Año 1909 N° 2027

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POLIHIDATIDOSIS ABDOMINAL

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ENRIQUE E. MÁNSON

Ex-practicante externo é interno por concurso del Hospital Rivadavia

«LA CIENCIA MÉDICA»

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CORDOBA 2080

BUENOS AIRES

1909

POLIHIDATIDOSIS ABDOMINAL

Año 1909 N° 2027

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POLIHIDATIDOSIS ABDOMINAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ENRIQUE E. MÁNSON

Ex-practicante externo é interno por concurso del Hospital Rivadavia

«LA CIENCIA MÉDICA»

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CORDOBA 2080

BUENOS AIRES

1909

La facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Articulo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

Dr. D. Pedro N. Arata

Académicos

1 Dr. D. José T. Baca
2 » » Rafael Herera Vegas
3 » » Jacob de Tezanos Pintos
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

Académicos Honorarios

Dr. D. Eduardo Wilde
,, ,, Martin Spuch
,, ,, Telémaco Susini
,, ,, Emilio R. Coni
,, ,, Olhintho de Magalhaes

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vice decano

Dr. D. Antonio Gandolfo

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón
„ „ Luis Güemes
„ „ Enrique Bazterrica
„ „ Antonio C. Gandolfo
„ „ José M. Ramos Mejía
„ „ Baldomero Sommer
„ „ Gregorio Araoz Alfaro
„ „ José R. Semprun
„ „ Abel Ayerza
„ „ Eufemio Uballes
„ „ Francisco Sicardi
„ „ Telémaco Susini
„ „ Nicasio Etchepareborda
„ „ Eduardo Obejero
„ „ Juan A. Boeri (suplente)
„ „ Juvencio J. Arce

Secretarios

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

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» (Vacante)
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	» JOSÉ ARCE (en ejer.)
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 (Con lic.)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pedriátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria	» PEDRO BENEDÍT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

ROBERTO WERNICKE

JUAN R. FERNÁNDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	**Catedráticos extraordinarios**
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE / JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL / AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatol. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES / JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN 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 Mèdica	» ALFREDO LANARI (en ejercicio)
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNÁNDEZ / JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología	» LEOPOLDO URIARTE / ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino.laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON / RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN / PEDRO LABAQUI
Clinica oftalmológica	» ENRIQUE DEMARIA
	FRANCISCO LLOBET
» Quirúrgica	MARCELO VIÑAS
	MARCELINO HERRERA VEGAS
	JOSÉ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE / DAVID SPERONI / JUAN J. VITON
« Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO / ENRIQUE ZÁRATE / ARTURO ENRIQUEZ / ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SÁNTAS / MÁMERTO ACUÑA / GENARO SISTO
» Génito Urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos
oología general, anatomía y fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogía . . .	» ADOLFO MUJICA (con lic.
Química inorgánica aplicada. . .	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada . . .	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posología razonoda	» JUAN A. BOERI
Fisica farmacéutica.	» JULIO J. GATTI
Química analítica y toxicclógica (primer curso).	» FRANCIRCO P. LAVALLE
Tecnica farmaceutica	» MANUEL J. IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedratico sustituto
Farmacognósia y posología razonada	DR. JUAN A. DOMINGUEZ en ejer.

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedraticos titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstetrica Parto Distócico y Clínica Obstetrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARREL
Parto Distócico y Clínica Obstétrica	» UBALDO FERNÁNDEZ
» » » »	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedraticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. .	DR. DEÓN PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica, Terapéutica dentarias, Medicina Legal . .	» ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

Dr. JOSE MARIA CABALLERO

CIRUJANO DEL HOSPITAL RIVADAVIA

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

AL Dr. ADOLFO GÜEMES

GEFE DE CLINICA DEL HOSPITAL RIVADAVIA

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Es inoficioso manifestar á ustedes al presentar este trabajo, que no aporto nada nuevo á lo conocido sobre "Hidatidosis Abdominal", y que á no ser por el Reglamento de la Facultad que me exige un trabajo para doctorarme, los casos que me dan tema permanecerían inéditos, porque ninguno de ellos tiene nada que no se haya observado en otros análogos.

Al abandonar las aulas me es grato cumplir con el formulismo establecido, agradeciendo á todos mis sabios profesores las lecciones y consejos que de ellos recibí.

Al Dr. José Ma. Caballero, mi padrino y verdadero maestro y al Dr. Adolfo Güemes su jefe de Clínica, á

quienes tantas enseñanzas, atenciones y deferencias debo, para ellos. . . . no encuentro la palabra, ni la frase que exprese todo mi reconocimiento.

Injusto y desagradecido fuera si no citara en esta hoja á mis maestros del Hospital Rivadavia que tanto contribuyenron á mi educación científica, los Dres. Samuel Molina, E. E. del Arca, José Ma. Escalier, L. Vila, Eduardo Beláustegui, Fco. de la Vega, Silvio Tatti, Pedro Ghiso, Arturo Zabala, Roberto Aroztegui, M. Brea y Ricardo S. Gómez.

Al Dr. Domingo Colillas, jefe del laboratorio, á quien debo la dirección de los análisis que presento, mis más efusivas gracias.

A mis compañeros de internado, mi cariñoso recuerdo.

Al presentar este trabajo sobre polihidatidosis abdominal, no me lleva otro propósito, que el de agregar nuevas observaciones de esta entidad mórbida, relativamente frecuente en nuestro país. Varios trabajos muy interesantes se han escrito sobre este tema con verdadera prolijidad de detalles, en lo referente á su agente productor (toenia equinococus) su clasificación zoológica, y modo de transmisión, lo mismo que respecto de su anatomía patológica, sintomatología, profilaxia y técnica operatoria, entre los cuales merecen citarse el de los Dres. Cranwell y Herrera Vegas y la tesis del Doctor Lagos García.

Si á pesar de esto he elegido este asunto como tema de mi tesis; es que deseo insistir en ciertos detalles clínicos y hematológicos que he tenido ocasión de constatar en varios servicios, durante mi internado en el Hospital Rivadavia.

Deseo especialmente llamar la atención sobre su localización abdominal y pelviana por la importancia que tiene su diagnóstico diferencial con otros tumores de estas cavidades.

En el desarrollo de este trabajo no he de extenderme en detalles, siguiendo á los autores clásicos, que de ello se han ocupado, sino hacer un comentario á mis observaciones, haciendo notar en él, lo que me ha parecido más digno de mención.

ETIOLOGIA

Una cuestión de capital importancia es la manera como se produce la infección ó más bien dicho, la difusión del equinococo en el organismo.

Todos los autores que de este asunto se han ocupado están de acuerdo en que esta se produce por la ingestión de huevos (de ténia) con alimentos, especialmente verduras ó frutas contaminadas por deyecciones de perros, que como se sabe, son los intermediarios más frecuentes.

Puestos dichos huevos en contacto con el jugo gástrico, pierden su envoltura ó cuticula y el embrión exacanto libre ya, sigue con los alimentos el trayecto píloroduodenal y allí por medio de los ganchos de que está provisto se adhiere y atraviesa la pared intestinal penetrando en los capilares y por intermedio de las venas

mesaraicas y de la porta se detienen en el hígado donde son tan frecuentes.

Puede suceder también que el exacanto siga por las venas intralobulares por las supra-hepáticas, y cava inferior, hasta el aurícula y ventrículo derecho del corazón y de allí por la arteria pulmonar al pulmón.

La migración por la vía sanguínea de elementos tan pequeños, y teniendo en cuenta la actividad circulatoria y otros factores que no conocemos, nos permite sospechar una trayectoria más lejana, que sería la migración del embrión de la napa sanguínea pulmonar á las venas pulmonares, y por ellas al corazón izquierdo y de allí al gran torrente circulatorio produciéndose verdaderas metastasis de equinococus en los órganos más lejanos y diversos de la economía como ser: cerebro, bulbo, protuberancia, riñón, bazo, etc.

El embrión una vez llegado al hígado, pulmón ú otro órgano, toma derecho de propiedad, ubicándose allí de un modo definitivo para continuar sus múltiples evoluciones modificándose en su estructura íntima y provocando en el medio ambiente reacciones peculiares al órgano afectado. Al principio dicho embrión aumenta de volumen, pierde su corona de ganchos, produciéndose en su parte posterior una pequeña vesícula de contenido líquido claro en la cual se invagina y desaparece, dando origen al *hidátide.*

El hidátide se individualiza progresivamente, rodeándose de dos capas una *externa*, *membrana hidática*,

amorfa, semitransparente, compuesta de una cantidad de hojuelas, superpuestas, que se desprenden fácilmente cuyo aspecto es característico y se enroscan cuando se las desgarra.

La interna, es la *membrana fértil ó germinativa*, es rugosa y presenta ligeras granulaciones sesiles al principio, pediculadas posteriormente y que darán origen á los órganos de la reproducción.

El quiste así formado aumenta gradualmente de volumen y puede llegar á dimensiones extraordinarias; como una cabeza de feto y aun mayores, encerrado en su interior un líquido claro, transparente, *agua de roca* (según la comparación consagrada). Este líquido contiene cloruro de sodio y nada de albúmina.

