'eosinophilie dans le parasitismo verminеux chez l'homme».—Tesis. Paris, 1901.
LÓPEZ MOLINA.—«Rayos de Röentgen en el diagnóstico de las enfermedades torácicas».—Tesis, 1907,
MASSI A.—«El quiste hidático en la República Argentina».—1893.
MEMMI.—«Eosinophilie des malades atteints des kystes hidatique».—Semaine Medicale. 1901.
MICULIEZ.—«La chambre pneumatique de Souerbruch».—Semaine Medical. 1904.
MARFAN.—«In Charcot, Bouchard, Brisseand».—Traité de Médicine. 1901.
MERY.—«In. Brouardel, Gilbert».—Traite de Medicine. 1904.
MONIEZ.—«Traite de parasitologie».—1906.
MORQUIO.—«Kyste hidatique de poumon chez un enfant mort por intoxication hidatique».—Semaine Medicale. 1905.
POSADAS A.—«Toracoplastia temporaria para el tratamiento de los quistes hidáticos del pulmón».
POSADAS A.—«Semana Médica».—1901.

POSADAS A.—«Anales del Círculo Médico Argentino».—1895.
PETERSEN.—«Des operations intra thoraciques á l'aide de la chambre pneumatique de Souerbruch».—Semaine Medical. 1904.
POULET.—«Kyste hidatique auvert daus les poumons».—Rev. de Chirurgie. 1886.
PETERSEN.—«Des operations intra thoraciques á l'aide de la chambre pneumatique de Souerbruch».—Semaeine Medicale. 1904.
REPETTO.—Toracotomia de Potemsky aplicada á los kystes hidáticos del pulmón».—Anales del Círculo Médico Argentino. 1899.
ROCATAGLIATA.—«Semana Médica».—1903.
RECLUS.—«Chirurgie de poumon. Repport-new».—Congres de Chirurgie. 1895.
SALIRAZÉS.—«Examen de la sangre en los casos de quiste hidáticos».—Semana Médica. 1903.
SOUERBRUCH.—«Des operations intratocicas á l'aide de le chambre pneumatique de Souerbruch».—Semaine Médicale.—1904.
TESTUT.—«Anatomia humaine».
TROUSSEAU.—«Clinique Medicale de l' Hotel Dieu de París».
TUFFIER.—«Chirurgie de poumon».—1897.
— «De la Radiographie en chirurgie pulmonaire».—Revue de Chirurgie. 1901.
TUFFIER.—«De l'hemodiagnostique daus les kystes hidatiques».—Semaine Medical. 1902.
TERRIER F.—«Chirurgie de plerre et poumon».—1897.
TERRIER Y REYMONT.—«Chirurgie de la plevre et du poumon».—1899.
TOLLOSA.—«Quistes hidáticos del pulmón sin líquido».
VIDAL.—«Vie ou presion daus la chirugie thoracique? Dice new congres de chirurgie».—París. 1906.
WÍDAL.—«Kyste hidatique du poumon avec hemoptisis á repetition».—Semaine Medicale. 1903.
VÍGLA.—«Archive generales de Medicine».—1855.
VIÑAS.—«Bacteriología de los quistes hidáticos y toxicidad del

líquido quístico».—Anales de la Sociedad Médica. 1898.
WERNIQUE R.—«Estadística del policlínico del Círculo Médico Argentino».—1883.
ZAMBRA E.—«Neumotorax por quistes hidáticos del pulmón».—1900.
ZAVALA.—«Informe veterinario».—1909.

Historias clínicas de Quistes hidatídicos del pulmón

OBSERVACION PRIMERA

SERVICIO DEL DOCTOR D. PRANDO — HOSPITAL RAWSON

Diagnóstico: Quiste hidatídico del pulmón derecho

Tratamiento: Toracoplastia Posadas—Abertura, drenaje y curación.

Santiago L., 15 años, argentino, domiciliado en Laprida. Ingresa el 21 de marzo de 1907,
Antecedentes personales — Buenos.

