

ESTUDIO GENERAL DE LOS

QUISTES HIDATIDICOS

Y

PARTICULAR DE LOS DEL HIGADO

POR

VICTOR MANUEL Y NOGUERAS



EXCMO SEÑOR

La esperanza de ver realizadas mis constantes ilusiones, con la adquisición del mas elevado título de nuestra carrera, la observación de la frecuencia de estas lesiones, en la Comarca, donde he podido aprender las pocas ideas que en mi cerebro están diseminadas, la región, en la que, por razon de nacimiento esta concentrado mi cariño y de la que, todos los hijos del pais, estamos obligados a medida de nuestras fuerzas y entusiasmos (y conste que las primeras en mí son tan pequeñas como grande es el segundo) á vulgarizar, tanto las glorias como los hechos vergonzosos para que, con el placer de aquellas, agudicemos nuestra inteligencia, y sustituyamos el trabajo á la holganza para conseguir en lo posible, la desaparición de aquellos.

La amabilidad de mi distinguido profesor de Patología y Clínica Quirúrgica Dn. Ricardo Lozano y Monzó, quien, desde el momento que le comunique la idea, aceptó la dirección de las observaciones que publico, siendo con su gran talento y su espíritu joven y templado un



EXCMO SEÑOR

La esperanza de ver realizadas mis constantes ilusiones, con la adquisición del mas elevado título de nuestra carrera, la observación de la frecuencia de estas lesiones, en la Comarca, donde he podido aprender las pocas ideas que en mi cerebro están diseminadas, la región, en la que, por razon de nacimiento esta concentrado mi cariño y de la que, todos los hijos del pais, estamos obligados a medida de nuestras fuerzas y entusiasmos (y conste que las primeras en mí son tan pequeñas como grande es el segundo) á vulgarizar, tanto las glorias como los hechos vergonzosos para que, con el placer de aquellas, agudicemos nuestra inteligencia, y sustituyamos el trabajo á la holganza para conseguir en lo posible, la desaparición de aquellos.

La amabilidad de mi distinguido profesor de Patología y Clínica Quirúrgica Dn. Ricardo Lozano y Monzó, quien, desde el momento que le comuniqué la idea, aceptó la dirección de las observaciones que publico, siendo con su gran talento y su espíritu joven y templado un

guia seguro, para alcanzar todo el cúmulo de conocimientos que de ellos podian sacarse, y el huir de temas de los que, como desarrollados sin hechos no pueden sacarse conclusiones practicas para una rama de la Medicina tan importante como la Cirugia, son, las que me han inspirado la memoria que tengo el honor de presentar al juicio y benevolencia de tan ilustrado Tribunal.

Si por ella lleno mis aspiraciones y de ella puede recojerse algo útil, aunque no sea, mas que el añadir a los casos publicados los recojidos en la Clínica Quirúrgica de la Facultad de Zaragoza y que al final del trabajo expongo, quedará satisfecho el que por la escasez de experiencia y conocimientos no puede hacer mas a pesar suyo, en pró del estudio de los quistes hidatídicos del higado.

Del órden de **exposición** nada nuevo tengo que decir; recién salido de las Aulas, en las que he aprendido la ordenación de todos los trabajos por un método clásico, y convencido de que este reúne todas las condiciones necesarias á un buen método, estudio la Historia, la Etiología, y Patogenia, Anatomía Patológica, Sintomatología, Degene

raciones y Complicaciones, Diagnostico, Pronostico, Tratamiento y Profilaxis y por ultimo las Conclusiones que de todo ello pudieran deducirse.

Nada mas quiero decir en este prologo, pues considero, que los excesos en el abuso de palabras huecas, no hacen mas que cansar el animo del lector y predisponerle en contra para el juicio general del trabajo.

C A P I T U L O I °.

HISTORIA

Los quistes Hidatidicos son conocidos desde la antigüedad. Hipocrates y Galeno hacen ya mencion de ellos, y autores posteriores los toman como hidropesias locales ó dilataciones linfaticas. Dodart 1.697, Morand 1.723 Hartman 1685, suponian ya el origen animal de estos quistes y Malphigio, Bauhin, Bidloo, Bepter y otros describieron lesiones cuyo cuadro corresponde por completo á los hidatidicos. Pero el verdadero estudio de ellos se debe á Pallas quien en 1766 reconocio la verdadera causa de la lesion distinguiendolos de los cisticercos; despues Goecel 1782 reconoce la cabeza de la tenia, Rudolph 1808 le da el nombre de equinococos, Laennec 1804

crea el genero acefalosistos, Brember, 1821 describe los equinococcos de hidatides humanos, despues Bed, Andral, Davaine, Von-Siebol, Blanchard, Livois, Flammarrion, Devé, Cras, Fossard, Dieulafoy, y el Dr. Rivera han estudiado esta variedad de quistes dandoles la importancia que verdaderamente tienen, encontrandolos localizados en todos los organos de la economía y exponiendo su sintomatologia, que por ser casi nula, puede reducirse á la que por acción de presencia producen.

C A P I T U L O 26.

Geografía Hidatidica.

Los quistes hidatidicos son conocidos en todas las regiones del mundo habitable: Islandia y Australia son segun las estadisticas las comarcas en las que se desarrollan con frecuencia; el 6 por 100 en la primera y en la segunda, en diez años de 1862 á 72 han muerto 200 personas; siguen en orden Inglaterra en la segun el Dr. Murchinson guardan la proporción del uno por ciento cincuenta Alemania, Francia, Italia, Argel, Egipto, India y America en las que es difícil encontrar casos de quistes hidatidicos y por ultimo en España y sobre todo Aragon.

en donde, por no dejar de padecer todas las enfermedades posibles y en su grado maximo, nos encontramos con una proporcion, unicamente comparable con la de Islandia, pues, entre 365 casos de diversas enfermedades quirurgicas tratadas en la Facultad de Medicina de Zaragoza, bajo la direccion del ilustre profesor Dn. Ricardo Lázano, á cuya amabilidad debo estos datos, figuran, 2 quistes hidatídicos del bazo, 1 del riñon, 2 del muslo, 1 de la mama y 8 del hígado, es decir, un total de 14 casos entre 365 enfermos, tratados en dos años ó sea un contingente de un 3'83 por %.

C A P I T U L O 3º

Etiologia y Patogenia.

En la clase sesta de la clasificacion de LINEC; tipo cuarto, clase dieziseis de la de CUBIER, nos encontramos con animales que viven parasitos en los organos de otros, desprovistos de organos respiratorios y de locomocion y, que comprendidos, segun la clasificacion de Odon de Buen, en el tipo cuarto, gusanos, clase Platelmintos, orden cestodes y entre estos en el genero Tenia, llamados entozoarios, y que se caracterizan, por no poseer tubo di-

6
gestivo, estar segmentados en anillos, llevar en la parte anterior una especie de cabeza llamada escolex provista de una prominencia, rostellum, rodeada de dos coronas de ganchos y seguida de tres anillos de los cuales el ultimo es de mayores dimensiones que los demas y reconocidos por los naturalistas con el nombre de tenia equinococcus: Ésta, ~~siervo~~ que vive en el tubo digestivo de los mamíferos y pájaros, llega por el intermedio de sus huevos al estado vesicular ó larvario depositandose en cualquiera de los organos parenquimatosos y cavidades serosas del hombre y animales que los padecen, ~~ll y~~ produce los quistes hidatidicos.

El huevo, procedente de los proglotis sueltos de la Tenia equinococcus y que contiene un embrion provisto de 6 ganchos, que le sirven para progresar por tegido solido, penetra en cualquier parenquima, se envuelve de una capsula y pierde los ganchos para transformarse en una vesicula, que por gemmacion, dá origen á los escolex ó cabezas de Tenia de que antes hablabamos.

La manera de producirse la hidatide en el hombre es la siguiente, segun Davaine; depositados los huevos de la Tenia en las plantas y agua, por los excrementos del

perro, é introducidos por el intermedio de aquellas en el tubo digestivo, son sometidos á la acción de los jugos gastricos é intestinales que destruyen la cubierta que les protege dejando libre el embrion, el cual vivificado por el calor, se aproxima y adhiere á la mucosa á beneficio de sus ganchos, perforando las paredes gastricas é intestinales para llegar hasta los organos parenquimatosos; allí estos pequeños seres sufren las transformaciones antes indicadas.

Mas no es este solo, el medio de que se sirve el embrion para llegar á los organos parenquimatosos: los partidarios de la teoría de la circulación por los vasos sanguineos creen, que probablemente una vez que los jugos digestivos destruyeron la cubierta del huevecillo, el embrion merced á sus ganchos, cuatro de los que se mueven en arco de circulo y de los otros dos en viaven, se añhiereá la mucosa penetra en las venas que la riegan y es arrastrado por la corriente circulatoria yendo ya por las raices de la vena porta al higado, en donde, ó se queda que es lo que sucede con mas frecuencia ó lo atraviesa para ir por las suprahepaticas á la vava inferior y de allí á la auricula derecha de la que es lanzado por la corriente cir-

8

culatoria para depositarse en cualquier organo, ó penetrando por la vena hemorroidal inferior llega á la cava y desde allí seguir el camino que le hemos trazado.

Otros pretenden y entre ellos Gangolphe, que penetrando en los vasos linfáticos, van al canal torácico, de allí á la vena cava y siguiendo la corriente circulatoria son depositadas en los organos donde han de sufrir ulterior desarrollo.

Birol de Melburne quiere explicar la frecuencia de la localización pulmonar, por la contaminación por el aire atmosférico en el que se encontrarían según él, los huevos de la Tenia, pero esto no puede ser admitido por que el pulmón no puede destruir la capsula que envuelve el embrión; Loisson para explicar dicha frecuencia, admite que una vez destruida la capsula en el estómago por el jugo gástrico, un vomito, viene á depositar en la laringe ó en los bronquios, el embrión exhacanto ya libre y con sus movimientos propios.

DE todas estas teorías, la que mas adeptos tiene es la vascular sanguínea, que nos explica perfectamente el porque, el hígado, pulmón y bazo, organos vasculares por

celencia, son los que mas y casi unicamente padecen dichas lesiones; Las otras teorías podran explicar sí, algun caso particular, pero nada mas.