En este periodo puede suceder que la membrana germinativa, permanezca estéril y no reproduzca el equinococo, es lo que se llama acefalocisto (sin cabeza), pero esto es según Devé, excepcional. Lo más frecuente es que los brotes de la germinativa, se pediculisen y se separen cayendo en el líquido, en el cual flotan, constituyendo las *vesículas hijas*. Cada una de estas está formada por un equinococo con su cabeza, con ventosas y ganchos. Si estas vesículas fueran ingeridas por un perro se transformarían en su aparato gastrointestinal en tenias adultas. Esta es á grandes rasgos la evolución cíclica de la tenia y su embrión; según resulta de las curiosas experiencias hechas por Van Béneden.

Según los autores clásicos, Leuckart, Davaine, Mo-

nier, Laboulbene, etc., las vesículas hijas, no podrían dar origen á un quiste hidatídico. Pero observaciones posteriores de Naunyn y del mismo Leuckart, han demostrado, de un modo evidente que una vesícula hija puesta en libertad por ruptura de un quiste primitivo puede dar origen á un nuevo quiste hidático, lo cual explica la equinococcocis secundaria.

Con la teoría clásica, se explicaba la equinococcocis generalizada por ingestión simultánea de numerosos exacantos.

En varias de mis observaciones he encontrado, el antecedente indudable de un quiste anterior y la reproducción más ó menos lejana de quistes abdominales.

El quiste determina por su presencia una reacción especial de defensa del organismo que se traduce por una proliferación de tejido conjuntivo que tiene por resultado la formación de lo que se llama *membrana periquística* y trastornos más ó menos profundos en la función del órgano mismo que varían de importancia según muchos factores que estudiaremos más adelante.

Estudio del líquido — Es incoloro, neutro, algunas veces ligeramente alcalino, no precipita por los reactivos de la albúmina, contiene de 4 á 8 grms. por °|°° de cloruro de sodio; ácido succinico, xantina, leucina, tirosina y oxalato de calcio en mínimas proporciones.

Por medio del microscopio se descubren los ganchos característicos, algunas cabezas de tenia y ventosas.

Es aséptico y la membrana que lo rodea es un verda-

dero filtro. Los últimos experimentos de Chagouliere y Boinet, han demostrado la existencia en dicho líquido, de una ptomaina, ó toxalbúmina que inyectada en la vena auricular de un conejo ha producido síntomas graves de intoxicación, como ser convulsiones, taquicardia, midriasis, trastornos respiratorios é hipotermia, el conejo moría media hora después.

Cuando los hidátides sucumben, el líquido se enturbia y se puede constatar la existencia de albúmina, sustancias grasas, lo mismo que elementos de hidátides en descomposición, células epiteliales, etc. En ciertos casos las paredes se infiltran de sales calcáreas formando una verdadera coraza espesa y dura como tuve ocasión de observar en una de mis enfermas.

Para algunos el quiste puede supurar y esto se produce por un mecanismo especial. Acabo de decir que la membrana hidatídica es impermeable y tiene un rol protector con relación á su contenido. Dicha membrana está rodeada de lo que se llama la m periquística ó ectosisto, que no es otra cosa que una proliferación del tejido conjuntivo ambiente. Esta tiene sus relaciones con la primera por intermedio de tractos que tienen en suspensión los vasos sanguíneos que la alimentan, ahora bien, puede suceder que una fisura se produzca y el camino quede abierto á la invasión de los gérmenes y por lo tanto á la supuración. Así pues, existirían tres estados en los quistes, según Chauffard. 1° *Estado vivo y aséptico*, de los hidátides, (líquido claro y sin albúmina). 2°

Necrosis aséptica, (muerte de los hidátides) impermeabilidad de la membrana. 3°*necrosis séptica* con supnración del contenido y fisura de la membrana quística.

En algunas de mis observaciones he encontrado quistes muertos, en otras quistes vivos, pero en la de polihidatidosis ninguna supuración.

SINTOMATOLOGIA

Para mayor claridad en la exposición de este capítulo, debo según mis observaciones dividir en dos clases la polihidatidosis abdominal, una *primitiva*, en la que los quistes han aparecido y se han desarrollado (aparentemente al menos) simultáneamente, sin que haya habido un quiste anterior del hígado ú otro órgano abdominal y que cuya ruptura operatoria ó traumática expliquen su difusión actual y la secundaria, donde el antecedente existe.

En general, la polihidatidosis abdominal primitiva, tiene un principio insidioso, el paciente no acusa síntomas especiales ó bien los acusa en forma de ligeros trastornos digestivos, ó simples sensaciones subjetivas, á las que no dá mayor importancia; es el período de inva-

sión y de desarrollo lento y en el cual el enfermo no consulta al médico, por consiguiente no nos interesa mayormente. Es más adelante cuando el vientre aumenta de volumen, que síntomas variados aparecen, determinando trastornos más ó menos graves en relación á la importancia de la función del órgano afectado y que en un espacio de tiempo variable, repercute sobre el estado general, determinando en un período último una verdadera caquexia hidatidicia. Sin embargo en una de mis observaciones la enferma hasta el día de nuestro examen no acusó síntoma alguno de compresión á pesar de que su enfermedad remontaba á dos años atrás, según puede verse en su historia clínica, manifestándose por un bulto en la fosa ilíaca izquierda y que ella sentía desplazar con los cambios de posición; refiere que poco á poco dicho bulto fué aumentando de volumen hasta adquirir las proporciones considerables que tuvimos ocasión de apreciar al examen y después de la laparotomia encontrándose sesenta quistes en la cavidad abdominal y en la pelvis. Pero esta indolencia no es constante como lo prueba otra de mis observaciones en la cual la paciente, acusaba dolores profundos é irradiados á los miembros inferiores que se producían al principio de un modo intermitente para hacerse casi contínuos, con exacerbaciones al menor esfuerzo y provocando una pseudo-parálisis.

En otros casos hemos observado fenómenos de compresión de parte de los órganos abdomino-pelvianos, co-

mo puede verse en mi Ob. II en la que la enferma se quejaba de una constipación tenaz y por lo cual recurrió á todos los purgantes y drásticos ya casi sin resultado lo que la obigó á ingresar al Hospital Rivadavia, donde se diagnosticó polihidatidosis y la compresión que fuera debida á un quiste que estuviera adosado contra un ansa intestinal cosa que corroboró la laparotomia.

El aspecto de los enfermos varía según el período en el cual se presentan al examen. Al principio las modificaciones en cuanto al aumento de volumen del abdómen son poco aparentes, más tarde la estática cambia llamando la atención el desarrollo del vientre contrastando con la delgadez de los miembros y del cuerpo. La piel se seca y se nota en la del abdómen un desarrollo á veces marcado, de venas, (cabeza de Meduza), producida seguramente por compresiones venosas profundas.

A veces pequeñas máculas, acompañadas de poussé de urticaria y pruritos intensos á exacerbación nocturna. Estos últimos síntomas serían manifestaciones de intoxicación hidatídica (casi todos mis enfermos los han presentado). Según Devé, indicarían una ruptura ó una fisura del quiste y estaría en relación con la salida del líquido y su absorción por el organismo. Este dato es de gran importancia en los casos de quistes solitarios de un órgano cualquiera y su presencia persistente, debe indicar al cirujano la intervención inmediata, pues son verdaderos alertas, que preparan para más adelante la irrupción y generalización.

Otro síntoma subjetivo frecuente es el mareo, los enfermos lo acusan como uno de los más precoces originado quizá, por compresión de los órganos abdominales y de los plexos nerviosos simpáticos que presiden las funciones de la vida vegetativa.

Los autores insisten en la adversión que experimentan los enfermos hacia la carne y especialmente por las substancias grasas, (manteca, aceite, etc.), y la explican por una insuficiencia de secreción pancreática, estas dos últimas las he constatado en cinco de mis enfermos.

La palpación, metódica del vientre nos revela (en casi todos los casos fué semejante), la presencia de masas redondeadas, lisas, resistentes, algunas movibles, otras fijas, indolentes ó ligeramente dolorosas y que no siguen los movimientos respiratorios. En algunos casos el cambio de decúbito las desplaza á veces á grandes distancias, como en mi Obs. VIII, donde la palpación era facilitada por la flacidez del vientre (Glenard), y tomando el tumor se podía recorrer con él todo el espacio comprendido en la región de la fosa ilíaca derecha.

El tacto vaginal ó rectal, combinado con la palpación abdominal, revela sensaciones parecidas ej.: la existencia de tumores que pueden imponerse por quistes ó tumores de otra naturaleza que por sus conexiones con los órganos vecinos sobre lo que he de volver á insistir al hablar del diagnóstico diferencial.

Percusión—Según la situación de los tumores pode-

mos constatar una matitez absoluta ó una matitez cubierta por un ligero timpanismo, á veces, y eso lo he constatado en varias de mis observaciones, el frémito hidatídico, que como se sabe es un signo casi patognómico de la afección.