Enfermedad actual

Hace un año que estando ocupado en las tareas de campo, empezó á sentir dolores vagos en el lado derecho del tórax, que se irradiaban al hombro y parte anterior. Este dolor, ha aumentado últimamente haciéndose más marcado durante las inspiraciones, que se hacen con dificultad. Ha tenido tos, seca al principio, siendo acompañada más tarde

por esputos sanguinolentos. Ha tenido hemoptisis desde hace varios meses á esta parte, que se vienen repitiendo con cierta frecuencia, estos esputos hemorrágicos, son en pequeña cantidad, de color rojizo oscuro. No hay temperatura.

Estado actual

Sujeto bien constituído, buen estado general. Apetito conservado.

Inspección

No se observa disnea, ni edema. Conjuntiva y mucosa bien irrigada.

Tórax

Se observa en la parte posterior del tórax, base del lado derecho, un ligero abovedamiento, que corresponde á una disminución de las excurciones respiratorias.

En el resto del tórax no se observa nada de anormal.

Palpación

Pulmón izquierdo normal.

Pulmón derecho

Se encuentran las vibraciones algo aumentadas en la parte superior hasta el ángulo inferior del omóplato, donde empiezan á desaparecer, haciéndose casi imperceptibles al nivel de la base del pulmón.

Percusión

Pulmón izquierdo. Sonoridad normal.

Pulmón derecho

Sonoridad normal en el vértice, al nivel del ángulo inferior del omóplato se nota sonoridad aumentada, para hacerse luego submate en la zona correspondiente á la disminución de vibraciones y limitada por el abovedamiento.

Esta submatitez tiene la forma redondeada con un límite superior curvo á convexidad superior. El área de la submatitez cambia en los distintos tiempos de la respiración, así en la inspiración forzada disminuye el campo y en las expiraciones forzadas aumenta.

No sufre variación por los cambios de posición.

Auscultación

El murmullo vesicular es normal en el pulmón izquierdo, en el derecho se encuentra vértice normal, pero que al nivel de la espina del omóplato se oye una respiración ruda, pueril, para desaparecer casi por completo, al nivel de la zona submate donde apenas se oye la entrada de aire.

No se oyen ruidos sobreagregados. No hay broncofonía, egofonía ni pecteriloquía áfona.

El análisis de sangre nos da 6 por ciento de eosinofilia.

El examen radioscópico nos hace ver una sombra redondeada, circunscripta, en la base del pulmón derecho, rodeada por el resto del parénquima claro. Se observa mobilidad normal del diafragma. La radiografía comprueba lo que hemos dejado descripto en la radioscopía.

Operación

Se hace una toracoplastia Posadas, posterior, al nivel de 7ª y 8ª costilla, se incinde la pleura, procediendo al tratamiento del quiste, para llegar al cual hay que incindir una parte de tejido pulmonar de espesor de un centímetro y medio á dos centímetros. Se extrae la membrana madre y se marzupuliza, por encontrarse un líquido turbio.

El quiste es del tamaño de una naranja, casi sin zona de esclerosis alrededor.

El enfermo ha seguido bien, sin mayores trastornos, curando un mes después en que es dado de alta.

OBSERVACION SEGUNDA

SERVICIO DEL DOCTOR D. PRANDO — HOSPITAL RAWSON

Diagnóstico: Quiste hidatídico del pulmón izquierdo

Tratamiento: Toracoplastia Posadas—Abertura, drenaje y curación.

José M. B., 43 años, argentino, Gualeguaychú.
Ingresa al servicio el 5 de diciembre de 1907.
Antecedentes hereditarios — Sin importancia.
Antecedentes personales — Buenos.

Enfermedad actual

Data de unos 8 meses, comenzando con un dolor en la espalda izquierda, línea axilar posterior, al nivel del 8º espacio intercostal, que se irradía hacia arriba y á los costados, se hace más molesto con la tos, que apareció más ó menos hacia la misma época, siendo seca al principio, habiendo sido ultimamente acompañada por expectoración sanguinolenta; no muy frecuentes al principio han aumentado últimamente en número é intensidad.

Estado actual

Regular estado de nutrición, masas musculares conservadas, mucosas bien irrigadas, apetito bueno.