Se invocan como causas para la producción de los quistes hidatídicos, la edad, el sexo, la profesión, y los traumatismos: En la edad media, de los treinta á cuarenta, es cuando mas frecuentés són, muy raros en la vejez se óbservan algunos en la infancia y aun en el recién nacido, en cuyo caso, el embrión debió llegar al organismo del infante, por la circulación umbilical. El sexo, está demostrado no tiene influencia alguna. La profesión, parece ejercer una acción selectora en su producción, los marinos, no padecen esta enfermedad, los trabajadores de las minas de Australia dan un buen contingente, los pobres de Inglaterra tambien proporcionan gran número de casos y en Aragon, las clases menesterosas son terreno abonado para su desarrollo. Los traumatismos, por los éxtasis sanguíneos y roturas vasculares que producen, crean un campo favorable para su desarrollo, además de que permaneciendo oculto el quiste, muchas veces, el traumatismo, es causa de que en él se produzcan modificaciones que le dan á conocer.

Pero todas estas causas mas que reales son ficticias

0
pues unicamente la alimentación casi exclusivamente vegetal, el beber aguas ancharcadas como sucede en la generalidad de los Pueblos de Aragon, son causas que deben tenerse muy en cuenta pues son los unicos vehiculos de que se sirve el embrion para llegar al tubo digestivo humano, despues de ser expulsado del del perro, animal muy abundante en esta Región, por medio de los excrementos.

C A P I T U L O 4º.

----- Anatomía Patologica

La vesicula hidatidica, caracterizada por tener un volumen desde un grano de mijo á una cabeza de feto, ser de forma esferica ú ovoidea, contener en su interior un liquido seroso y limpido que luego describiremos, tiene sus paredes de un espesor uniforme, incoloras, transparentes ú opalinas, homogeneas, friables y elasticas, parecidas á la albumina de huevo coagulada y estan formadas por capas extratificadas de una delgadez extraordinaria; lisas por la parte externa, por la interna dán origen á una membrana llamada germinativa que está contituida por un extratun fibrilar infiltrado de granulaciones elementales y de la que no pueden obtenerse capas concentricas como las anteriormente descritas.

Esta membrana, poco adherida á la hidetidaca

produce diferentes corpusculos llamados equinococos que tienen el tamaño de dos á once micras divididos en dos partes por una estrangulación circular, una parte anterior en la que encontramos gran número de ganchos y otra posterior larga y achatada que es la que por medio de un pedículo se adhiere á la membrana germinal, de modo que podemos considerar el equinococo como un cisticerco cuyo cuerpo se hubiera desarrollado: Tanto la membrana germinal como los equinococos llega un momento en que pueden destruirse y entonces no queda en la hidátide mas que ganchos y corpusculos calcáreos y por lo tanto es esteril, dando lugar al acefalosisto de Laenec.

Dentro de la vesícula hidatídica se encuentran otras mas pequeñas y que son conocidas con el nombre de vesículas hijas. ¿Cual es el origen de ellas? Para la explicación de esto existen varias teorías que pueden reducirse á dos; Primera - La clásica representada por Kum, Davaine, Planchar y Flammarión, y la de Naunyn aceptada por Leuchart que puede dividirse á su vez en dos; la de las vesículas proligeras y la de los escoles.

Los partidarios de la teoría clásica quieren, que las vesículas hijas nazcan de la cutícula óhidátide apareciendo entre esta y la membrana germinal ó entre dos capas de la hidatídica, unos grumos granuloso de aspecto grasoso que segregan una nueva cutícula y aumentando de volumen llegan á desprenderse, ya hacia el interior ya al exterior: estas vesículas producen como la madre una membrana germinal con equinococos ó sin ellos, reproduciéndose por gemación como aquella de la que proceden,

Los que sostienen con Naunyn que las vesículas hijas pueden proceder ó de las proligeras ó de los escoles creen que tanto estos como aquellas, se recubren de una membrana cuticular, los escolex, contenidos en la vesícula prolígera se mueren y su parénquima se adhiere á la cutícula para formar la membrana germinal: si el escolex es el origen de la vesícula, una vez recubierto de la cutícula, ~~sufre~~ una serie de transformaciones hasta llegar á constituir en el interior de esta, una red granulosa que, centrifugándose, llega á producir la nueva membrana germinal.

Contra esta teoría se levantan Davaine y Braume diciendo que es un pensamiento antifisiológico el que un escolex produzca una fase de desenvolvimiento anterior a él, es decir, sufra una retrogresión y que si en algun caso sucede, es seguramente anormal.

A este proposito no puedo menos de atenerme á la tesis del Dr. Felix Devé de 1901 sobre "La Equinocosis secundaria", en la que, despues de cincuenta y cuatro experiencias personales, asociadas a noventa y siete observaciones clínicas de diferentes casos de equinocosis secundaria confirmada, viene a sentar la conclusión de que tanto las vesiculas hijas, como las proligeras, como los escolex, pueden producir, cuando se encuentran en un medio apropiado, quistes hidatídicos, que aunque secundarios tienen la misma anatomía patológica que los que les dieron origen y por lo tanto demuestra, que no es necesaria la presencia de un embrión como pretende Davaine en su tan defendida teoría.

Líquido hidatídico - Este, contenido en el interior de las vesiculas es, limpio, incoloro, transparente, algunas veces ligeramente verdoso, de una densidad de 1'011, de racción neutra, rara vez acida ó alcalina, con

tiene un seis por mil de cloruro de sodio, nada de albumina á no ser que haya muerto la hidatide en cuyo caso puede encontrarse; segun Gubler existe algo de leucina y tirosina segun Naunyn, acido succinico segun Heintz y sustancias que varian extraordinariamente desde el azucar, acido úrico, ~~oxalico~~ y fosfatos dependientes del organo que invade el tumor.

Todo lo que hasta ahora hemos descrito constiutye si, la hidatide, pero el verdadero quiste hidatidico tal como debemos entenderlo, tiene ademas una cubierta que es la que le dá el nombre de quiste: esta cubierta llamada foliculos por Malpighi é hidatide externa por Rudolphi, está primitivamente constituida por el tegido celular del organo que contiene la vesicula sin diferenciarse en nada, del que se desenvuelve al rededor de cualquier cuerpo extraño; tiene un espesor variable segun el órgano y la edad de la vesicula, pudiendo llegar á tener hasta medio centímetro, como en el caso de Berand y sufrir degeneraciones que, desde la aparición de particulas calcareas, puede llegar á transformarse en fibro-cartilaginosa y aun osea como en el caso del Museo de King's-College: muchos Vaess procedentes

del organo⁴ de nueva formación le cruzan en varios sentidos y le proporcionan un riego sanguíneo abundante; su cara interna es blanca y lisa cuando joven, y se hace *mas londa* achagrinada y espesa, recubriéndose de exudaciones, que, con vasos dilatados en forma varicosa llegan á adherirse en algunos puntos á la vesícula hidatídica.

Los tejidos y organos en los que se desarrollan pueden seguir mucho tiempo sin sufrir alteración alguna, pero al final la compresión ejercida en ellos dá origen á su atrofia, llegando en algunos casos á desaparecer por los cambios sufridos en la porción periquística: los organos vecinos llegan á establecer adherencias con las partes que rodean al quiste y sufren con frecuencia dislocaciones como lo haremos ver al hablar de los sintomas que presentaron algunos de nuestros enfermos del higado: en otros casos las superficies adherentes llegan á ulcerarse y sobreviene la perforación de la que hablaremos al tratar de las complicaciones.

Animales y organos en que asientan con mas frecuencia - El mono, Buey, Carnero, Antílope, Canguro, Caballo y Dromedario son los animales que mas y casi

únicamente padecen esta enfermedad pues los pocos casos que se encuentran en los roedores son rarísimos y no están plenamente confirmados: la estructura de los quistes de estos animales, es la misma que la de los del hombre, siendo casi todos ellos uniloculares, apareciendo con más frecuencia en el hígado, pulmón y cerebro no dando ninguna sintomatología, excepto los del último órgano, tanto que casi todos los casos se deben al sacrificio de las reses para el abastecimiento de carnes.

El hombre, como animal omnívoro y por lo tanto *hervívoro*, padece también con mucha frecuencia estas lesiones, como dejamos dicho al hablar de la distribución geográfica y en él, se presentan en todos los órganos, pero en grados distintos según nos demuestra la estadística. En ella podemos ver que el hígado, ofrece más casos de hidatides que todos los demás órganos de la economía juntos, vienen después en orden de preferencia el bazo, pulmón, corazón, músculos, cerebro y huesos en los que ya es difícil encontrar algún caso.

En la clínica de la ^FAcultad de Medicina de Zaragoza, de los catorce casos que bajo la dirección de mi

maestro tuvo ocasión de observar 8, corresponden al hígado, 2 al bazo, 2 al muslo, 1 al riñon y otro á la mama. En la estadística del Dr. Finssen de Islandia de 255 casos 177 corresponden al hígado; en los presentados por Davaine, de trescientos setenta y seis, ciento sesenta y seis son del mismo organo: esto demuestra igualmente las estadísticas de Roche, Naises y Madelung de las que resulta que un cincuenta y tres por ciento corresponde al citado organo: en todas ellas se demuestra tambien que el bazo y pulmon son los que siguen con frecuencia y que el corazon, musculos y huesos estan relegados al último término.

DURACION - Se ha discutido mucho sin que de ello haya resultado ningun hecho concluyente, la duración de los quistes hidatídicos: mientras unos le asignan como término medio de cuatro a seis años, otros presentan casos que no tienen de existencia mas de un año, y quiben, les da fechas hasta de cuatro y cinco lustros.

La duración verdadera de la lesión que nos ocupa es casi imposible determinar porque intervienen en ella multitud de factores que, principiando por el organo y lugar de este en que asientan, sujetos á las contingen-

cias del mundo exterior y expuestos a sufrir transformaciones y complicaciones de las que nos ocuparemos en el capítulo correspondiente, hacen, que no pueda asegurarse época para su terminación, siguiendo el curso ordinario.

C A P I T U L O 5°.

Quistes hidatídicos del Hígado

Anteriormente indicábamos la frecuencia con que este órgano padece la hidatide, presentando en apoyo de este hecho la teoría vascular sanguínea y la estadística; dábamos á conocer también las causas ocasionales aplicables á este órgano, añadiendo también la constante acción del corse en la muger y respecto á la anatomía patológica, decíamos que la membrana quística adquiere en él, espesor y dureza considerablemente mayores que en los restantes órganos de la economía.