Esta variabilidad en los datos suministrados por la percusión, es debida á la situación más ó menos próxima de los tumores á las paredes del vientre, y para no incurrir en repeticiones he de volver al hacer el diagnóstico de la afección.

En cuanto á los casos de supuración, en los quistes hidatídicos, se traduce en su principio por escalofríos, aceleración del pulso, elevación de temperatura, y dolores violentos en la región afectada por el quiste, la temperatura que afecta esta nueva marcha de la afección, es característica de infección, curva térmica á grandes oscilaciones, en una de mis observaciones, operada por tercera vez de quistes hidatídicos del abdómen, amaneció un día con una fuerte puntada en el hipocondrio derecho, al mismo tiempo su temperatura se había elevado á 39° y su pulso era filiforme y contaba 130 pulsaciones al tercer día de este ataque fué intervenida, haciendo una incisión de 15 ctms. en la región del hipocondrio derechó en la línea axilar, resecándose una costilla, se introdujo un trocart en pleno hígado no encontrándose con la cavidad, se extrajo el trocart y se punzó con un bisturí, profundamente, dándose con la bolsa quística dando salida á pus en cantidad de dos litros, se extrajo

la bolsa madre, esta salida de pus fué acompañada de una abundante hemorragia proveniente del parenquima.

Estas hemorragias hasta ahora, no se ha detenido definitivamente, y su temperatura se mantuvo elevada, descendió únicamente tres días á 37°, volviendo á ascender como anteriormente, arriba de 38° con su pulso acelerado y filiforme. Este es el único caso de supuración en quistes hidatídicos, y eso en uno solo de ellos.

Hematología—Un punto sobre el cual deseo insistir es el siguiente: las modificaciones que experimentan ciertos elementos sanguíneos, con la presencia de los quistes hidatídicos en un punto cualquiera del organismo y con mayor razón en la polihidatidosis abdominal. Es desde los curiosos trabajos de Metchnikoft, sobre el rol de los glóbulos blancos como elementos de defensa del organismo que los autores contemporáneos han iniciado una serie de investigaciones en este sentido y han abierto una vía nueva y que nos promete fecundos resultados como coadyuvantes á la clínica y que nos revelarán seguramente muchos secretos de la biología celular.

Para el célebre director del Instituto Pasteur, los *leucocitos*, defienden al organismo, contra los elementos exteriores, microbios, etc., absorviéndolos, digiriéndolos y matándolos. Es lo que él llama *fagocitosis*.

Los elementos celulares del organismo, nos defienden de las invasiones externas de un modo diferente: las células de origen mesodérmico son eminentemente activas así por ejemplo, en las afecciones de las serosas, pleuresias, peritonitis, pericarditis, etc., se ve á las células de revestimiento hincharse y pedicularse formando una especie de coraza que se opone á la invasión microbiana exógena.

El tejido conjuntivo es también un poderoso elemento de defensa, así por ejemplo, en un punto cualquiera de la economía, una irritación local, química, microbiana. etc., determina en este tejido la aparición de elementos especiales, los *Platsmatzellen*, mononucleares no granulosos á protoplasma basófilo y los Mastzellen mononucleares á granulaciones basófilas.

Los tejidos de origen ectodérmico, son débiles como los elementos nerviosos, en la lucha citomicrobiana, parecen fijar las toxinas sin destruirlas y se dejan influenciar muy fácilmente por ellas.

Son los elementos de la sangre y especialmente los *leucocitos*, los que tienen el rol esencial como protectores del organismo, gracias á la facultad que les es propia, la diapedesis, atraviesan los capilares sanguíneos, aproximándose y rodeando al enemigo y segregando diastasas, verdaderas antitoxinas que neutralizan ó tienden á neutralizar los elementos segregados por los microbios que los atacan.

Es un hecho constante en la mayor parte de las en-

fermedades infecciosas y parasitarias el aumento á veces considerable del número de glóbulos blancos, lo que se llama *leucocitosis ó hiperleucocitosis*, variable según la infección y según la integridad de los órganos hematopoieticos.

Los glóbulos rojos desempeñan un papel secundario en esta lucha, son de constitución más delicada y su función es de otro orden, la hematosis, vehiculizando el óxigeno á la intimidad de los tejidos donde se realizan las combustiones orgánicas que mantienen la vida del individuo.

En algunos casos, se nota, con motivo de un proceso defensivo, la presencia de hematies más ó menos alterados, presentando núcleo, son los *normoblastos* de Dominici, y que este autor atribuye á una verdadera repercusión del proceso en los órganos hematopoieticos.

Por el contrario, la multiplicación ó la hiperproducción de leucocitos, se manifiesta como lo he dicho anteriormente, en la mayor parte de las enfermedades infecciosas y este aumento no solamente es cuantitativo, sino cualitativo, es decir, que la fórmula citológica normal de la sangre se módifica en relación á la gravedad y violencia del ataque, á la resistencia y edad del paciente.

Cuando por una razón cualquiera, el organismo ha sido debilitado, sea por la edad, fatiga, abusos, hemorragias, etc., el poder diapedético disminuye y entonces existe lo que se llama *leucopenia;* lo que lo demuestra de un modo evidente es la siguiente experiencia de

Metchnikoft: se sabe que el perro es un animal refractario al carbunclo, pero si antes de inocularlo con la bacteridia carbonosa, se le inyecta en la sangre polvos inertes, la fagocitosis se desvía en lucha con estos últimos, lo cual los inutiliza disminuyendo sus energías hacia los bacilos, y entonces el animal contrae el carbunclo, desapareciendo su inmunidad natural de un modo puede decirse mecánico.

Es por un mecanismo semejante que se podría explicar la receptividad á las enfermedades infecciosas. Las pneumonias, los reumatismos, fiebres á frigore de los antiguos, serían para nosotros una hipofagocitosis, provocada por el enfriamiento, que tiene sin duda alguna acción inmobilisante hacia la leucocitosis defensiva. En cambio una temperatura mediana y las buenas condiciones de medio, las estimularía y favorecería.

En el estado normal la sangre del individuo normal adulto contiene:

65 o|o de Polinucleares neutrofilos
34 o|o " mononucleares
1 o|o " eosinofilos

Cuando se inicia la leucocitosis, existe un aumento variable en el número de los glóbulos blancos, estos aumentan de 6000 por mm3., cifra normal á 12.000 y hasta 30, 40 ó 50.000 en las formas intensas y graves.

La sangre normal contiene cuatro clases de glóbulos blancos: los *linfocitos*, ó pequeños leucocitos mononucleares, son casi de las mismas dimensiones que los gló-

bulos rojos, poseen un núcleo voluminoso y una delgada capa de protoplasma. Se les denomina también con el nombre de linfocitos, porque nacen en las glándulas linfáticas de la economía. Son mucho más numerosos en el niño que en el adulto.

Los *leucocitos mononucleares*, ó grandes linfocitos que tienen un gran núcleo rodeado de un protoplasma más abundante, no granuloso, tendrían su origen, según las investigaciones de Erlich, en la médula de los huesos. Su relación que lo es de 2 á 4 o|o en la sangre normal puede duplicarse, bajo la influencia de ciertos estados patológicos como el cáncer, la enfermedad de Adisson, etc.

Los *leucocitos polinucleares neutrófilos*, que forman del 60 á 70 o|o, se distinguen por su núcleo polimorfo y su protoplasma lleno de granulaciones neutrófilas, es decir que no son susceptibles de coloración por los reactivos usuales, ácidos ó básicos sino por un reactivo neutro. También provendrían de la médula ósea.

Los *eosinofilos*, ó polinucleares á granulaciones acidofilas, 2 á 4 o|o son polinucleares caracterizados por la presencia en su protoplasma de numerosas granulaciones que se colorean en rojo por la eosina. Su aumento considerable constituye lo que se llama *eosinofilia*, y se observa en diferentes estados patológicos; en los asmáticos, en ciertas enfermedades de los tegumentos, psoriasis, lichen ruber plano, pitiariasis, se observa también en enfermedades parasitarias intestinales, so-

bre todo en la helmintiasis, y hay *eosinofilia* en la poli-*hidatidosis*. En varias de mis observaciones he revelado una eosinofilia marcada, en otras ha existido, pero menos intensa. Tiene, pues, importancia el dato y he de volver sobre su valor semiológico, al establecer el diagnóstico en los casos difíciles de la afección que me ocupa.

Lo extraordinario en estos fenómenos que recién se van desvelando, es que la fórmula leucocitaria se modifica bajo influencias diversas, por ejemplo, la edad, en el recién nacido el número de glóbulos blancos, es tres veces mayor que en el adulto, en este existe la leucocitosis fisiológica de la digestión, y se ha visto su desaparición, como un signo casi seguro de la existencia de un epitelioma del estómago. Durante los últimos cinco meses del embarazo se observa también un aumento del número de leucocitos: los ejercicios musculares violentos, el masaje, los baños templados, producen una leucocitosis pasajera.