Inspección del tórax

Por delante no se ve nada de anormal, lo mismo que por detrás en el hemitórax derecho, en el izquierdo en cambio se observa en su base, un abovedamiento bastante visible, pues coincide con la disminución de las excursiones respiratorias de dicho punto, á la vez que con una separación más marcada de los espacios intercostales.

Palpación

Pulmón derecho. No se observa nada anormal.

Pulmón izquierdo

Algo aumentadas en el vértice, para ir disminuyendo hacia la base, hasta el nivel de unos 4 centímetros del ángulo inferior del omóplato, donde desaparecen por completo.

Percusión

Pulmón derecho. Normal.

Pulmón izquierdo

Por detrás. Se nota que por debajo del ángulo del omóplato da una matitez absoluta, rodeada por una zona de sonoridad aumentada. El trazado que se obtiene por la percusión, es de forma más ó menos circular, sufriendo su área cambios con los movimientos respiratorios; durante la inspiración, se puede notar que el área de la matitez disminuye, apareciendo á su alrededor una zona submate. No sufre variación con las distintas posiciones.

Auscultación

En el pulmón derecho los dos tiempos de la respiración son normales, por delante y por detrás.

Pulmón izquierdo

En el pulmón izquierdo se nota una respiración un poco ruda en los límites de la zona mate, donde existe un gran silencio respiratorio. No hay bronco-fonía, egofonía ni pectoriloguía. No se oyen ruidos sobreagregados. El examen de la sangre da una eosinofilia de 8 por ciento.

La radioscopía y la radiografía, nos enseñan una sombra bien limitada del tamaño de un huevo de avestrúz. El diafragma libre.

Operación

Diciembre 15 — Se levanta un volet torácico (Posadas), que comprende 8ª y 9ª costilla, después de abrir la pleura, se aborda el quiste, que da salida á un líquido turbio; se extrae la membrana madre, se limpia, pudiendo entonces observar un bronquiolo abierto en la cavidad quística. Se extirpan las costillas movilizadas, se marsupializa y se pone un drenaje.

Es dado de alta, completamente restablecido, en febrero 20 de 1908.

OBSERVACION TERCERA

SERVICIO DEL DOCTOR BELAUSTEGUI—HOSP. RIVADAVIA

Diagnostico: Quiste hidatidico-pulmón derecho lobulo Superior

Tratamiento: Resección de la 3ª costilla—Drenaje

Teresa Ch. de M., 34 años, casada, domiciliada en Avellanada.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales

Sarampión y viruela en su infancia. Regló á los 15 años; normal; tuvo dos hijos y un aborto de 2 meses.

Enfermedad actual

Empieza la enfermedad con tos seca, que la enferma atribuye á una mojadura; esta tos se ha hecho persistente; la enferma se debilita, no tiene ape-

tito y acusa un dolor en la región infra-clavicular derecha, que correspondía á un punto simétrico del dorso del mismo lado, impidiéndole descansar de ese costado. Ha tenido fiebres vesperales.

Ha visto un facultativo, quien le ha instituido un tratamiento, sin resultado.

Hace unos 15 días se le ha hecho una punción exploradora en el punto doloroso, extrayendo un líquido cristalino.

Ingresa al servicio por un abceso de la nalga izquierda, producido por algunas inyecciones que le han hecho en ese punto.

Estado actual

Buena constitución, mal estado de nutrición, escaso panículo adiposo, piel y mucosa bien coloreadas.

Tórax

Simétrico; tipo respiratorio, costal superior, más marcado en el costado izquierdo; en el derecho la excursión respiratoria es casi nula.

Pulmón izquierdo

Por delante sonoridad normal á la percusión. Vibraciones conservadas.

Auscultación

Normal.

Pulmón derecho

Sub-matitez en el vértice, en la región supra-clavicular, para hacerse mate absoluto por debajo de la clavícula, hasta el tercer espacio intercostal, donde el pulmón recobra su sonoridad normal, hasta el sexto espacio intercostal.

La matitez se extiende hacia adentro, hasta el reborde derecho del esternón, y á la derecha hasta la línea axilar anterior. Vibraciones desaparecidas en toda la zona de la matitez.

A la auscultación de la zona supra-clavicular el murmullo vesicular ha desaparecido; en toda la zona de la matitez se oye un soplo rudo ex é inspiratorio. Por detrás normal.