Lo único de particular que presentan los quistes de este órgano es, que apesar de la trofia que parece producen por acción de presencia, en el que radican, se encuentran hígados con quistes, que llegan á pesar,

9

hasta dos mil seiscientos gramos ó sea mil gramos mas que lo normal (Chauffard) esto es debido á una hipertrofia compensadora que llega á regenerar el tejido epatico de tal modo, que su función se encuentra asegurada por estar celulas integras, modificandose exclusivamente su parenquima que recuerda al de un higado fetal de siete meses; en contra de esto, presenta Davaine un caso en que el higado habia casi desaparecido no teniendo mas que vintisiete milímetros de espesor, pero esto es extraordinario, pues en todos los casos, sobre todo si el quiste es alveolar, el higado está ordinariamente aumentado, los vasos linfaticos tienen el aspecto de cordones y algunas veces estan llenos de equinococos, la vena porta por transformaciones de sus paredes se encuentra obliterada así como tambien las arterias hepaticas; los conductos biliares se encuentran permeables excepto en los casos en que el quiste radica en ellos ó los comprime por su volumen.

El sitio de la localización de los quistes en el higado es sumamente variable; mientras unos creen que es la cara convexa la mas frecuentemente atacada, otros sostienen y nuestra clinica lo demuestra, que el

maximun de localización corresponde á la concava:
quien opina que el lóbulo izquierdo y alguien que el
derecho, pero al fin y al cabo, esto que podrá tener
inportancia, para la realización del acto operatorio,
deja de tenerla al tratar la cuestión bajo el punto
de vista que aquí lo hacemos, pues no creo exista ra
zon para sospechar que el embrion prefiera un lado
á otro, siendo todo al fin tegido hepatico con las mis
mas condiciones de circulación y estructura anatomi
ca.

Los cambios en las relaciones anatomicas que
pueden sufrir, tanto el higado, como los organos veci
nos, los indicamos en el capítulo proximo.

C A P I T U L O 6°.

Sintomatología.

Los sintomas presentados por los quistes hidati
dicos del higado, podemos agruparlos en cuatro catego
rias: 1^a Sintomas propios del quiste, divididos en
locales y generales. 2^a Sintomas propios del organo
en que sienta, divididos a su vez en Topograficos, Fun
cionales y Generales. 3^a Sintomas debidos á los orga
nos vecinos que comprenden tambien los Topograficos

Funcionales y Generales y 4^a y última, los referentes á las degeneraciones y complicaciones que incluyen en sí, el curso final de la lesión.

SINTOMAS PROPIOS TOPOGRAFICOS - Son dos Tumor y Estremecimiento hidatidico. Por la inspección y la palpación, se presenta siempre, sobre todo si esta última puede practicarse bien, un abultamiento mayor ó menor según el tamaño del quiste, limitable por todos lados menos por el del organo en que sienta, liso y redondeado sin presentar nunca elevaciones ó depresiones a no ser que se trate de un quiste multiple ó alveolar; la percusión denota una macidez absoluta en todo el abultamiento y que se continúa con la del higado, en este caso ó la del organo en que asienta, si es que la posee, contrastando notablemente con la sonoridad del estomago é intestinos que de ordinario le rodean.

El estremecimiento hidatidico que hemos podido apreciar en los casos tercero, cuarto y octavo, que se manifiesta aplicando la palma de la mano izquierda en el tumor y percutiendo en este con un dedo de la derecha, comparable á los movimientos de un sommier elastico, á los de untrozo de gelatina á la sensacion que se nota

Al aplicar la mano contra el asiento de un sofa percutiendo á la vez en este, este sintoma, que dicen es patognomónico de los quistes hidatídicos, á pesar de presentarse en algunos casos de hidronefrosis como observó Potain, es producido, por el movimiento impreso al líquido y la elasticidad de la membrana hidatídica según Jobert, ó como creen Briancon y Tilaux por el choque de unas vesículas con otras, para lo cual es necesario existan estas, ó como creo yo es debido á que la bolsa hidatídica no está llena de líquido y al percutir esta, sufre un movimiento, que no es el de oleada como sucede en la ascitis y al percutir una vejiga de cerdo llena de agua, sino un movimiento de ondulación que se trasmite en todas direcciones y produce elevaciones y depresiones que se notan en la superficie del líquido.

El descubrimiento de este sintoma, que no es constante según se desprende de las teorías citadas y que no puede observarse mas que en los tumores algo superficiales y que sus paredes no han sufrido la degeneración ateromatosa, fué debido á Briancon, pero fué conocido ya por Blautin en 1801 como lo demuestra la observación de este autor de un quiste hidatídico del abdomen:

Pero la importancia que tiene para el diagnostico, este fenomeno, no se tubo en cuenta en la clínica, hasta la observacion de Terrali publicada entre los medios de esclarecer el diagnostico en las enfermedades humanas.

La auscultación, en algunos casos, nos dá á conocer conuinada con la percusión, un sónico de vibración correspondiente al estremecimiento, y que en ocasiones, puede darnos un signo precioso para el diagnostico de los quistes cerebrales: en los casos que público, no he podido apreciarnunca esta vibración especial.

SINTOMAS DEL ORGANO Y TOPOGRAFICOS - Antes decía, hablando de la anatomía patologica, que consecutivamente á la presencia de un quiste, puede el higado aumentar de volumen y por lo tanto su macidez (caso sexto) ascendiendo esta hacia el pulmon si el quiste es de la cara inferoposterior, ó descendiendo si de la convexa, en cuyo caso podremos apreciar el borde cortante del higado por debajo de las costillas, cosa imposible en el estado normal.

La inspección, palpación, percusion y auscultación, son los medios de que nos valdremos para reconocer este estado, que muchas veces nos hace pensar en la exis-

tencia de un quiste voluminoso, cuando en realidad depende de este aumento, mas del higado, que del causante de la lesiónn.

Otro síntoma topografico, son las elevaciones del quiste en la inspiración y depresiones en la espiración debidas á que, insertandoseeeste, si así podemos decir, en el higado tiene que seguirle en sus movimientos; este sintoma, que se notaba perfectamente en los casos tercero, cuarto, octavo y décimo se reconoce, descubriendo bien la regiónn, iluminandola horizontalmente, é inspeccionandola durante largo tiempo desde el lado opuesto, de la misma manera que se practica la inspección de los movimientos activos del feto, en el embarazo.

SINTOMAS LOCALES Y FUNCIONALES - La repugnancia á las grasas, de la que DIEULAFOI pretende hacer un sintoma patognomonic, es debida indudablemente á los transtor- nos producidos en el higado, ya por congestiones repetidas yá por cambios en su estructura y por lo tanto modificaciones en su funcio biligenica. La inapetencia que padecen todos estos enfermos, es debida á la repugnancia de las grasas: Las epixtasis son consecuencia de las congestiones del higado (caso 10), los edemas de

los miembros inferiores y la ascitis, síntomas por lo demas muy raros, son originados por la compresion del tumor sobre la vena porta.

Otro síntoma, debido en unos casos (el 2°) á congestiones intensas y en otros á compresión del tumor sobre el coledoco ó conductos hepaticos (caso 7° y 9°) ó porque el tumor tiene comunicación con la vejiga de la hiel ó los conductos, y los hidatides al salir los cierran temporalmente, es la ^{que} ~~ictericia~~ ^{que} puede ser continua ó alternante.

Debido á los trastornos en la función biligenica del higado, nos encontramos en la orina de muchos enfermos (casos 1°, 5° y 9°) con un producto patologico que con el cloruro de cinc amoniacal dá una coloración rosa ó granate y que es la urobilina, la que nos demuestra que no solo en la bilis está alterada sino que tambien absorvida y eliminada: Respecto de las funciones glicogenica y urogenica nada dicen los autores ni he podido encontrar modificación alguna.

SINTOMAS PRESENTADOS POR LOS ORGANOS VECINOS Y TOPOGRAFICOS - Los cambios de relaciones de unos organos

con otros, son frecuentes en los quistes voluminosos del hígado, siendo el estomago el que con mas frecuencia es dislocado sobre todo hacia el lado izquierdo (caso 1º) viene luego el cólon que puede llegar segun Davaine hasta la cresta iliaca derecha y siguiendo despues en el orden de trastorno, el diafragma y el pulmon ^{3º} ascienden si el tumor asienta en la cara conversa del hígado, pudiendo llegar la macicez de aquel hasta la segunda costilla; en casos extremos el corazón sufre tambien cambios en su topografía ordinaria.

El bazuqueo gastrico observado en el caso primero, es debido indudablemente á la disminucion del orificio pilorico por la compresión, que retiene los liquidos en el estomago.

SINTOMAS DE ORGANOS VECINOS Y FUNCIONALES - Consecutivamente á los trastornos topograficos, aparecen los funcionales, contandose en el aparato digestivo con la inapetencia, Saburra lingual, eructos agrios y vomitos, es decir sintomas de dispepsia, y el estreñimiento pertinaz observado en los casos primero, segundo, septimo y décimo: por parte del aparato respiratorio existe muchas veces un cambio en el ritmo consistente en la mayor du-

ración de la inspiración que la espiración y una ansiedad constante que en algunos casos, como sucedió en el cuarto, llega hasta la disnea, haciendo pensar en la existencia de una lesión pulmonar.

Los síntomas generales dependientes tanto del quiste como del órgano en que asienta y vecinos se reducen, a un emflaquecimiento general con pérdida de fuerzas que indica una insuficiencia de la nutrición.

C A P I T U L O 7°.

DEGENERACIONES

y

COMPLICACIONES

Comprenden el primer grupo las modificaciones que tienen lugar en el quiste ó en los órganos vecinos sin la intervención de los agentes exteriores y en el segundo, las que lo tienen en estos.

DEGENERACIONES— Al Hablar de la Anatomía patológica é indicado ya que dependiendo de la edad del quiste y del órgano de implantación, la membrana quística adquiere un espesor que llega en ocasiones hasta un centímetro y que en sus paredes se depositan placas cre-

taceas de apariencia osea formadas por fosfato y carbonato de cal que cambian la uniformidad de la membrana que se hace espesa en unos sitios y delgada en otros modificando su transparencia ordinaria.