En casi todas mis observaciones he tenido ocasión de constatar la leucocitosis, acompañada con un aumento, en algunas, del número de eosinófilos. En una de ellas fué de gran importancia, pues decidió el diagnóstico que fué muy discutido, viniendo el laboratorio á hacer inclinar la balanza en favor de la polihidatidosis.

Ahora bien, porque se produce esta eosinofilia?, cuál es su mecanismo íntimo? á medida que las investigaciones se continúan parece obscurecerse más el misterio,

porque en estos últimos años, nuevas fórmulas leucocitarias se han descubierto y estas mismas se modifican por factores todavía desconocidos. La mayor parte de los histólogos, han interrogado á los órganos de la hematopoiesis, el bazo, los ganglios linfáticos, la médula ósea, las glándulas internas, el hígado mismo, pero con un resultado mediocre.

Balthazar, Azurini, Aubertin, han estudiado con particular atención las modificaciones experimentadas por la médula ósea, sobre conejos infectados por el bacilo de Eberth, y han constatado, una disminución sensible de la grasa intra-medular, una hiperplasia neutrófila y un aumento en el número de glóbulos rojos nucleados, normoblastos de Dominici.

En el hombre, se ha observado el mismo fenómeno, en ciertas infecciones crónicas, como la tuberculosis en la que se produce una hiperplasia que termina á veces en la esclerosis, en verdaderas degeneraciones.

El bazo, presenta también modificaciones curiosas. En los procesos infecciosos, aumenta de volumen, se congestiona, hay una verdadera hiperplasia de los elementos hematopoieticos y hematoliticos. En dos de mis observaciones pudimos constatar, reconociendo el vientre en busca de quistes, este aumento de volumen, pero quedamos en la duda respecto á su patogenia, no siendo posible realizar estudios más detallados; creemos haya respondido á un hiperfuncionamiento de la glándula debido á la leucocitosis determinada por la presencia

de esta multitud de elementos extraños á la economía.

Respecto á la *eosinofilia*, que es la que nos interesa más directamente, ha sido notada en varias afecciones, como ya he tenido ocasión de mencionarlo; en la leucemia, en el asma, la helmintiasis y sobre todo en la equinococosis que puede llegar hasta la proporción de 50 por 100. Es simplemente el resultado de la hiperleucocitosis en que todos los glóbulos estuvieran aumentados? ó hay en realidad una selección en el aumento de la variedad de los eosinofilos?

Bençanzón y Labbé, han emitido la opinión de que ciertas substancias de origen parasitario y ciertos productos de desintegración de las células epiteliales de la piel, del estómago, del intestino, etc., producirían una acción especial sobre la médula ósea determinando en su seno la producción de los leucocitos eosinofilos.

En cambio en las enfermedades infecciosas agudas hay, en general y al principio, sobre todo, una hipoeosinofilia y solo al finalizar su evolución reaparece, para exagerarse en algunos casos. Las toxinas microbianas tendrían pues, con relación á los microbios y sus toxinas una verdadera adversión, una quimio-taxia negativa. Estos no son sino simples hipótesis basadas en hechos poco conocidos.

DIAGNOSTICO

En algunos casos se impone, puede decirse, pues al lado del aspecto del vientre con estos tumores, reniten-tes y que se destacan bajo las paredes abdominales más ó menos fláxidas, existe en alguna parte del cuerpo una cicatriz característica de una operación anterior, con el antecedente preciso de que la enferma fué operada de un quiste hidatíco, (*polihidatidosis secundaria, post operatoria*) : entre mis observaciones existen algunas.

Otro antecedente que lo considero importante para tener en cuenta, son los traumatismos anteriores, una caída, un golpe ó una patada de caballo, (*polihidatido-sis secundaria, consecutiva á traumatismo*), cuento va-rias entre mis observaciones.

Entre otro de los antecedentes, la enferma poseedora de un tumor palpable del vientre, se agacha para recoger

un objeto, siente un dolor desgarrante y se desvanece, la enferma ha sentido que algo se ha roto dentro de su vientre, vuelve en sí y nota que ese tumor ha desaparecido, á los dos meses, nota que su vientre aumenta de volumen progresivamente, produciéndose una *polihidatidosis secundaria*, debido á la ruptura de su quiste anterior, causado quizá por delgadez extrema de sus paredes.

En otros los casos no se presentan con tanta simplicidad, y hemos visto médicos experimentados dudar, reflexionar y todavía, cometer errores de diagnóstico muy excusables dadas las dificultades insuperables que se presentaron.

Es en estos casos que el cito-diagnóstico contribuye con su resultado positivo á aclarar ó á añadir un elemento importante á favor ó en contra de la polihidatidosis abdominal.

Es sobre todo con los tumores del vientre y de la pelvis que pueden confundirse: los quistes del ovario, fibromas, sarcomas, etc., con las peritonitis crónica, tuberculosas, etc. Es necesario tener en cuenta los antecedentes y todos los datos que el examen nos suministra para llegar á la síntesis que surgirá el dignóstico.

La evolución de la enfermedad, su repercusión sobre el organismo, la lentitud en su desarrollo y los caracteres físicos de los tumores que encontramos, nos hacen sospechar la posibilidad de su existencia, especialmente en enfermos que nos vienen de la provincia de

Buenos Aires, donde la experiencia diaria nos demuestra su extraordinaria frecuencia. Con los que la dificultad es mayor, es en aquellos que ocupan la parte inferior del abdómen y la pelvis, para distinguirlos de los otros tumores.

En general están situados atrás del útero, en el fondo del saco de Douglas ó sobre los lados dentro ó detrás de los ligamentos anchos, y en algunos casos he visto todos los órganos pelvianos completamente ocultos detrás de los quistes. Así es necesario distinguirlos de todos los tumores que pueden ocupar el mismo sitio y en primera línea con los quistes del paraovario, quistes incluídos en el ligamento ancho, que como se sabe, se desarrollan á expensas de los restos de los cuerpos de Wolff son tumores redondeados renitentes á veces fluctuantes de tamaño variable, que desvían la matriz del lado opuesto y la trompa y el ovario hacia arriba, determinando cuando adquieren mayor volumen fenómenos de compresión de los órganos vecinos, como ser el recto, que tiene como consecuencia una constipación tenaz, la vejiga, los ureteres, trayendo trastornos urinarios debidos á la misma compresión, lo que caracteriza á esta variedad de quistes en su fijeza, su resistencia, su independencia del útero y su evolución, pero á pesar de todo el error es posible y aun frecuente en los hidatides de la misma región y solo después de la laparatomia y de la punción del quiste, se reconocen estos últimos por su líquido claro, agua de roca.

Los fibromas de la misma región, se diagnostican por su consistencia dura, por su repercusión sobre la menstruación, menorragias, metrorragias, y por la histerometria.

La preñez extra-uterina, por los antecedentes, suspensión de reglas, dolor cataclísmico, tumor de consistencia sui generis.

Con los quistes del ovario, variedad pelvianos ó abdominales, de mediano ó gran volumen, el diagnóstico es á veces de lo más difícil, tal fué la observación núm. 5, en la que se trataba de una mujer algo obesa, de vientre duro y espeso, en la que el examen clínico, nos revelaba la existencia de tumores líquidos y la que sospechábamos una polihidatidosis, y el laboratorio vino en nuestra ayuda, permitiéndonos sostener el diagnóstico, por el hecho de la eosinofilia en la sangre examinada de la enferma.

PROFILAXIA Y TRATAMIENTO

El gran desarrollo que ha tomado en nuestra campaña el equinococo, ha convertido al perro, el fiel amigo y compañero del hombre, en su temible enemigo. Es él, quien directamente ó por intermedio de las aguas, verduras ó frutas crudas contaminadas por las deyecciones, lo trasmite al hombre. De ahí resulta la necesidad de evitar su contacto y la ingestión de alimentos en esas condiciones, como aguas de lagunas, ensaladas crudas sin ser prolijamente lavadas ó frutillas que puedan estar contaminadas. Lo mismo es necesario una prolija limpieza de las manos antes de comer cualquier cosa, siempre y especialmente cuando se hayan tocado perros ó cualquier objeto que haya podido tener contacto con ellos. Estas son las bases de la profilaxia general de los

quistes hidatídicos aplicable también á la de la variedad que nos ocupa.

La profilaxia tiene en esta afección capital importancia, porque una vez verificada la entrada de un gérmen en la economía no es ya posible evitar su difusión. Las recidivas ó mejor dicho el desarrollo secundario de quistes es la regla, y los enfermos generalmente, después de haber sufrido varias operaciones, *siempre graves*, si no han sucumbido á consecuencia de alguna de ellas terminan por la caquexia hidatídica. Es, pues, necesario difundir estos conocimientos elementales sobre todo en la campaña, y felizmente el Ministerio de Agricultura ha tomado ya esta iniciativa en la que debe perseverar para evitar en lo posible la propagación de esta terrible enfermedad. La hidatidosis abdominal tiene también su profilaxia especial.