Al examen de los demás órganos no se encuentra nada anormal.

Examen radioscópico

Se nota á la pantalla el pulmón izquierdo claro en toda su extensión; en cambio, el derecho se encuentra reemplazado por una sombra de forma circulpar, que llega por debajo hasta el sexto espacio

intercostal, rodeada por una zona clara. Siendo más claro el examen de la enferma por delante.

Operación:

Enero 4 de 1909. — Toracetomia anterior. Se reseca la 3ª costilla derecha, en la región anterior del tórax, en una extensión de unos 5 centímetros. Se fija el pulmón á la pleura parietal; se abre ésta, se hace vaciamiento del quiste por punción y se procede á hacer luego una incisión del bolsillo quístico; se extrae la membrana germinativa. Se procede á marsupializar y drenar por ser algo turbio el líquido.

La enferma ha seguido mejorando su estado general hasta la fecha, en que todavía se encuentra drenando.

OBSERVACION CUARTA

SERVICIO DEL DOCTOR HERRERA VEGAS—HOSP. DE CLINICAS.

Diagnóstico: Quiste hidático del pulmón Derecho

Tratamiento: Teradoplastia Posadas—Drenaje y muerte.

RESUMEN

D. C., 11 años, Ayacucho.

Ingresa el 23 de febrero de 1808.

Hace 4 ó 5 meses se encuentra con una puntada en el lado derecho, que dura poco tiempo; al mismo tiempo tenía una tos seca y frecuente que le molestaba mucho.

Ha tenido fiebre que se exacerba por la noche, con delirio é insomnios.

Dice el padre que la fiebre ha sido alta por espacio de 4 ó 5 días y luego se atenúa, manteniéndose á pesar de los medicamentos que se hacía.

Hay que hacer notar, al mismo tiempo, una fatiga muy acentuada, al principio hubo constipación, después diarrea.

Poco tiempo después de la fiebre alta, la tos era acompañada de expectoración mucosa, con estrías de sangre poco abundante.

Viene al servicio con disnea; 38 y medio de temperatura.

Pulso frecuente; lengua saburral; estado gástrico, malo.

Tórax

Abovedamiento; lado derecho, con separación de los espacios intercostales inferiores.

Percusión

Lado izquierdo: normal.

Lado derecho: Se hace bruscamente mate á partir del cuarto espacio intercostal.

La matitez va hasta la 10ª vértebra dorsal, por delante se incurva bruscamente hasta confundirse con la región hepática, á la altura de la línea mamilar.

Las vibraciones se encuentran abolidas en toda la zona mate.

Auscultación

Pulmón izquierdo: murmullo vesicular algo exagerado.

Pulmón derecho: respiración ruda en toda la parte superior y silencio respiratorio en la parte mate.

La percusión palpatoria, da una resistencia manifiesta del lado enfermo.

Operación

Teracoplastia temporaria y parcial, comprendiendo la 8ª y 9ª costilla al nivel de la línea axilar media, se llega á un quiste supurado del tamaño de una cabeza de feto, con paredes fibrosas y espesas.

Se encuentra la membrana degenerada, con olor á ácido sulfídrico.

Se deja gran drenaje, sigue con temperatura, cefalalgia y muere el 1º de marzo de 1908.

OBSERVACION QUINTA

Servicio del Doctor del Arca

Diagnostico . Quiste hidático de la base pulmón Derecho

Tratamiento: Resección de la 7ª costilla—Marsupialización y curación.

RESUMEN

Jacinta S., 24 años, argentina, soltera.

Ingresa al servicio en marzo 7 de 1904.

Antecedentes hereditarios

Sin importancia.

Antecedentes personales

Tuvo difteria en la infancia. Regló á los 15 años normalmente.

Enfermedad actual

Data de un año y medio, en que empezó por un dolor agudo en la parte lateral derecha del tórax,

al nivel de las últimas costillas, que le duró 4 horas, quedando al cabo de las cuales bien; 8 días después vuelve á aparecerle el mismo dolor con iguales caracteres, al mismo tiempo que le aparecen expectoraciones acompañadas de hemoptisis, la sangre es roja y dura un día, desapareciendo hasta dos días después, en que vuelve á tener tos con hemoptisis.