Mas no solo es la membrana la que sufre las consecuencias de esta alteración, sino que acumulandose entre ella y la vesicula hidatica una sustancia viscosa y de apariencia sebacea ó tuberculosa que envolviendo por completo á esta rechaza sus paredes hacia uno de los lados replegandolas y disminuyendo su cavidad como así tambien el liquido que contiene; con el tiempo esta materia segregada va espesandose y tomando el aspecto del masti de los vidrieros, las hidatides quedan reducidas á laminas membranosas y el único resto representante de los equinoccos son los ganchos que estan aprisionados entre las laminas.

Algunas veces y sin que halla habido sintomas generales de supuración al operar un quiste y abrirlo sale un liquido parecido al pus ó tuberculos reblandecidos pero que en realidad no es mas que la demostración

de la degeneración ateromatosa que debía terminar el estado cretacea: Este modo de terminar de los quistes hidatídicos es el mas favorable según Laenec para los individuos que los padecen.

P Otro final de los quistes hidatídicos, que puede figurar tanto entre las degeneraciones como entre las complicaciones, es su abertura, ya natural por excesiva tensión de la bolsa que comprime las paredes quísticas, ó probocadan por un traumatismo, poniendose entonces en comunicación con alguno de los organos vecinos, que para los quistes del higado seran el pulmon, estomago, intestino, conductos biliares, grandes vasos, peritoneo y pared abdominal.

En unos casos despues de verificada la rotura se expulsan las hidatides, la bolsa se repliega y la curación es su resultado; pero esto que es lo general cuando la comunicación se establece con el estomago, intestinos, pared abdominal y aun conductos biliares, cuando tiene lugar en los demas organos, dá origen á accidentes fatales, que si bien es verdad pueden presentarse en los casos anteriores nunca llegan á tener la importancia que en estos.

Autores hay que no admiten la rotura espontanea de las paredes y bolsa quistica sin el intermedio ó de una inflamación periquistica, de una supuración ó de un traumatismo: pero si bien es verdad que estos agentes ocasionan con frecuencia la rotura no puede menos de reconocerse que existen casos en los que sin causa alguna por lo menos apreciable el individuo portador de un quiste se queda sorprendido al observar que despues de un dolor comparable á un fuerte desgarramiento ha desaparecido el tumor siendo sustituido ó por una momica, por un derrame interno ó por una urticaria etc, etc, etc, de los que luego hablaremos.

Abertura del quiste en las vias respiratorias - Sorprendido por un dolor intenso, accesos y sofocación sumamente angustiosos el enfermo, arroja á bocanadas un liquido sedoso algunas veces purulento en el que se encuentran restos de vesiculas hidatidicas, y nota que el tumor ha disminuido ó desaparecido por completo; es que establecidas adherencias entre el diafragma y la pleura y entre aquel y el quiste que ocupaba la cara superior del higado se ha roto por este punto y ha vertido su contenido al exterior.

Si oscultamos el pulmon del lado correspondiente oiremos roces pleuríticos, apreciaremos por el termometro la existencia de fiebre y observaremos que en los días posteriores aumentan los fenomenos pulmonares debidos á la presencia del liquido, hay mucha expectoración y esputos que contienen trozos de bolsa, hasta que vaciado por completo el quiste y no ha biendose presentado mas complicaciones (pleuresia supurada) viene la curación, pero si por desgracia no se hubiesen establecido fuertes adherencias entre el diafragma y la pleura, la pleuresia es el fatal resultado.

Abertura en las vias digestivas - Este accidente mas frecuente de por sí que todos los demas vá precedido siempre de un dolor intenso en el vientre, acompañado de colapso y seguido de una diarrea intensa que durando varios días termina con la curación: si la abertura ha tenido lugar en el estomago se demuestra por vomitos, pulso filiforme y frecuente colapso cardiaco y algo de diarrea, que es el sintoma predominante si la perforación ha tenido lugar en el intestinò.

Abertura en el peritoneo - Esta compliación es la de peores consecuencias y se manifiesta por el cuadro com-

pleto de una peritonitis acompañada de una erupción llamada urticaria; si el líquido contenido en el quiste - hera septicó la muerte es casi repentina; Consecuencia de la ruptura del quiste en el peritoneo es la aparición frecuente de quistes múltiples en toda la cavidad abdominal como lo demuestra Deve en su tesis del Doctorado

Abertura en las vías biliares - Es la comunicación del quiste con alguna de dichas vías; favorable en la generalidad de los casos y que conduce á la curación espontánea por la acción de la bilis sobre los equinococos puede dar origen á cólicos hepáticos por cerrar el conducto alguna de las vesículas y en casos raros dá origen á una angiocolitis con histeria por retención de mal pronóstico.

Abertura en los vasos - La abertura del quiste en los grandes vasos tiene lugar generalmente en la cava inferior ó en la aorta abdominal y aunque poco frecuentes son siempre mortales ya por hemorragia ya por embolia de las ramas de la arteria pulmonar produciendo la muerte por asfixia (casos de Piorri, Lhonneur y Luschka).

La abertura en la pared abdominal se verifica cuando el quiste ha llegado á su puración y generalmente -

tienen lugar alrededor del ombligo; este, es un caso favorable.

Urticaria - Este síntoma que aparece en condiciones bastantes diferentes, pues desde la aparición de pequeñas manchas hasta la producción de mal estar general, náuseas hipo vomitos y fiebre y aun como observó Chauffard acompañada de ^a ataques epileptiformes con agitación angustia y expectoración espumosa y blanquecina cianosis pulso debil y colapso que termina por la muerte á consecuencia de la intoxicación hidatidica sobreaguda, presenta todas las forma y localizaciones que Dieulafoy hace observar y es debido indudablemente como lo demuestran los experimentos de Vivon á la reabsorción del liquido hidatidico que por pequeñas roturas del quiste salió de este y penetró en la circulación general.

Congestiones y dolor - Otros dos síntomas que se presentan con alguna frecuencia y que son debidos á la irritación que en el tegido hepatico produce el quiste por su crecimiento son las congestiones y su consecuencia el dolor. Este último que no se manifiesta mas ^{que} por una pesadez en la región hepatica se exacerba de tal modo en algunos casos que progagandose á todo el abdomen, hombro

derecho y muslos hace que sea necesario el empleo de los narcoticos y nos demuestra cuando el volumen de el tumor no es exagerado la presencia de una complicación. (Casos 2°, 4°, 5° y 10°.).

COMPLICACIONES - Metastasis - Hemorragias - Inflamación y Supuración - No solamente pueden los quistes hidatidicos establecer comunicaciones con los grandes vasos sino que hasta con mayor frecuencia las establecen con los del segundo y tercer orden correspondientes a ramificaciones de la vena porta ó de la cava: en el primer caso la hemorragia es la consecuencia y en el segundo el liquido hidatidico penetra en los vasos ya solo ya acompañado de vesiculas, pudiendo producir la embolia si sucede lo último ó la equinocosis secundaria ó. por lo menos la flebitis que por la acción constante del liquido pueden llegar a ser origen ó causa de la supuración del quiste.

Por este mecanismo se produce la pleuresia que Dieulafoy cree es propia de la hidatide y que no es otra cosa que la propagación de la inflamación por los vasos linfaticos que según Ranvier comunican la cavida abdominal con la toracica.

Este es tambien el origen de la supuración espontánea si se nos permite llamarla así de los quistes hidatídicos pero existen causas mas frecuentes y entre ellas los traumatismos que producen la rotura de vasos la flebitis y la supuración.

Vermes en los quistes hidatídicos - Otro medio de que la supuración invada el quiste es el que indudablemente sucedió á la enferma (caso 2°). En ella á los tres días de haber practicado la punción del quiste sale por el orificio mantenido abierto por un tubo de drenaje, unas ascarides muertas y de unos ocho á diez centímetros de longitud. Como explicar esto?

Seguramente que á las ascarides no pudo por si solo perforar el intestino que estaba en este caso adherido al quiste pues ni está armado de organos que puedan perforarlo, á pesar de las tres valvas que provistas de dientes agudos terminan la cabeza del entozoario, ni como dice Rudolphi se han visto jamas ascarides adheridos á las paredes intestinales.

Mondier para explicar las perforaciones producidas por los entozoarios compara á las ascarides lumbricoides á la lombriz terrestre y dice, que así como esta se introduce

entre las capas terrestres que atraviesa con facilidad así también aquel podría introduciéndose por entre las fibras del intestino llegar a la perforación, pero no tiene presente que los movimientos de alargamiento y retracción de que se sirve la lombriz terrestre son completamente diferentes a los de flexión y enderezamiento que posee el ascarídes lumbricoides.

Autores hay que admiten que si bien es cierto que un solo ascarides no puede ocasionar la perforación, muchos de ellos reunidos dilatan el intestino y establecen adherencias con el peritoneo, le ulceran por presión y la perforación tiene lugar: Tampoco esto es admisible pues son muchos los casos de helmintiasis exagerada que existen sin perforación intestinal además de que las contracciones del intestino cambian de lugar estas conglomeraciones vivientes y no les dan tiempo a que produzcan los fenomenos indicados y aun suponiendo que no existieran las contracciones intestinales á la unico que darian lugar sería á una oclusión intestinal que no pasaría desapercibida.

El único modo de que los ascarides penetren en el peritoneo es que el intestino esté perforado anteriormente por cualquier ulceración y esto es lo que explica la pre-

sencia de Vermes en la cavidad tritoneal despues de la muerte.

En el caso que nos referimos pudiera muy bien suceder que se hubiera abierto el quiste en el recodo de mecho del colón con el que tenia adherencias y que una ascarides que allí se encontraba penetrara en el interior de aquel siendo el portador de la infección purolenta, pero se me dirá por que no vació el quiste? en primer lugar el orificio de la perforación puede ser muy pequeño y el mismo Vermes obturará el orificio, este, esta aun nivel superior del quiste y al aumentar de volumen por la supuración comprime el tumor una pared del colón contra la otra y hace el efecto del resorte de una valvula; pero aun así y todo no creo que en este caso sucediera esto y mucho menos en todos los que pueden presentarse.