Poco podremos hacer en los casos de enfermos portadores de un quiste desconocido, pero cuando seamos consultados por un enfermo en el cual diagnostiquemos, quiste hidatídico de la cavidad abdominal, debemos aconsejarle en primer término, la intervención, y si por una razón cualquiera no puede ó no quiere someterse á ella, le debemos advertir del peligro que corre y aconsejarle una vida tranquila y que no se exponga á choques, esfuerzos ó cualquier violencia, que pudiera originar la ruptura del quiste y la siembra de su contenido en la cavidad peritoneal. En una de mis observaciones la gene-

ralización siguió á una coz de un caballo y en otra á haber volcado un carro en que iba la enferma.

Hay otra variedad que figura también en mis observaciones y es la secundaria á una intervención quirúrgica por quiste hidatídico. En una de ellas se encontraron además de los quistes múltiples de la cavidad y como prueba del origen de la generalización quistes en el espesor de la cicatriz.

Para evitar la contaminación en el acto operatorio es necesario proceder con método.

Abierto el vientre se debe reconocer la cavidad para ver si hay uno ó varios quistes y si son extirpables. Si es posible se extirpan sin abrirlos, en caso negativo, si es único, tratar de marsupializarlo si las paredes del quiste lo permiten y en caso contrario aislar el quiste con compresas antes de abrirlo, con la misma prolijidad que si se tratara de colecciones purulentas. Luego punzarlo con el trocart y aspirarlo hasta el fin aunque el líquido sea perfectamente claro. Si es acefalocisto esto es posible, luego se marsupializa. En este caso puede también procederse del modo siguiente :aspirar 150 ó 200 gramos de líquido y luego inyectar una cantidad igual de una solución de formol al 10 o|o, esperar 15 minutos y luego abrir ampliamente al bisturí. Si al aspirar solo viene un poco de líquido, ó una membrana obstruye el trocar basta colocar el mandrin para que el líquido continúe saliendo, y si después de esta maniobra no sale tampoco, en cuyo caso es inútil insistir, esto in-

dica que el quiste contiene vesículas hijas en gran número.

Sin sacar el trocar se debe entonces reforzar las compresas aisladoras y luego abrir ampliamente con bisturí, tomando los bordes con pinzas de Kocher.

Hecho esto, con extrema precaución, se limpian los alrededores de la incisión, con gasas mojadas en una solución de formol al 2 o|oo, y en seguida se retiran las compresas aisladoras y se marsupializa.

Si hay varios quistes inextirpables por ser viscerales, se procede con cada uno de ellos, como cuando es único.

Intencionalmente he dejado para el fin el hablar del vaciamiento y oclusión del quiste (Método de Posadas) solo para mencionarlo, pues no somos partidarios de él, fundados en los hechos que hemos visto, y lo creemos solo aplicable á quistes chicos y claros.

El tratamiento curativo de la hidatidosis, no existe en la verdadera acepción de la palabra porque rara vez se podrá extirpar todos los quistes que existen en la cavidad abdominal; siempre escapará alguno ó por su situación ó por su pequeño desarrollo.

No hay sino un procedimiento para tratar de obtener por lo menos una mejoría temporal. Es la laparotomia amplia y la extirpación de todos los quistes al alcance de la mano y de la vista.

Muchos se encuentran pediculados al epiplón y entonces es fácil extirpar éste, con verdaderos racimos de quistes.

Otros son más ó menos sesiles sobre las vísceras, el mesenterio ó el peritoneo parietal y es necesario disecarlos, tratando de sacarlos enteros, para peritonizar luego la brecha dejada desnuda. Esta peritonización debe ser lo más prolija posible para evitar adherencias post-operatorias que podrían dar lugar á una oclusión intestinal más tarde.

Mientras se trate del epiplón, el mesenterio, el estómago, intestino ó la pared, todas las dificultades se salvan aunque sea llegando hasta la sutura intestinal si un ansa se ha abierto ó á una resección si la lesión es muy extensa; pero donde las dificultades aumentan es en la pelvis.

Aquí es donde existe á veces una verdadera nidada de quistes, que cubren la vejiga, el útero y los anexos, llenando completamente la pelvis.

Esto se observa en los casos de ruptura y se explica por ser el punto más declive. En estos casos es casi siempre necesario llegar á la histerectomia total, (mutilación dolorosa pero necesaria), hacer un lavaje antiséptico de la cavidad pelviana, terminando la operación con un amplio drenaje vajinal.

Otras veces se ha hecho histerectomia supravajinal, con drenaje abdominal, con bastante buen resultado. Lo que hay que hacer con mucho cuidado en estas intervenciones es el desprendimiento de adherencias, que aparte de ser cortas son á veces bastante espesas, y puede suceder que al desprender estas de los órganos veci-

nos, se rompan, se desgarren, entre ellos el intestino; y en aquellos casos en que es verdaderamente pelviana la hidatidosis, cuidarse de la vejiga y de los ureteres, con los cuales, á causa de esas mismas adherencias forman cuerpo con lo quistes.

Ofrece también dificultades extirpar los que están situados en las vecindades del diafragma; hay que desprenderlos con mucha prudencia y provistos siempre de compresas defensivas, secando inmediatamente si algún quiste llega á romperse.

La oclusión del vientre es como toda laparotomia, no ofrece ninguna dificultad.

HISTORIAS CLINICAS

Observación I

Servicio del Dr. Caballero.

N. X., 24 años, oriental, mucama.

Sus antecedentes hereditarios y personales carecen de importancia.

Esta enferma fué operada por el Dr. Revilla de un quiste hidatídico del vientre, (mesenterio?), este quiste fué marsupializado tardando dos meses en cerrarse.

Se presenta al servicio el 1 de Diciembre de 1897, en el siguiente estado:

Sus funciones circulatoria, respiratoria y digestivas, normales; el todo se encuentra en el abdómen, al examinar su pared se nota, la cicatriz imperfecta de su an-

terior orperación, esta sobresale del plano del vientre, formando saco, al paquete intestinal que se ha herniado; al mismo tiempo y á la palpación se perciben diseminados, en la cavidad abdominal, una serie de tumores de diversos tamaños, unos al parecer libres y otros adheridos á las ansas intestinales que hacen hernia al nivel de su cicatriz.

El antecedente de su operación y el análisis de la sangre, nos hacen diagnosticar. Quistes hidatídicos múltiples del mesenterio.

Operación—Operador: Dr. Caballero. Se ennuclea la cicatriz vieja y se llega al paquete intestinal unidos á él se encuentran tres quistes hidatídicos, uno del tamaño de un huevo de gallina y dos más pequeños que se ennuclean, rechazado el paquete intestinal hacia el diafragma se encuentra el mesenterio que posee una verdadera cadena de quistes de la misma naturaleza cuyo tamaño oscila del de una naranja al de un huevo pequeño de gallina, los cuales son extraídos íntegros sin romper ninguno, su número alcanza á la cifra de 39, (según reza la historia).

La enferma es dada de alta en buen estado el 4 de Enero de 1898.

Observación II

Pensionista. Dr. Caballero.

T. S. de S., 46 años, italiana, casada, lavandera.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Regló á los 14 años, ha tenido 4 hijos. Leucorrea. Hace 7 meses que no tiene menstruación.

Estado actual—Esta enferma ingresa al servicio el 4 de Marzo de 1899. Con sus aparatos circulatorio y respiratorio en buen estado.

Acusa la enferma una *constipación tenaz* que no ha cedido ni á purgantes ni drásticos.

Es portadora de un tumor que ocupa la cavidad abdominal, estando situado en la parte media é inferior del vientre, es acompañado de dos núcleos más pequeños hacia el lado izquierdo; este tumor es liso, duro, no

depresible, se desvía con los movimientos hacia el lado derecho; su tamaño es el de una cabeza de feto. Percusión, matitez absoluta , zonas timpánicas. Sangre, eosinofilia 6 o|o.

La enferma no ha recibido traumatismos de ningún género.

Diagnóstico — Polihidatidosis del epiplón y del mesenterio.

Operación — El 10 de Marzo de 1899. Dr. Caballero. Lap. Epiplón, en su espesor varios quistes hidatidicos del tamaño de un garbanzo, y más pequeños en evolución, — se reseca, —. El quiste más voluminoso estaba incluido en el mesenterio, con adherencias; se aspira el contenido (agua deroca) se extrae la m., germinativa y se cierra.

Existían á parte de este dos más pequeños que se enuclearon perfectamente.

Quedaron algunos quistes que por su situación y pequeñez no se pudieron extraer.

Se cierra la pared y la enferma es dada de alta sin ningun trastorno el 3 de Abril del mismo año.

Observación III

PROLIHIDATIDOSIS SECUNDARIA POR RUPTURA PROBABLE DEL QUISTE PRIMITIVO

J. C. de B., 21 años, argentina, casada. Servicio del Dr. Caballero.

Antecedentes hereditarios, sin importancia.

Antecedentes personales — Regló á los 14 años, se casó á los 20 años, tiene un hijo.