Estado actual

Enferma de regular talla, con buen panículo adiposo, no hay ganglios.

Aparato circulatorio

Normal.

Aparato respiratorio

Pulmón izquierdo — Por delante: percusión normal, vibraciones conservadas, respiración muy ruda.

Pulmón derecho — Por delante: vibraciones conservadas, percusión normal.

Por detrás: sonoridad sumamente exagerada hasta un través de dedo por arriba del ángulo del omóplato, donde empieza una matitez absoluta, acom-

pañada de silencio respiratorio; las vibraciones desaparecidas en toda la región mate.

La enferma tuvo temperatura durante 14 días, oscilando al rededor de 38º, luego bajó paulatinamente hasta permanecer en la normal.

Operación

Resección de la 7ª costilla; marsupialización y drenaje.

Fué dada de alta el mes de julio del mismo año, curada.

OBSERVACION VI

Servicio del Doctor del Arca

Diagnostico: Quiste hidático pulmón izquierdo

Tratamiento: Resección de la 8ª costilla

RESUMEN

Matilde P., 22 años, argentina.

Ingresa al servicio el 18 de julio de 1906.

Antecedentes hereditarios

Padres muertos; ignora la causa. Hermanos sanos.

Antecedentes personales

Sarampión en la infancia.

Enfermedad actual

Ha comenzado la enfermedad hace 3 meses, en que empezó con un cuadro llamativo de una neumo-

nía, según la enferma, llegando hasta tener 40º grados de temperatura, que bajó á los tres días, persistiendo la tos y expectoración hasta la fecha; esta expectoración dice que era muco-purulenta.

Estado actual

Enferma bien constituida, escaso panículo adiposo, ganglios axilares é ingino-crurales, mucosa y piel pálidas.

Aparato respiratorio

Sonoridad algo aumentada en todo el pulmón derecho, en el izquierdo se encuentra igualmente aumentada en la parte superior, al llegar al ángulo inferior del omóplato, donde empieza una zona mate, de forma circular que llega hasta tres traveses de dedo de la columna y por delante hasta la línea axilar anterior, por arriba llega hasta el ángulo del omóplato y por debajo desciende hasta la base del pulmón.

Esta matitez está rodeada por una zona de sonoridad muy aumentada, casi timpánica.

La pectoriloquia áfona y broncofonía no se encuentra.

Auscultación

Ruda en el pulmón derecho; en el vértice del pulmón izquierdo es soplante, notándose á la vez craquements húmedo.

En la zona que rodea la matitez se oye respiración pueril y en la zona mate un completo silencio. Espacio de Traube, mate.

Aparato circulatorio

Normal.

Examen de los esputos

No hay bacilos de Kock.

Temperatura

Ha oscilado entre 37º y 37º5.

Se le hace una punción exploradora, se extrae un líquido incoloro; se buscan ganchos y se encuentran.

Tratamiento

Extirpación de la 8ª costilla, se abre el quiste, que da salida á un líquido claro, se extrae la membrana madre y se cierra.

Cura por primera, siendo dada de alta, curada, 15 días después.

Buenos Aires, marzo 27 de 1909.

Nómbrase al señor consejero doctor Juan A. Boeri, al profesor suplente en ejercicio doctor Francisco Llobet y al profesor suplente doctor Marcelino Herrera Vegas, para que, constituidos en Comisión Revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, abril 12 de 1909.

Habiendo la Comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 1954 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La oclusión completa é inmediata de la periquística en el tratamiento de los quistes hidatídicos es un método que no consulta un principio adquirido de cirugía general, *de que en toda operación debe evitarse el dejar espacios ó cavidades en el seno de los tejidos que comprometan el éxito de aquélla, por la acumulación de líquidos susceptibles de infectarse.* El drenaje temporario es una medida prudente y sirve de corolario á esta proposición.

F. Llobet.

II

Sintomatología de los abcesos del pulmón.

J. A. Boeri.

III

Del neumotórax operatorio y los medios de evitarlo.

M. Herrera Vegas.