El verdadero medio de que el ascarides se balió es el siguiente: numerosos casos se presentan en que los ascarides penetrando por el coledoco el conducto hepatico y sus ramificaciones quedan en el parenquima del higado y en este o por que el ascarides llevaba germen de infección ó por su acción irritante (cuerpo extraño) produce un abce

so que desarrollandose, por vecindad lleva la supuración al quiste aumenta este, se abre por la punción y el absceso del higado sufre una disminución en su presión i exterior que no compensando la interior es causa de la abertura en el quiste y salida por el orificio de el ascarides; esto es en resumen lo que ocurrió en el caso número dos y lo que Roedereri y Wagler esplican en su caso "Lombriz en quiste hidatídico del higado".

Adherencias con los organos vecinos y pared abdominal - Por las inflamaciones periquísticas frecuentes llegan á producirse adherencias cobridas entre el quiste los organos y la pared abdominal (Casos 1º, y 2º.) La manera de reconocer su existencia es según Boinet y Budol marcar con tinta los bordes del tumor estando el enfermo en una posición determinada, hacerle cambiar de posición y practicar esfuerzos y observar si la líneas corresponden á los bordes; si esto sucede las adherencias existen.

C A P I T U L O 8º.

DIAGNOSTICO.

Por lo dicho en los dos capítulos anteriores se desprende que no existiendo sintomas propios del quiste hida-

tidico mas que el tumor y ele estremecimiento hidatidico y viendo que el primero se presenta en todos los tumores y el segundo no es constante y hasta puede ser debido á hidronefrosis, unicamente estudiando toda la sintomatologia correspondiente á los organos vecinos y complicaciones y teniendo en cuenta que aun de este estudio puede resultar un cuadro nosologico correspondiente á varias lesiones es como por exclusion podremos llegar á un diagnostico que todavia necesitara confirmacion en el tratamiento.

El día 26 de febrero de 1902 presentó el doctor Tuffier á la Sociedad de Cirugia de París el resultado de las investigaciones hechas en la sangre de los que padecen quistes hidatidicos diciendo que en tales casos ha encontrado siempre á no ser que el quiste estuviera supurado una hiperglobulia y una hiperleucocitosis polinuclear con eosinofilia: este sería un método seguro para el diagnostico directo pero necesita de mayor estudio y confirmación pues en un caso de mixoma tambien se ha encontrado esta formula sanguinea. Sin embargo pueden algunos casos dudosos ayudar al diagnostico que como indicabamos an

tes será siempre de exclusión.

La punción exploradora que ha estado tan en boga parece va cayendo hoy en desuso por que según Chauffard la urticaria que ordinariamente aparece despues de ella supone un derrame en el peritoneo y por lo tanto probavilidades de peritonitis éy intoxicación hidatídica; ademas los 10 casos que presenta Deve de equinocosis secundaria consecutiva á la puncion son bien elocuentes: en los unicos casos en que puede practicarse sin peligros son en los que existen adherencias con la pared abdominal y aun en ellos la laparotomia tiene mayores indicaciones

No pudiendo pues valer nos de sintomas ni medicos que nos conduzcan á un diagnostico directo el unico camino que nos queda es el de establecer un diagnostico diferencial con las enfermedades con quienes puede confundirse y una vez descartados todos estos procesos deducir el diagnostico por exclusión.

Estudiando la multitud de lesiones que producen una sintomatologia semejante a la de los quistes, nos encontramos con la cirrosis hipertrofica de la que se diferencian en que en esta la ictericia es constante desde el principio de la enfermedad, el tumor tiene la forma del hi-

gado y el bazo tambien está hipertrofiado.

El higado voluminosos de la leucocitemia y paludismo se distinguen por la forma del tumor y no obedecer al tratamiento reconstituyente ferruginoso ó quimico.

El cancer primitivo y secundario se reconoce por las abulladuras del tumor aspecto general del enfermo y presencia del indican en la orina.

De los abscesos del higado es dificil diferenciarlo cuando el quiste está supurado y unicamente los antecedentes de una infección intestinal, habitar paises calidos óel haber notado la presencia del tumor antes de los escalofrios y la fiebre podrán servirnos de guia.

Los tumores renales se distinguen en que no siguen el ritmo de los movimientos respiratorios, su macicez está dividida en dos por el tinpanismo del colón y ademas existen trastornos en la secreción urinaria sintomas que no se presentan en los del higado.

La percusión nos hará reconocer la existencia de un tumor del bazo.

Del quiste del ovario se distingue en que el tumor está localizado mas á la parte inferior, crece hacia arriba y su macicez no se continua con la del higado aparte

de que la facies de las enfermas de este orden es característico.

Y por último de la pleuresia supurada se distinguiran en que en esta la macidez cambia con la posición del cuerpo y el abultamiento no es nunca tan grande como en los quistes de la cara convesa del higado.

Radiografía - Apesar de los pocos casos en que se han aplicado los rayos X para el diagnostico de los quistes hidatidicos son sin embargo de notar los brillantes resultados obtenidos por los Doctores Espina y Bonafonte en los quistes de la cara convesa del higado y de ellos podemos deducir que si no son suficientes para formular un diagnostico directo son sin embargo un poderoso auxiliar en los casos dudosos de estas lesiones.

C R P I T U L O 9°.

PRONOSTICO

Por si mismo tiene el quiste hidatidico del higado un pronostico leve, pero por las complicaciones á que continuamente se encuentra expuesto el enfermo que los padece se agrava de tal modo que puede llegar á ser gravisimo por la muerte subita en algunos casos.

Sin embargo los progresos hechos en la cirugía abdominal hacen que sean muy raros los que mueren por la laparotomía necesaria á su tratamiento.

C A P I T U L O 10°.

TRATAMIENTO

Tratamiento medico - Aunque el tratamiento médico no haya dado resultado alguno favorable y confirmado creo sin embargo hacer un resumen de él para seguir paso á paso la evolución de los recursos puestos en practica para la curación de estas lesiones.

Varios son los agentes farmacologicos que han sido empleados hasta hoy pero ninguno de ellos á producido resultado favorable por no llenar tampoco la condición precisa de poder circular en la sangre sin producir trastornos en la economía y llegar por endosmosis á la bolsa hidatidica en la que debiera destruir los equinococos.

El mercurio ya en ficciones ya administrado al interior en forma de protochloruro llegando heasta la salibación como lo hacia Baumes no ha dado resultados positivos.

El cloruro de sodio propuesto por Laennec en forma de

cataplasmas ó administrado al interior ó en inyecciones como pretende quesada con las aguas clorurado sodicas de Cestona, Fitero y Arnedillo no puede producir modificación alguna pues sabido es que dicha sustancia se encuentra en gran cantidad en el liquido hidatidico: el único efecto saludable quiza sera la mejoría del estado general por la Administración de las aguas naturo-medicinales de dicho grupo.

El Yoduro potasido administrado al interior ó aplicado en forma de pomadas no ocasiona ningún beneficio pues Murchinson ha demostrado palpablemente que no penetra en el quiste.

La trementina, petroleo, ruibarbo, subcarbonato de sosa y la tintura de camala administrada al interior á dosis de treinta gotas diarias no tienen efectos favorables.

En los casos de congestión inflamación y supuración es cuando unicamente las sanguijuelas, cataplasmas emolientes y sobre todo los narcoticos pueden ser favorables para calmar el sintoma dolor.

La Electricidad empleada por primera vez por el Dr. Thorensen en un negociante irlandés y mas recientemente

por Hilton-Fraege introduciendo agujas de acero en el tumor que se ponen en comunicacion con el polo negativo de una bateria de diez pilas Daniel y cuyo polo positivo se pone en comunicacion con una esponja humedecida y en contacto con la pared abdominal parece ha dado algun resultado despues de pasar la corriente durante 20 minutos pero el numero de casos tratados (nueve) no son suficiente para sacar conclusion alguna.

El frio empleado por Jacoud despues de la puncion con el objeto de favorecer la retraccion de la membrana no ha dado resultado alguno, empleado sin el auxilio de otro recurso terapeutico.

Tratamiento Quirurgico- de lo dicho anteriormente se desprende que mientras no se hagan mayor numero de experiencias con la electricidad ó se encuentre algun medicamento que ataque directamente la hidatide el unico modo de curacion de los quistes hidatidicos, esta en el empleo de recursos quirurgicos que podremos reunir en tres grupos :
Primero, LOS que producen la evacuacion del quiste. Segundo- Los que ademas favorecen la destruccion y reabsorcion de sus membranas y Tercero Losque realizan la estirpacion

Antes de entrar en la descripción de todos estos procedimientos terapéuticos conviene dilucidar una cuestión de alguna importancia y es la siguiente, Cuando es el momento más oportuno para intervenir?, el Dr. Magnaut dice que el momento más favorable es el que permite un diagnóstico preciso sin esperar las complicaciones, que sería exponer al enfermo á un final desastroso; por otra parte Leudet en un artículo publicado en 1860 dice; que el volumen exagerado del tumor es otra indicación de intervención por los cambios que puede dar lugar en el ritmo respiratorio y en la circulación de la bilis: Dieulafoy en su tratado de Patología Interna, dice; que cuando más joven es un quiste más resprobabilidades tiene para curarse por la punción, pero como los quistes son en principio latentes nadie ni el mismo Dieulafoy podrá asegurar si un quiste es joven ó viejo y de ahí los resultados de la intervención .

Lo mejor de todo en mi concepto es operar desde el momento en que diagnosticando un tumor en el hígado por poca sintomatología y diferenciado de las lesiones inoperables puede sospecharse se trata de un tumor hidatídico.

Hoy época en la que, los Cirujanos practican una laparotomía sin más objeto que la exploración seguramente no

podrá presentarse objeción alguna al intervenir en ella en un caso de las condiciones antes citadas.

Procederes del primer grupo - Los procedimientos comprendidos en el primer grupo ó sean los que tienen por objeto la evacuación del quiste se reducen á la puncion y á la incisión: la primera puede ser sola y unica ó multiple ó conuinada con la abertura permanente y aun seguida de inyecciones con lo que entramos yá de lleno en los procedimientos del segundo grupo: la incision puede ser producida ó por el bisturí ó por los causticos ó por ambos medios conuinados y en uno ó en varios tiempos.