Estado actual — La enferma relata que su enfermedad remonta á dos años atrás, que empezó en la siguiente forma: sintió dolores en la región hepática al principio suaves para hacerse más intensos al cabo de poco tiempo, coincidiendo este aumento de los dolores con la aparición de un tumor al nivel del reborde costal

derecho, á los dos meses de haber notado este tumor presentó urticaria durándole ocho días. Un día haciendo un esfuerzo, sintió un vértigo y cayó al suelo; el tumor desapareció; al tiempo notó que su vientre había aumentado de volumen.

Hace 6 meses le hicieron una punción en el hipocondrio derecho extrayéndole 6 litros de un líquido transparente. Se sintió aliviada y su vientre había descendido: al mes de la punción, notó con sorpresa, que su vientre va adquiriendo en volumen las proporciones anteriores, llegando al desarrollo que actualmente posee, lo cual le causa dolores y disnea.

Estado actual — Enferma en buen estado. Aparato respiratorio normal, lo mismo que el circulatorio. Respecto á su aparato digestivo, tiene poco apetito acusando una ligera constipación y dolores al vientre debido quizá á la compresión por el tumor.

A la inspección del vientre, se encuentra este muy aumentado de volumen, ombligo borrado. A la palpación, se perciben unos cuerpos duros, resistentes, uno de ellos más voluminoso ocupando el epigastrio que cambia de sitio con los movimientos de la enferma, percutiendo este tumor posee un sonido mate, recogiendo el dedo una sensación clara de frémito.

Tacto vaginal—Utero en anteposición, fondo de saco de Douglas ocupado por un tumor duro, poco doloroso.

Sangre: 6 o|o de eosinofilos.

Diagnóstico — Hidatidosis de la cavidad peritoneal.

Operación — Operador Dr. Caballero. — Lap. Al abrirse el vientre se abrió al mismo tiempo uno de los quistes que estaba adosado al peritoneo parietal, dando salida á gran cantidad de pus acompañado de membranas hidatídicas. Se lavó bien la cavidad con Sol. de Formol. Se procedió á extraer otros quistes ocultados á la vista por éste; se extrajeron diez quistes que variaban del tamaño de una naranja al de un huevo de paloma, todos incluídos en el mesenterio.

A los 20 días se hizo una colpotomia para extraer el quiste del fondo de saco de Douglas que no se pudo tocar por su posición en la laparotomia.

La enferma es dada de alta curada el 20 de Diciembre de 1899.

Observación IV

POLIHIDATIDOSIS SECUNDARIA A UN TRAUMATISMO

Servicio del Dr. Caballero

L. C., 20 años, casada, argentina.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Regló á los 14 años, regulares, se casó á los 18 años, no ha tenido hijos ni abortos. Hace cinco meses que se le ha suspendido la menstruación.

Enfermedad actual — La enferma nos cuenta que data su enfermedad desde siete meses atrás, se sintió indispuesta y con dolores al hígado, con motivo de haber caído sobre unos pilotes de madera, al saltar un alambrado, al otro día de este accidente presentó urticaria que le duró seis días y comenzaron sus dolores en el hipocondrio derecho y pérdida del apetito. Al mes y

medio del golpe notó que su vientre aumentaba poco á poco, haciéndose doloroso de un mes á esta parte.

Estado actual—Enferma entra al servicio en regular estado de nutrición, ligero tinte subicterico, pérdida de apetito, lengua saburral, no hay disnea, ni tos, corazón tonos normales, no hay temperatura.

A la inspección del abdómen, se nota á este aumentado de volumen irregularmente, dos saliencias hacen relieve, una al nivel de las falsas costillas derechas, y otra al nivel de la fosa ilíaca derecha, el tumor de que esta padecía está situado en el hipocondrio derecho, hace cuerpo con el hígado, continúa la matitez hepática, es del volumen de huevo de aveztruz; el que se encuentra en fosa ilíaca derecha, tiene el mismo volumen y no está fijo porque se desplaza con los movimientos de la enferma, al lado de este se palpan unos núcleos pequeños. Este tumor es duro como el anterior, liso y mate.

Al tacto vaginal se encuentra la matriz un poco blanda, desviada hacia el lado izquierdo y fondos de saco lateral derecho y Douglas ocupados.

Sangre: 3 o|o de eosinofilos.

Diagnóstico — Polihidatidosis abdominal.

Operación—Operador Dr. Caballero. La operación fué hecha en dos tiempos. Primero se intervino el quiste de la cara superior del hígado, que se vació y se marsupializó. Segundo, se hizo una laparotomia subumbilical, al abrirse el vientre se encontró con el quiste que

ocupaba la fosa ilíaca, que estaba incluído en el mesenterio, acompañado de una nidada de pequeños quistes, que se pudieron extraer sin romper ninguno. Los quistes más pequeños, eran inferiores en tamaño al de una mandarina.

La enferma fué dada de alta, después de haber cerrado su quiste hepático el 30 de Mayo de 1900.

Observación V

QUISTES HIDATíDICOS ABDOMINALES SECUNDARIOS A HIDATIDE SOLITARIO DEL PULMON (PROPAGACION· VIA LINFATICA)

Servicio del Dr. Caballero.

J. M., 30 años, argentina, casada.

Antecedentes hereditarios y personales, sin importancia.

En sus antecedentes se encuentran la cicatriz de una operación anterior, practicada por el Dr. Bozzeti; intervenida por un quiste hidatídico del pulmón derecho.

Enfermedad actual — Comienza hace 8 meses con dolor en el hipocondrio izquierdo, este dolor le aparece por accesos; acusa también dolores alrededor del ombligo.

A la palpación del vientre, se percibe un tumor del tamaño de una naranja, otros más pequeños se palpan en la misma región, hipocondrio derecho.

Por el antecedente de su operación anterior se hace el diagnóstico de Quistes hidatídicos múltiples del peritoneo.

Operación—Operador Dr. Caballero — Al abrirse el vientre se extraen dos quistes hidáticos del tamaño ya indicado, del borde inferior del hígado, eran pediculados (pedículo fibroso y corto), y se reseca el epiplón que contenía una cantidad de pequeños quistes en evolución.

La enferma es dada de alta curada el 25 de Mayo de 1903.

Observación VI

POLIHIDATIDOSIS ABDOMINAL SECUNDARIA (POST-OPERATORIA)

Servicio del Dr. Caballero.

N. V., 23 años, soltera, argentina.

Antecedentes hereditarios y personales, sin importancia.

Enfermedad actual—Se encuentra enferma desde la edad de trece años, época en la cual se le intervino por un quiste hidatídico del hígado. Dos años más tarde es operada nuevamente de otro quiste hidatídico de la cavidad abdominal.

Estado actual—Enferma en miserable estado de nutrición, falta de apetito, trastornos digestivos frecuentes; constipación habitual. Aparato circulatorio. Tonos

cardíacos debilitados; pulso débil, 90 pulsaciones. Aparato respiratorio, normal.

Abdomen — Flascido, hundido, hacen relieve una cantidad de tumores pequeños esferoidales, se desplazan al tocarlos, todos son del tamaño de un huevo. Están colocados casi todos en la región periumbilical. No se hace análisis de sangre.

Diagnóstico — Por sus antecedentes, de operaciones anteriores, se diagnostica una polihidatidosis abdominal.

Operación—Operador Dr. Caballero—Se hace laparotomia, se comienza por romper adherencias, causa de las operaciones anteriores, y se extrae parte del mesenterio acompañado de once quistes hidatídicos, de tamaño pequeño. Quedan varios en el peritoneo, del tamaño de un grano de sémola.

La enferma es dada de alta el 25 de Julio de 1908; sale del servicio con una fístula que supura. Actualmente la fístula ha cerrado perfectamente.

Observación VII

POLIHIDATIDOSIS ABDOMINAL SECUNDARIA (POST-OPERATORIA)

Servicio del Dr. Beláustegui.

C. A., 17 años, argentina, casada.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Los principales se reducen á unas fiebres eruptivas. Lo que nos interesa, es que ha sido operada el año pasado (1908) de un quiste hidatídico.

Enfermedad actual—Después de la operación, la enferma no notó mejoría pues persistían los dolores de vientre que tenía antes de operarse y existe un tumor en la fosa ilíaca izquierda, que ha aumentado progresivamente.

Ocusa dolor y sensasión de peso en el vientre después de las comidas.

Estado actual—Aparatos respiratorio y circulatorio, normales. Abdómen deprimido en el epigastrio, y aumentado de volumen en toda la región sub-umbilical; se palpan en las dos fosas iliacas, dos tumores lisos, movibles, renitentes, hay frémito hidatídico á la percusión, que es mate y dolorosa.

Sangre: eosinofilia 4 o|o.

Diagnóstico: Quistes hidáticos del abdómen.

Operación—Operador Dr. Brea — Lap. El epiplón se encuentra soldado á la cicatriz de su anterior operación, se llega á un gran quiste del mesenterio, se punza y se extraen dos litros de líquido claro (agua de roca) y gran número de vesículas secundarias, se cierra, se extirpa un pequeño quiste del ligamento ancho y dos del epiplón del tamaño de una naranja.