Puncion simple - Completamente inofensiva cuando el trocar no ha de atravesar cavidades serosas ú organos importantes produce efectos perniciosos, supuraciones, intoxicación, peritonitis y equinocosis secundaria cuando sucede lo contrario.

Para evitar todos estos inconvenientes ademas de emplear un trocar de pequenas dimensiones y de procurar la mas completa asepsis conviene en el momento de sacar la canula comrimir con los dedos la pared abdominal contra el quiste con el objeto de que no pueda baciarse en el peritoneo el liquido hidatídico y produzca sus perniciosas con

secuencias.

No estan todavia conformes los operadores en vaciar ó no de una vez el quiste pues mientras el Dr. Irlandes Hgaltelin cree que no debe vaciarse por completo otros extraen el liquido hasta dejar seca la bolsa y si aun procediendo de este modo son frecuentes los accidentes que antes indicabamos seguramente dejando una parte del liquido ya voluntariamente ya por existir vesiculas hijas que no pueden ser rotas con el trocar, los inconvenientes aumentan en proporción extremada, aparte de que la bolsa hidatidica es un terreno abonado para la infeccion proxima: de modo, que teniendo en cuenta todos estos defectos no solo como tratamiento debemos desecharla sino que ni aun como método exploratorio puede admitirse, dada las facilidades con que hoy se interviene en el nolime tangere de los antiguos.

Mucho menos aceptable todavia es el método de Jobert o de las punciones sucesivas, pues para conseguir, que vaciando el quiste poco á poco vuelban los organos vecinos paulatinamente á su topografía ordinaria normal, expone al sujeto á una serie de complicaciones que hechan por tierra la mejor buena intención del operador.

Punción aspiradora - La punción aspiradora empleada por primera vez por Robert en 1843 que la practico con una geringa ordinaria y generalizada y perfeccionada por Dieulafoy que la practica con el aspirador de su nombre puesta en comunicación con una aguja que no tiene mas que 1'33 milímetros y teniendo cuidado de que se haya hecho el vacío en el aspirador antes de que comunique con la aguja así como tambien de cambiarla cuando se obstruya esta y de no malaxar el tumor mientras se hace la aspiración y poniendo un buen Vendage de cuerpo despues de extraida la aguja que todavia comunicará con el cuerpo de bomba para que no deje caer liquido en el peritoneo, tiene aunque no en tan gran escala, por la delgadez de la aguja, todos los inconvenientes como lo confiesa Dieulafoy al hablar de la urticaria, añadiéndose ademas que como el calibre de la aguja es tan estrecho hay que cambiarla muchas veces por haberse obstruido, cosa muy molesta y de bastante peligro.

Punción é inyecciones - se ha intentado introducir dentro del quiste una vez evacuado por la punción sustancias que destruyendo el parásito y su evolucion produzcan una retracción de las paredes quísticas tal que poniendose en

contacto ó reabsorviendose la curación sea el resultado; pero apesar de haber empleado multitud de sustancias como el yodo por Aran y Boinet, el alcohol por Richrad, la bilis por Tardieu y Leudet, la potasa, la creosota, el clorato el licor de Labarraque y otros lo unico que se ha conseguido há sido aumentar las molestias á los enfermos sin conseguir resultados positivos.

Puncion dejando la canula - Con el objeto de no evacuar de una vez el quiste y de evitar el derrame del liquido en el peritoneo se han ideado multitud de procedimientos y uno de ellos el del Dr. Jonassen, que consiste en dejar por varios días la canula en el interior del orificio y una vez quitada esta sustituirla por trozos de esponja preparada que impidan se cierre aquel pudiendo de este modo lavar la cavidad quística dos veces al día y con agua templada hasta que desaparezca la supuración.

Boinet, Verneuil y John-Harley dejan en el orificio ya inmediatamente ya á los ocho días de tener la canula, una sonda de cauchou por la que practican los lavados posteriores: todos estos procedimientos tienen tambien los inconvenientes de la punción pues es difícil conseguir una adaptación hermetica de la sonda al orificio que impida la salida

del liquido como pretenden sus autores.

No contento Boinet con dejar una sonda en el orificio se atreve á practicar en un solo tiempo y con un trocar curvo una abertura y contra abertura en las que coloca una ó dos ondas para practicar los lavados y por ser grandes las vesículas no pueden salir por los orificios una por una incisión valiendose de la sonda acanalada los practicados anteriormente, con lo que no hace más que prolongar la operación y exponerse á mayores fracasos: parecido á este es el procedimiento de Simón únicamente que este autor lo practica con dos trocars y tarda tiempo á unir los orificios.

Trouseau ha ideado el procedimiento de la acupuntura múltiple con el objeto de establecer fuertes adherencias entre el tumor y la pared abdominal: un sólo dato basta para juzgarlo Trouseau lo abandonó enseguida.

Incisión.— Con el objeto de conseguir mayores facilidades en la evacuación del quiste se ha sustituido á la punción por la incisión; pero la necesidad de atrevesar el peritoneo y el temor de vaciar el quiste durante la operación han hecho que se practicarán multitud de procedimientos que en resumen pueden reunirse en dos grupos; unos que pretenden llegar directamente y de una sola vez, y otros que pro-

curan establecer adherencias entre el quiste peritoneo y pared abdominal (primer tiempo) valiéndose de los caústicos ó del bisturí ó de ambos á la vez para más tarde abrir (En el segundo tiempo) la cavidad quística vaciando entonces su contenido.

Entre los del segundo grupo nos encontramos á Wolkman , que queriendo practicar el procedimiento de Simón y no encontrando adherencias suficientes, incinde la pared abdominal hasta el peritoneo y luego este, para poner en descubierto la superficie del hígado y aseptizando la herida con solución fénica ó salicilica la rellena de gasa, renueva la cura ocho días consecutivos y viendo que ya se han establecido adherencias abre el quiste, deja salir el líquido y vesículas, lava la cavidad con soluciones dichas y por fin establece un drenaje para curar por segunda intención la oquedad que allí queda.

Graves además de ser más rápido, coloca en el primer tiempo y en el fondo de la herida un manojito de hilas con el objeto de que, por la irritación, se produzcan fácilmente las adherencias: Bejin sigue el mismo procedimiento que Wolkman pero sin ejecutar las primeras funciones.

Recamier practica el primer tiempo de la operación va-

liéndose de la potasa cáustica, colocada y sujeta en el sitio en que desea practicar la abertura, renovando la cura varias veces hasta desprenderse las escaras que son sustituidas por la potasa; al poco tiempo se producen adherencias y la abertura del quiste que evacúa y cura con un drenaje: Dolbeau sustituye la potasa por la pasta de Viena y cuando la ulceración llega próxima al quiste abre este con el bisturí y extrae con unas pinzas la bolsa hidatídica.

El proceder de Demarkuay comprende tres tiempos: 1°. Incisión de siete á ocho centímetros de extensión y que no llega al peritoneo en cuyo fondo coloca un trozo de pasta de Canquoin, encima de éste un trozo de algodón recubierto por emplasto de diaquilón y sujeto con un vendaje de cuerpo; al cabo de veinticuatro horas saca la pasta y cura la herida antisépticamente: 2°. Al curar diariamente la herida observa si se desprende la escara y cuando esto sucede punciona el quiste con un trocar grueso, y, 3°. Sustituye la cánula por una sonda de cautchou por la que practica dos veces al día inyecciones deterativas é irritantes hasta que la retracción de la bolsa conduce á la curación.

Richerd hace los mismos tiempos que el anterior, pero en el primero realiza la punción y evacuación del quiste;

Chauvel sustituye el caústico químico por el termocauterio y Filaux después que ha levantado la escara superficial introduce en el quiste un lapiz de pasta de Viena, que al desprenderse con la escara deja salir el líquido hidatídico, y por fin lava la cavidad hasta su curación.

Marsupialización.— Con el objeto de no perder un tiempo precioso y evitar complicaciones fáciles y tener seguridad en la operación, la incisión, es decir la laparotomía practicada en un solo tiempo ha sustituido á todos los procedimientos anteriores.

Teniendo presente los progresos de la ciencia contemporánea y la facilidad en la práctica de la laparotomía, no podemos menos de reconocer que ella es el procedimiento de elección, pues operando así, lo haremos con seguridad, podremos rectificar ó ratificar un diagnóstico hecho anteriormente y por fin adquiriremos la certeza de no dejar resto de la lesión, si al realizarla practicamos una verdadera exploración.

Terrier el 27 de Mayo de 1885, presentó á la Sociedad de Cirugía de París una porción de casos tratados con in-jurable resultado por la incisión practicada en un solo po.

He aquí como describe su procedimiento: Incindo la pared abdominal hasta llegar al peritoneo, practico en este una abertura que la hago mayor con las tijeras y cohibo con pinzas la hemorragia, coloco gasas alrededor del quiste y con un trócar provisto del aspirador Mariad evacúo el quiste, prolongo la abertura de éste, extraigo la bolsa hídaticida y suture los bordes de la herida de la pared adventicia con los de la herida peritoneo-abdominal, relleno de gasa la cavidad quística despues de sesa, suture la parte superior de la herida abdominal y dejo abierta la inferior por la que salen las gasas, y cure por segunda intención.

Este mismo procedimiento es el empleado por Laudan, Rivas y Lozano (casos tercero, séptimo, octavo y noveno) con la diferencia de que el primero sutura la pared quística á la herida peritoneo-abdominal antes de realizar la punción y evacuación del quiste.

Con estos procedimientos se obtiene por la sutura lo que antes se pedía á las adherencias y se impide el derrame del líquido en el peritoneo.

Capitonage ó sutura sin drainage.— No contenta con todo esto la cirugia moderna y viendo la tardanza en la curación y supuraciones que con frecuencia se presentan, se ha inten

tado la curación de los quistes por primera intención: á este objeto se ha propuesto el capitonage ó sutura sin drenaje de Delvet.

Este autor basándose en que la membrana adventicia, no solamente no segrega sino que no deja trasudar líquidos procedentes de los vasos sanguíneos y glandulas próximas y que si en algún caso se presentan hemorragias son debidas á la infección y aparecen entre el octavo y décimo día, presentó á la Academia de Paris un procedimiento que, practicado después por el Doctor Sagarra de Valladolid, Jonnesco y Lozano (caso cuarto) consiste simplemente en suturar la incisión del quiste una vez libre de todo contenido por dos planos de sutura, profundo y superficial, que reduciendo la cavidad adaptando sus paredes y dejando todo esto libre en el abdomen, se sutura la herida peritoneo-abdominal por los procedimientos ordinarios á la laparotomía.

Jonnesco, Hartmann, Jerauld-Marchant, Sagarra y Lozano, han obtenido resultados maravillosos y se proponen emplearlo siempre que las condiciones del caso lo permitan.

Estirpación.— Esta operación preconizada por Hahn en los quistes del bazo no puede emplearse más que en casos especiales como el que publica el Doctor Rivera en el que

estando casi por completo introducido el quiste en el higa-
do, era de temer una fistula y siendo delgada la capa de
tegido hepatico que rodeaba el quiste estirpe este juntamen-
te con aquella, supuró la herida hepatica con dos suturas
continuas, profunda y superficial y cerró el abdomen por
el procedimiento clásico: la curación fué el resultado.

Resección costal - La resección de las costillas que
practicó Israel y Jenzmer, tiene unicamente aplicación en
casos de quistes de la cara convexa y es tan extraordina-
rio su empleo que unicamente los dos casos citados son los
que hicieron necesaria la resección de un trozo de costilla.

Despues del sin número de procedimientos que hemos da-
do á conocer es casi imposible decidirse a operar por medio
de los unos ó de los otros por esto creo necesario publicar
lo que el Dr. Jonessco reduce á los siguientes términos:

- 1°. La puncion debe abandonarse por sus muchos inconvenien-
tes.
- 2°. La marsupialización queda para los quistes supura-
dos.
- 3°. El capitonage para los voluminosos y flesibles.
- 4°. Las suturas sin granage para los de poco tamaño y
- 5°. La es-
tirpación para casos extraordinarios.

De todo esto debemos deducir que nunca debe llevarse un
prejuicio á la operación sino que debemos estar dispuestos

á intervenir en la forma, que la observación atenta y practicada despues de la laparotomía, nos diga es la mas adecuada para conseguir una curación rapida y segura.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO— Además de la asepsis necesaria siempre en esta clase de intervenciones es preciso tener presente que las curas posteriores son muchas veces las que deciden el resultado de la intervención por eso no me cansaré de repetir que la asepsia y antisépsia, la evacuación facil y completa de los exudados y el reposo son los medios que indiscutiblemente hemos de poner en practica si no queremos que las complicaciones vengan á contrarestar el buen deseo de una operacion practicada en las mejores condiciones.

Respecto á los líquidos empleados para los lavados de la cavidad si se ha practicado la marsupialización unicamente emplearemos la solución de cloruro de sodio al uno por ciento hervida durante quince minutos antes de su empleo.

Si el número de vesículas fuese exagerado y tardaran en desprenderse, ó si la supuración existiera antes de operar recurriremos á las inyecciones de solución de sublimado al uno por mil ó formol al uno por doscientos pudiendo tambien emplearse estas soluciones en inyecciones hechas en el quis

te despues de la laparotomía y antes de su evacuación, si como dice Devé en su comunicación á la Sociedad de Biología de Paris, estos líquidos esterilizaran al cabo de un minuto las vesículas contenidas en aquel y que al derramarse pueden producir la equinocosis secundaria.

En los casos rebeldes estamos autorizados para emplear sustancias caústicas que lentamente destruyan la membrana quística.

CAPITULO 11

PROFILAXIS

Los conocimientos actuales sobre la patogenia de los quistes hidatídicos nos permiten dictar una serie de reglas, que observadas exáctamente disminuirán de un modo notable el sinnúmero de casos que de estas lesiones se observan.

En primer lugar sabemos que la causa está en el huevo de la tenia del perro y del lobo, y que las bebidas y vegetales son los vehículos de que se sirve para penetrar en nuestro organismo y en segundo lugar, tenemos por muy cierto que el perro y el lobo padecen la tenia por ingerir carne de animales cargados de equinococos; de lo que deduciremos con Krabbe

que disminuyendo el contingente de perros al número exclusiva-
mente necesario, alejándolos de nuestro contacto no dejándoles
comer carne de animales atacados, lavando bien las verduras
destinadas á nuestro consumo con agua filtrada ó añadida de
una pequeña cantidad de alcohol y no bebiendo mas que agua her-
vida o pasada por el filtro Chamberlayn, evitaremos con toda
seguridad no solo multitud de infecciones que se propagan
por el agua sino tambien la enfermedad que nos ocupa y de la
que tan gran contingente dá Aragon.

C A S O S C L I N I C O S

OBSERVACION PRIMERA - A.C. natural de Tamarite (Huesca) de treinta y cuatro años y estado casada, sin antecedentes familiares ni personales, hace mucho tiempo padece inapetencia, estreñimiento, cefalalgia y mal estar general que ella atribuye al histerismo: un día al ponerse el corse nota mayor opresión en lado derecho que en el izquierdo, aumentandose de tal manera que al cabo de unas horas le obliga á quitarse la prenda citada, sin que por ello desaparezca ni disminuya el dolor

Al día siguiente soy llamado á visitarla y me encuentro con una muger anémica que se queja de dolor en el hipocondrio derecho, en cuyo sitio, dice ha notado en la noche anterior un tumor; el dolor aumenta con los movimientos y no puede dormir del lado derecho.

Con estos datos procedo á la exploración y aparece en la región indicada por la enferma, un abultamiento que la palpación me indica, es un tumor limitable por las partes interna e inferior y del tamaño de una cabeza de feto: la percusión me revela una macicez, en to

do el abultamiento, que se continua con la del higado y que es muy notable en la parte interna por estar limitada por un gran timpanismo, correspondiente al estomago que está probablemente dislocado hacia el lado izquierdo.

Como síntomas notables, tenemos; como propios el tumor, como funcionales hepaticos, la repugnancia á las grasas, como topograficos vecinos la dislocación del estomago, como funcionales vecinos inapetencia, sed mal gusto de boca, saburra lingual, eruptas fetidos, bazu queo gastrico y estreñimiento y como sintomas generales pulso debil y regular, cefalalgia y anemia exagerada.

De tdod esto deducimos, padece la enferma un quiste hitadico de la cara inferior del higado con dislocación del estomago: su propositico es grave por el estado anemico de la enferma.

El tratamiento empleado fué la marsupialización sacando una gran cantidad de liquido parecido al pús mezclado con gran numero de vesiculas y que demuestra la degeneración del quiste: la curación fué el resultado á los dos meses de operada.

OBSERVACION SEGUNDA - M.F. natural de Albelda (Huesca)

de 29 años de edad, no tiene antecedentes familiares ni individuales dignos de mención.

Hace un mes fué acometida de un fuerte dolor en el hipocondrio derecho acompañado de gran elevación de las últimas costillas y aumento de la macicez hepática con trastornos gastro-intestinales que desaparecieron lo mismo que el dolor y el tumor por la administración de un purgante drástico y la aplicación incoedolenti de una docena de sanguijuelas: a los quince días amanece con algo de itericia y gran inapetencia, al poco tiempo vuelve á aumentarse la citada región sin que disminuya por la segunda aplicación de hirudineos, mas tarde manifiesta sentir varios escalofrios que repetidos todos los días por la mañana van seguidos de una elevación termica de treinta y ocho a treinta y nueve grados y acompañados de un aumento del tumor, ya limitable perfectamente y que se extiende hasta alcanzar en quince días, la fosa iliaca derecha y casi todo el abdomen imitando un asictis pero en la que ni el timpanismo ni la macicez cambian con la posición.

La sintomatología actual queda reducida á un tumor voluminoso y liso, congestión hepática é itericia, lengua saburrosa estreñimiento pertinaz é inapetencia, disnea y

64
tos, dolor propagado á las extremidades inferiores, escalofrios y fiebre de treinta y ocho grados á treinta y nueve con remisiones alternantes y anemia exagerada.

Por todo esto deducimos se trataba de un absceso grande del higado de pronostico nada favorable.

Viendo la imposibilidad de trasladar á la enferma a una clinica para operarla, se le practicó la punción que dejó salir cinco litros de pus verdoso en el que aparecian unas masas gelatinosas que nos hicieron pensar en un quiste hidatidico supurado. Colocamos un tubo de drenaje en el orificio por el practicamos mañana y tarde lavados de la cavidad con la solución de sublimado al medio por mil, al tercer día comprimiendo suavemente las paredes abdominales con el objeto de que saliera con mas facilidad el pus y vesiculas hidatidicas, ya caracteristicas, aparece por el tubo de drenaje y sale al exterior, un ascarides muerto y de diez centímetros de longitud; en este día salió mayor cantidad de pus que en los anteriores: Respecto de este hecho damos ya su explicación en la anatomia Patologica.

Continuando los lavados en la forma antes indicada va disminuyendo la cantidad de pus y vesiculas que salen por

por el ofificio, mejorando el estado general de la enferma y obteniendo la curacion á los cuatro meses.

OBSERVACION TERCERA - P.B. natural de Brea (Zaragoza) de 35 años casado y de oficio molinero curtidor ingreso en la clínica el 26 de Abril de 1903: no tiene antecedentes algunos conmemorables: hace seis años notó en el hipocondrio derecho un pequeño abultamiento que apenas le molestaba, en Febrero de 1901 padece mal amarillo del que cura pronto; el tumor permanece estacionario hasta el mes de Septiembre época en la que amenta considerablemente y le obliga á hacerse reconocer por el medico quien le diagnostica un quiste del hígado.

Los sintomas que aparecen son, abultamiento uniforme y regular que llena el hipocondrio derecho, parte del hueco hepilastico y del hipocondrio izquierdo, macicez en todo el abultamiento, continuada con la hepatica, temblor hidatidico marcado y movimientos del tumor isocromos á los de la respiracion.

Se trata pues de un quiste hidatidico del higado de pronostico leve dada las condiciones inmejorables del enfermo.

Se operó por la marsupialización y curó a los dos me

ses sin supuración del quiste y sin mas accidente que los vomitos propios de la clorofermización.

OBSERVACION CUARTA - E.V.T. natural de Agreda (Zaragoza) de 42 años casada y al parecer de buena contitución ingreso el día 23 de Abril de 1902.