Resección del epiplón, junto con los pequeños quistes. La enferma se encuentra en el servicio con otro quiste del hígado.

Observación VIII

OBSERVACION COMENTADA DESPUES DE LAINTERVENCION

Servicio del Dr. Caballero.

N. S., argentina, 35 años, casada, procedente de Chacabuco. Intervenida por el Dr. Güemes.

Enferma sin antecedentes patológicos de mayor importancia, regló por primera vez á los 13 años, habiéndose mantenido en relativas buenas condiciones hasta la época de su matrimonio; poco después del cual notó la aparición del flujo blanco amarillento y en el que el análisis bacteriológico reveló la existencia de gonococos; al mismo tiempo se manifestaron trastornos funcionales diversos, ardores y frecuencia á la micción, enturbiamiento de la orina, dolores al bajo vientre, es-

pesamiento y sensibilidad en los fondos de saco vaginales, lo que la obligó á ingresar al Rivadavia.

La enferma estuvo en tratamienoto en un servicio, tres meses consecutivos de reposo y tratamiento emoliente y encontrándose mejorada pidió el alta.

Dos años después ingresa nuevamente al Pabellón 2°, pero los trastornos de los cuales se queja actualmente, son de un orden diferente á los que hemos anotado; se encuentra en la fosa ilíaca derecha, una masa voluminosa, renitente, que nos dá la impresión de un quiste del ovario derecho, con desplazamiento bastante marcado hacia ambos lados; el tacto vaginal combinado á la palpación abdominal, nos corrobora esta impresión, la matriz se encuentra completamente rechazada hacia el lado izquierdo y un poco hacia abajo. La enferma tiene micciones frecuentes, constipación tenaz, dolores irradiados á los miembros inferiores y trastornos menstruales.

El diagnóstico oscila entre un quiste del ovario, del paraovario, ó un hidátide de la región, se practica el análisis hematológico por el Dr. Colillas, con resultado positivo (6 o|o de oesinofilos), permitiéndonos constatar una leucocitosis marcada y la eosinofilia indicada, lo que hace inclinar el diagnóstico en favor de un quiste hidatídico de la región, comprobándose con la laparotomia, la cual nos reveló la existencia de numerosos quistes hidatídicos, no solamente en ese sitio, sino en toda la cavidad abdominal y que habían escapado al examen clínico.

Observación IX

POLIHIDATIDOSIS ABDOMINAL POR ROTURA EXPONTANEA

Pabellón Cobo. Servicio del Dr. Molina.

dosis abdominal, por ruptura expontánea.

A. L. de C., 22 años, argentina, casada, procedente de Gualeguay (E. R.)

Antecedentes hereditarios, sin importancia.

Antecedentes personales — Sarampión y tifoidea en la infancia. Regló á los 12 años, reglas regulares.

Enfermedad actual—Hace 8 años relata la enferma, notó una pequeña dureza de forma redondeada y que se deslizaba cuando era rechazada con la mano, estaba situada en el hipocondrio derecho: como á los 7 meses de haber hecho este descubrimiento al cual ella no le dió mayor importancia, aparecieron otros pequeños tu-

morcitos alrededor del primitivo, sin que á ella le llamara la atención, por no ser acompañados de trastornos físicos, pero no así, cuando estos tumores empezaron á adquirir un volumen algo mayor, trayendo al mismo tiempo que este crecimiento, trastornos como ser exageración del volumen del vientre por gases que la calmaba cuando los expulsaba, descomposturas de estómago con vómitos, sudores fríos y postración. Estos trastornos durábanle tres días, después de los cuales todo entraba en orden.

Poco tiempo duró este estado de cosas, pues á los tres meses todo pasó y quedó en la nada.

La enferma contrajo matrimonio, al año, tuvo un parto gemelar á término con fetos muertos. Hace cuatro años yendo de viaje en coche, este volcó ocasionándole á la enferma al dar en tierra una contusión en la rodilla y golpe fuerte en el hipocondrio derecho, notó un fuerte dolor, cayendo en cama con temperatura, acusando al siguiente día un fuerte poussé de urticaria: urticaria que evolucionó en una semana.

Al tiempo notó la enferma que su vientre iba adquiriendo proporciones exageradas, hasta llegar al volumen actual.

Estado actual—Enferma en buenas condiciones de nutrición. Aparato circulatorio y respiratorio normales; aparato digestivo, hace poco tiempo ha perdido el apetito, es constipada.

Abdómen globuloso á la inspección, depresible á la

palpación, recogiendo la mano que palpa la sensación de una serie de tumores redondeados lisos, de tamaño variable, desde el de un huevo de paloma al de una naranja, son movibles, la mano los desplaza con facilidad, ocupan todo el vientre. A la percusión no hay nada de particular, á no ser unas pequeñas zonas de matitez en el lugar donde los tumores están adosados á la pared. No hay frémito hidatídico.

Examen ginecológico—Al tacto vaginal se encuentra el útero rechazado hacia la derecha y descendido cerca del pubis. Fondo de Douglas y lateral izquierdo ocupado por un tumor del tamaño de una naranja, este tumor es renitente y su extremo externo algo doloroso quizá por compresión ovárica.

Histerometria, 5 ctms.

Diagnóstico: Sangre eosinofilia 9 o|o.

Polihidatidosis abdominal y pelviana.

Operación—Operador Dr. Aróztegui—Lap. Al abrirse el peritoneo se encontró la cavidad completamente llena de quistes de diversos tamaños, se resecó el mesenterio que contenía 34 quistes y se hizo histerectomia supravaginal por haber un quiste en el ligamento ancho derecho, y ovarios quísticos enormes.

Observación X

POLIHIDATIDOSIS PRIMITIVA

Pabellón Cobo. Servicio del Dr. Molina.

S. P., 38 años, argentina, casada, de Tres Arroyos.

Antecedentes hereditarios, sin importancia.

Antecedentes personales — Sarampión en la infancia.

Regló á los 13 años, regulares. Se casó á los 14 años, ha tenido 4 hijos y un aborto.

Todos sus embarazos, partos y puerperios han sido normales.

Enfermedad actual — Data de un año comenzando con dolores muy agudos en las fosas ilíacas y en los flancos, dos ó tres días antes de las reglas; en las reglas siguientes se producían con igual violencia. La última

menstruación que duró del 23 al 27 del corriente (Enero 1909) ha sido precedida de dolores menos violentos. Con los dolores coincide la hinchazón del vientre, no ha tenido urticaria, no siente repugnancia por ninguna comida, la micción normal.

Estado actual — Aparato circulatorio, respiratorio, normales; corazón: tonos normales, pulso regular, poco tenso, 76 pulsaciones.

Aparato digestivo, regularmente constipada.

A la palpación del abdómen dá la sensación de una serie de tumores, esparcidos en todo el vientre, lobulados, resistentes, cuyo tamaño varía, desde el de una nuez hasta el de una naranja.

Al tacto vaginal, se encuentran los fondos de saco posterior y laterales ocupados por tumores redondeados y duros.

Examen de sangre, ligera eosinofilia 1.50 o|o.

Diagnóstico: Polihidatidosis abdominal.

Operación — Operador Dr. Aróztegui—Lap. Se extraen 25 quistes de diversos tamaños, estos estaban situados en el epiplón que se reseca, en el peritoneo del cual se extraen, y en los órganos genitales internos por lo cual se practica la histerectomia abdominal supravaginal.

Observación XI

POLIHIDATIDOSIS POR RUPTURA ESPONTANEA

Pabellón Cobo. Servicio del Dr. Molina.

C. I., argentina, 17 años, soltera, (Coronel Dorrego).

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Sin importancia.

Enfermedad actual—Hace 7 meses dice la enferma que sentía un dolor en el flanco derecho que no la molestaba mayormente.

El 30 de Septiembre de 1908, había estado ocupada en baldear todo el día, aumentando con este motivo su dolor. A la noche fué atacada repentinamente de un dolor desgarrante, agudísimo, este ataque duró como cuatro horas, siendo acompañado de vómitos biliosos, al otro día tuvo temperatura y á los tres días del ataque se presentó una urticaria que tardó 15 días en desaparecer. Pasó un tiempo en calma. Pero al mes del ataque notó

que su vientre aumentaba poco á poco de volumen. Notó un abultamiento en la región ilíaca derecha, abultamiento que aun persiste.

Estado actual—Enferma cuyo estado general es bueno; sus aparatos circulatorio y respiratorio normales.

Aparato digestivo bien.

El abdómen á la inspección presenta un tumor que hace relieve en la fosa ilíaca izquierda, que hacia arriba llega hasta el ombligo, á la palpación se constata este tumor que es fijo, insensible, mate á la percusión, muy tenso, y se percibe el frémito hidatídico muy débil; á la palpación se nota otro tumor con los mismos caracteres que el anterior aunque más pequeño en la fosa ilíaca derecha; ocupa la región apendicular.

Por el tacto vaginal, se constata el útero rechazado hacia el pubis, y en el fondo de saco lateral derecho se toca otro tumor, pequeño del tamaño de una nuez, con los mismos caracteres que los anteriores.