Sin antecedentes familiares ni individuales dice; que sin poderle atrinuir á causa alguna apreciable hace diez meses notó en el lado derecho y por debajo de las costillas un tumor del tamaño de una nuez y que era indoloro áun á la presion mas fuerte: pococ á poco fué aumentando y a los seis meses epoca en la que ya tenia el tamaño de un huevo de gallina sintió un dolor intenso, que partiendo del tumor se propagaba per la espalda y llegaba al hombro derecho, á los diez días desapareció este por completo, y desde esa fecha ha continuado el tumor aumentando hasta presentar la sintomatologia siguiente: Abultamiento que invade el hipocondrio derecho elevando las novena, décima y undécima costilla, liso unico y movible sigue el ritmo de la respiración, macicez continuada con la del higado y temblor hidatidico apreciable facilmente.

Diagnosticamos un tumor hidatidico del higado de pro

nostico leve y que se operó por el capitonage pues sus paredes se adaptaban con facilidad: la curación se obtuvo por primera intención al mes de operada.

OBSERVACIÓN QUINTA - N.S.V. natural de Utebo (Zaragoza) de 31 años y casada ingresó en la clínica el 23 de Enero de 1901 no manifestando tener antecedentes especiales.

En el último mes de Octubre notó un pequeño abultamiento en la parte supero lateral derecha del abdomen admirando se de no tener molestia alguna: el primero de Enero es atacada de un fuerte dolor en el hipocondrio derecho, pierde el apetito sobre todo para las grasas y observa que ha aumentado el tumor.

Presenta como sintomas un abultamiento uniforme y liso doloroso á la presión y mivible con la respiracion, en el hipocondrio derecho; la percusion indica su implantación en el higado y la palpacion se hace difícil por contraerse energicamente los musculos abdominales.

A los ocho dias de estancia en la clínica, y sin que hubiera causa al parecer, nota un fuerte escalofrio, aumenta su temperatura hasta 39 grados, disminuye á la mañana siguiente despues de un vomito biliar abundante, aqueja fuertes dolores en la region del tumor y aumenta este ad-

quiriendo doble volumen del que tenia; así continua la enferma durante quince días al cabo de los que desaparece la fiebre y todo vuelve á su calma anterior.

Viendo estas manifestaciones diagnosticamos un quiste hidatidico supurado del higado, de pronostico grave, no solo por la supuración sino por haberse machado la enferma sin dejarnos intervenir.

OBSERVACION SEXTA - R.E. natural de Zaragoza de 22 años de edad y soltera ingreso en la clinica el 27 de Noviembre de 1902 no teniendo antecedentes de ningun genero.

Hacee cuatro meses dice tuvo una enfermedad que principió por un dolor sordo en la región hepatica acompañado de histeria y trastornos gastro-intestinales que desaparecieron a beneficio de ligeros purgantes: al poco tiempo observó que el corse le comprimía mas en el lado derecho que en el izquierdo y por fin se le hizo insoportable notando al mismo tiempo que la región dolorida habia aumentado de volumen motivo por el que ingreso en la clinica.

Sus sintomas por esta epoca son; abultamiento de la región hepatica con elevacion de las ultimas costillas, existencia de un tumor limitable, por la palpación, en su parte interior y cuya macicez propagada á la del higado descendiendo

hasta el borde de la septima costilla, dicho tumor es liso y doloroso la presión; ligero tinte subicterico y trastornos gastro-intestinales acompañados de saburra gastrica, inapetencia y ligera anemia son los que completan el cuadro quimico.

Pensamos pues se trata de un quiste hidatidico de la cara inferior del higado que eleva á este y produce los sintomas dichos. Su pronostico actual es leve, pero habiendose mejorado el estado general de la enferma salió de la clinaca sin operar y exponiendose por lo tanto á innumerables complicaciones del tumor por lo que su pronostico llega á hacerse grave.

OBSERVACIÓN SEPTIMA - C.M. natural de Castejon (Zaragoza) de 20 años y soltera dice; que sintiendose antecedentes familiares ni individuales hace dos años notó un pequeño tumor en el lado derecho y que fué aumentando poco á poco hasta que un día á consecuencia de un traumatismo quedole en la región, un dolor sordo que fué seguido de vomitos y trastornos gastricos que desaparecieron al poco tiempo: el tumor apenas se aumentaba de volumen y hace unos quince días amaneció diciendo que apenas habia podido dormir por un prurito exagerado en toda la piel, en la que observe

una serie de manchas rojizas que todavía no han desaparecido.

Actualmente presenta un abultamiento en la región hepática de tamaño algo mayor que el de una naranja limitada por sus partes inferior y laterales y continuado por su macidez con la del hígado, dolor sordo á la presión picores urticaria ligero tinte subicterico y estreñimiento son los sintomas apreciables.

Diagnosticamos un quiste hidatídico infrahepático de pronostico leve que se operó por la marsupialización obteniendo un resultado favorable y completo á los cuarenta días de operada.

OBSERVACION OCTAVA - E.M. natural de Pinseque (Zaragoza) de treinta y cuatro años de edad melinero y sin antecedentes, manifiesta, que desde hace cuatro años fué abultando sobre la región del hígado sin producirle mas molestias que un ligero dolor á la presión: habiendo consultado en caso con su médico le dijo que padecía un tumor del hígado y que para su curación necesitaba operarse, ingresando en la clínica con este objeto.

Los unicos sintomas reconocibles son; tumor liso redondo

deado^y limitable, doloroso á la presión y que continua con el hígado, estremecimiento hidatídico y movimientos yiso cronos con los de la respiración.

El diagnóstico aquí es claro y sencillo tratándose de un quiste hidatídico infrahepático de pronóstico leve. Se operó por la marsupialización, habiéndose roto el quiste durante el acto operatorio y produciéndose rápidamente una urticaria que desapareció á los quince días: la curación se obtuvo á los tres meses.

OBSERVACIÓN NOVENA -- A.M. natural de Mozas (Zaragoza) de 11 años de edad y sin antecedentes nos cuentan que desde hace cuatro meses apesar de no sentarle mal lo que come ha perdido por completo el apetito sobre todo para las grasas y disminuyen poco á poco sus fuerzas.

Reconocido perfectamente no encontramos manifestación alguna en los aparatos respiratorio, circulatorio, nervioso y linfático y sí unicamente en el digestivo y en la región hepática un tumor redondeado y liso del tamaño de una manzana y cuya macidez se enlaza con la del hígado; la repugnancia á las grasas y la anemia de que antes hablabamos son los demás síntomas manifiestos.

Se diagnóstico un quiste hidatídico del hígado de pro

nostico leve y que se operó estirpando la mayor parte de quiste y suturando los bordes de las paredes restantes á los de la herida abdominal dejando una bolsa que curó al mes de la operacion.

OBSERVACION DECIMA - M.R. natural de Gotes (Zaragoza) de treinta y nueve años de edad y casado no tiene antecedentes conmemorables.

manifiesta que desde hace tres años tiene frecuentes hemorragias nasales y que hace poco tiempo le apareció un dolor en la region hepatica que le hizo observar que aquella parte habia aumentado de volumen.

Dicho dolor ha continuado con ligeras exacerbaciones hasta el día de la fecha siendo acompañado de la existencia de un tumor redondeado que la palpacion y la percusion nos demuestran pertenece al higado y que se mueve con los cambios respiratorios.

Se trataba de un tumor hidatidico del higado de pronostico leve y que operado por la marsupializacion curó á los dos meses.

OCTAVA - El diagnostico se hará siempre por exclusión
sin recurrir nunca, á la punción exploradora.

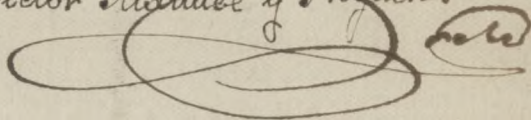
NOVENA - El pronostico, leve de por sí, se ahrava extra
ordinariamente por la frecuencia de las complicaciones.

DECIMA - El tratamiento médico está abandonado; y entre
los procederes quirurjicos practicamos, la estirpación, en
los quistes pediculados, la sutura sin granage en los pe-
queños, el capitonage en los grandes y flesibles y la marsu-
pialización en los supurados.

UNDECIMA - La profilaxis de estas lesiones es sencilla,
real y practica.

- H E D I C H O

Victor Manuel y Torguesas



Madrid 9 de MAYO de 1904

Admirable

M. Manguez



Admirable
J. J. Robina

B I B L I O G R A F I A

- 1877 - Davaine - Traite des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques.
- 1842 - Andral - Cours de Pathologie.
- 1893 - Roye - Diagnostico de las enfermedades de las vias digestivas.
- 1902 - Dieulafoy - Manual de Patologia interna -(Tercera edición).
- 1903 - Bonafonte - Una página para el estudio diagnostico de algunas formas clínicas de quiste hidatidico del higado - Clinica moderna número del mes de Junio.
- 1901 - Felix Deve - De l'equinococose secundaria -- Tesis del Doctorado.
- 1896 - Carlos Cras - Etude sur les kistes hidatiques de la rate - Tesis del Doctorado.
- 1887 - Jean Baptiste Fossard - Traitement des kystes hidatiques du foie - Tesis del Doctorado.
- 1896 - J. Flammarión - Etude sur la maladie hidatique et les kystes hidatiques du Cerveau - Tesis del Doctorado.

- 1877 - C.F.Kunze - Tratado de Patologia interna.
- 1871 - A.Trouseau - Clinica médica del Hotel-Dieu de Paris
- 1845 - Redactores de la Bliibliotaca de Medácina - Tratado o completo de Patologia interna.
- 1894 - Odon de Buen - Tratado elemental de Zoologia.
- 1902 - Peyrot - Prtatado de Patologia externa -
- 1880 - Leon Moynac - Elementos de Patologia y de clínica quirurgica.
- 1896 - Cardenal - Manual practico de Cirugia Antiseptica.
- 1902 - Número 529 del "El Siglo Médico",
- 1899 - Números 620 y 621 de la "Revista de Medicina y Cirugia".
- 1900 - Números 627, 629, 634, 638, 639, 651 y 659 de la misma.
- 1901 - Números 676, 677, 678, 683, 707, de la misma.
- 1902 - Números 726, 731, 741, 756, y 758 de la misma.