Examen de sangre: eosinofilia 6 o|o.

Diagnóstico: Polihidatidosis abdominal.

Operación—Operador Dr. Molina. Lap. Mediana, punción y extracción de la membrana germinativo, del quiste grande que ocupaba la fosa ilíaca izquierda, marsupialización y drenaje.

Extracción de los pequeños que existían en el epiplón y otro en el ligamento ancho.

La enferma á los 40 días de operada fué dada de alta curada.

Observación XII

Servicio del Dr. Caballero.

J. G., 33 años, argentina, casada.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Regló á los 14 años, regulares, durante 3 días.

Enfermedad actual—La enferma empieza á sufrir desde el año 1902, traduciéndose estos sufrimientos por dolores de estómago, repugnancia por alimentos grasos; es regularmente constipada. Fué operada de un quiste hidático del hígado el año 1903.

A los 4 años la enferma vuelve á sentir novedades, traducidas por trastornos digestivos también, al mes de este comienzo sufre un ataque de urticaria, y nota que su vientre aumenta de volumen, por lo cual decide entrar al Hospital donde es operada de dos quistes hidatí-

dicos de mesenterio, marsupializándose uno de ellos. (Operación en Agosto de 1908).

Enfermedad actual—Enferma en buen estado general; sus aparatos respiratorio, circulatorio y digestivo normales.

La enferma se queja de un dolor, que la molesta bastante, que parte de la insición de la cicatriz de su anterior operación, hasta la ingle derecha. Al examen se nota la cicatriz que hace relieve sobre el resto de la pared abdominal. Se decide intervenir haciéndolo el Dr. Caballero el 18 de Marzo de 1909. Se hace una incisión doble que abarca la cicatriz anterior y se reseca, se encuentra debajo un quiste hidatídico del tamaño de un huevo, se extrae, y debajo de ese se encuentra otro más grande, el que se vacía, por no poderse extirpar y se marsupializa; dando á los días siguientes, salida á un regular número de vesículas.

La enferma es dada de alta curada el 20 de Abril de 1909.

Observación XIII

Servicio del Dr. Caballero.

E. B., 41 años, casada, española, carnicera.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Regló á los 13 años, duran 4 días. Ha tenido 7 hijos, con embarazos, partos y puerperios normales.

Enfermedad actual—La enfermedad data de 8 años, época en la cual la enferma comenzó á sentir dolores en el abdómen, y notó que su vientre aumentaba de volumen y observó, á causa de la flacidez de su vientre, unos tumorcitos, la enferma atribuía esto á que ella soportaba sobre el vientre canastas de carne.

Enfermedad actual—Enferma en bastante malas condiciones, demacrada, color amarillento, mucosas ocu-

lar y bucal pálidas, poco apetito, gran sed, mal aliento, (caquexia hidatídica).

Su corazón bate rápidamente, 90 pulsaciones, poca tensión.

Aparato respiratorio bien. Digestivo, lengua saburral, poco apetito, constipación que remonta á 5 meses.

Examen del abdómen, á la inspección, globuloso, se alcanzan á distinguir una cantidad de tumorcitos, esparcidos por igual en toda la cavidad; la palpación corrobora, lo que dá la inspección, vientre fláscido, la mano palpa una serie de tumores de todos tamaños, en gran número; la percusión en algunos dá claro el frémito hidatídico. La sangre revela pobreza en glóbulos rojos (3.200.000) un ligero aumento de los blancos (10.000) eosinofilia (5 o|o).

Operación—Operador Dr. Caballero. Se hace laparotomia, se reseca mesenterio que poseía 45 quistes de diversos tamaños, epiplón con 15, y se hace histerectomia supra-vaginal por estar adheridos á los órganos genitales 5 quistes, uno del tamaño de un puño incluído en el fondo de saco de Douglas.

N. B. Durante su convalescencia la enferma presentó un ataque de urticaria durándole 15 días.

Se le dió de alta curada el 12 de Marzo de 1909.

Observación XIV

Servicio del Dr. Caballero.

S. E., 30 años, italiana, casada.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Escarlatina y tifoidea en la infancia. Regló á los 14 años, durante tres días. Se casó á los 20 años, ha tenido 3 hijos, con embarazos, partos y puerperios normales.

Enfermedad actual — Esta enferma al tiempo que se radicada, en el campo, comienzan trastornos de diversa naturaleza, como ser repugnancia por ciertos alimentos principalmente los grasos, la manteca, etc. Hace dos años notó que en la región de su hipondrio derecho cre-cía un tumor y que al hacer un exagerado trabajo la fatigaba en extremo, y sentía dolores en esa región. Hace un año durante las faenas de campo, recibió una patada de

una mula, en el vientre, causándole un esquímosis de importancia, cayó en cama y á los dos días se le declaró una urticaria, para la cual se le administró calomel, aceite de ricino, y régimen alimenticio; cuando todo pasó, notó que su tumor había desaparecido. A los dos meses de este accidente observa con sorpresa que su vientre aumenta de tamaño, de un modo irregular, y al tocarse ella su abdómen, siente que bajo sus dedos se deslizan una serie de tumores pequeños y redondos, alarmada por lo cual resuelve ingresar al Hospital Rivadavia.

Estado actual — Enferma en buen estado general. Aparatos respiratorio normal, circulatorio, tonos normales, pulso regular, 76 pulsaciones.

Aparato digestivo, lengua sucia, saburral, poco apetito, constipación.

Abdómen á la inspección desigualmente aumentado de volumen. A la palpación se perciben una serie de tumores de forma redondeados, tamaño pequeño.

Sangre 3 o|o de eosinofilos. Esta y el antecedente de su tumor anterior desaparecido por el traumatismo, y la poussée de urticaria, nos hacen pensar en una *Polihidatidosis abdominal*.

Operación—Operador Dr. Caballero. Lap. Resección del epiplón con 8 quistes de tamaño de un huevo de gallina, resección de parte del mesenterio con 5 quistes más, é histerectomia abdominal, por quiste incluído en el ligmento ancho y ovaritis esclero-quística.

Observación XV

Servicio de pensionistas, Dr. Caballero.

J. M., 23 años, argentina, soltera.

Antecedentes hereditarios y personales, sin importancia.

Enfermedad actual—Hace 6 años fué atacada por una puntada al costado derecho, acompañada con tos y disnea; esta puntada era tan intensa que no dejaba descansar á la enferma. Se hizo diagnóstico de pleuresia derecha la cual se punzó sin resultado, por lo cual, se le siguieron colocando ventosas como anteriormente, y al cabo de mes y medio se encontró curada y dejaba el lecho.

Hace tres años (1906) la enferma comienza á sentir dolores en el estómago, constipación, acompañada de un aumento de volumen del vientre.

Entra al Hospital donde es operada por el Dr. Caballero, extrayéndole 68 quistes hidáticos de diversos tamaños, haciéndosele también una histerectomia abdominal supra-vaginal por haberse encontrado quistes en los órganos genitales internos. (La operación fué hecha el 18 de Julio de 1906).

La enferma es dada de alta el 2 de Septiembre del mismo año.

El año pasado (1908) notó que tenía unos tumores en el vientre, sin haber tenido trastorno alguno, ingresa de nuevo al servicio donde es operada el 18 de Diciembre de 1908 extirpándole 4 quistes hidatídicos de la cavidad abdominal. La enferma queda en asistencia, hasta que un día amanece con un dolor violento en la región del hipocondrio derecho, dolor que se irradia hacia la espalda derecha, se resuelve esperar unos días, pero los dolores no se calman; y se resuelve intervenir el día 8 de Febrero del presente año, con diagnóstico de quiste hidatídico supurado del hígado; Op. Dr. Caballero, se hace una incisión al nivel del reborde costal derecho, se punza el hígado con un bisturí hasta llegar á la bolsa, la cual es abierta dando salida á 4 litros de pus y membranas hidáticas degeneradas, esta salida de pus es acompañada de una abundante hemorragia del parenquima hepático; esta enferma hasta la fecha (7 de Marzo de 1909) se encuentra en asistencia, habiendo tenido hasta estos días 4 hemorragias bastante abundantes, ha-

biendo hecho taponamiento con gasa, y dando dos veces suero Berhing como hemostático, y como bebida cloruro de calcio.

Buenos Aires, Marzo 16 de 1909

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. Luis Güemes al Profesor Titular Dr. Samuel Molina y al Profesor Suplente Dr. Ricardo S. Gómez para que, constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente Tésis, segúrn lo establecido en el art. 4 de la Ordenanza sobre Exámenes

E. CANTON

R. S. Gómez

Buenos Aires, Marzo 20 de 1909

Habiendo la comisión precedente, aconsejado la aceptación de la presente tesis, segun consta en el acta N. 2027 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON

R. S. Gómez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Valor del exámen de la Sangre para el diagnóstico de la Hidatidosis.

L. Güemes

II

La Hidatidosis pelviana frecuencia y diagnóstico.

S. Molina

III

Metodos operatorios. Su discusión ventajas y resultados ¿Cual debe preferirse?

R. S. Gómez