



N.º 3044

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

QUISTES HIDATÍDICOS DE LA PARED ABDOMINAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS A. SORIANO

Ex-practicante menor externo del Hospital San Roque
Ex-practicante mayor interno del Hospital Fiorito
Médico del Hospital Fiorito



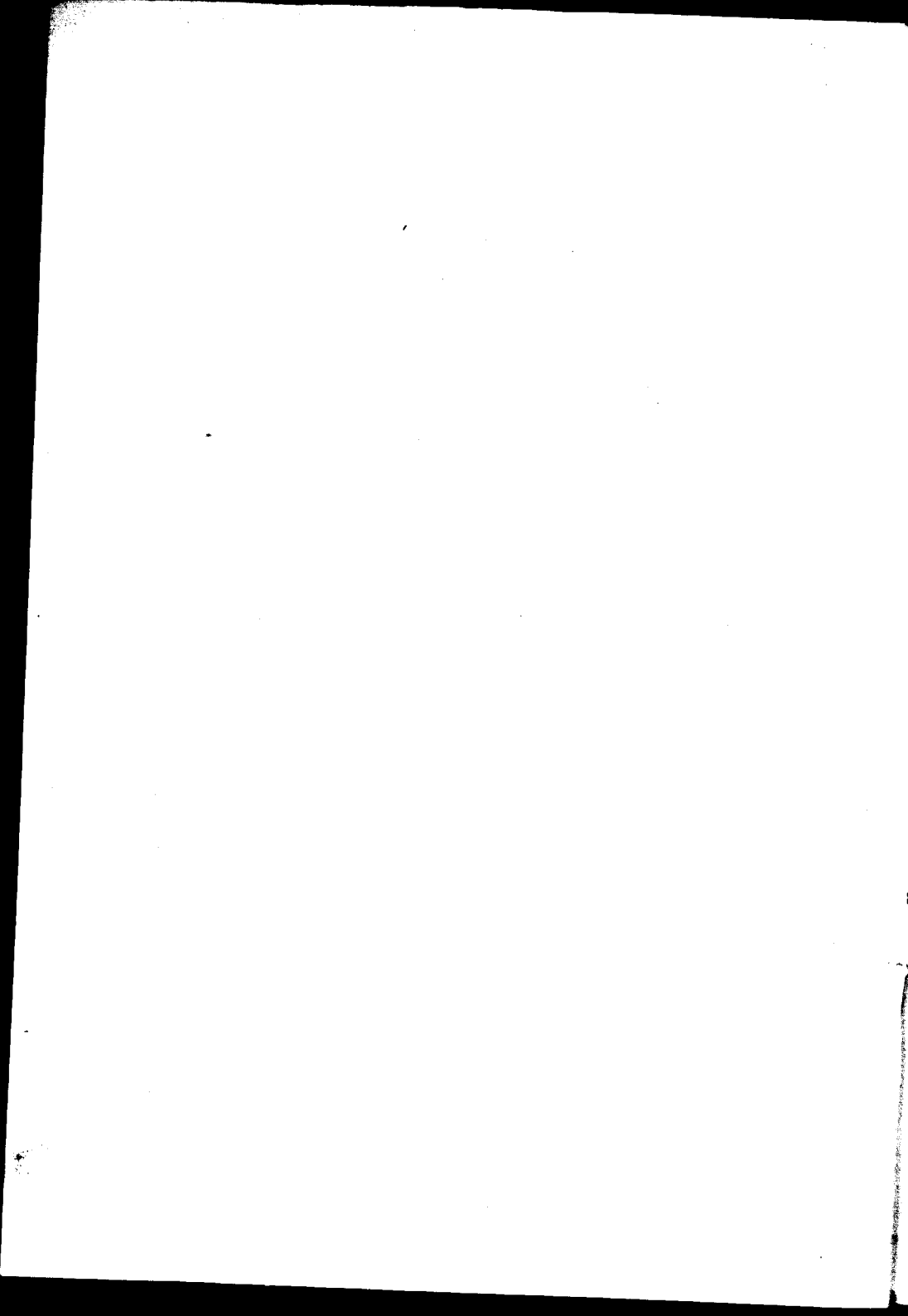
BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junio — 845

1915

QUISTES HIDATÍDICOS DE LA PARED ABDOMINAL



Año 1915

N.º 3044

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

QUISTES HIDATÍDICOS DE LA PARED ABDOMINAL

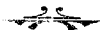
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS A. SORIANO

Ex-practicante menor externo del Hospital San Roque
Ex-practicante mayor interno del Hospital Fiorito
Médico del Hospital Fiorito



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 -- Junio -- 845

1915

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

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

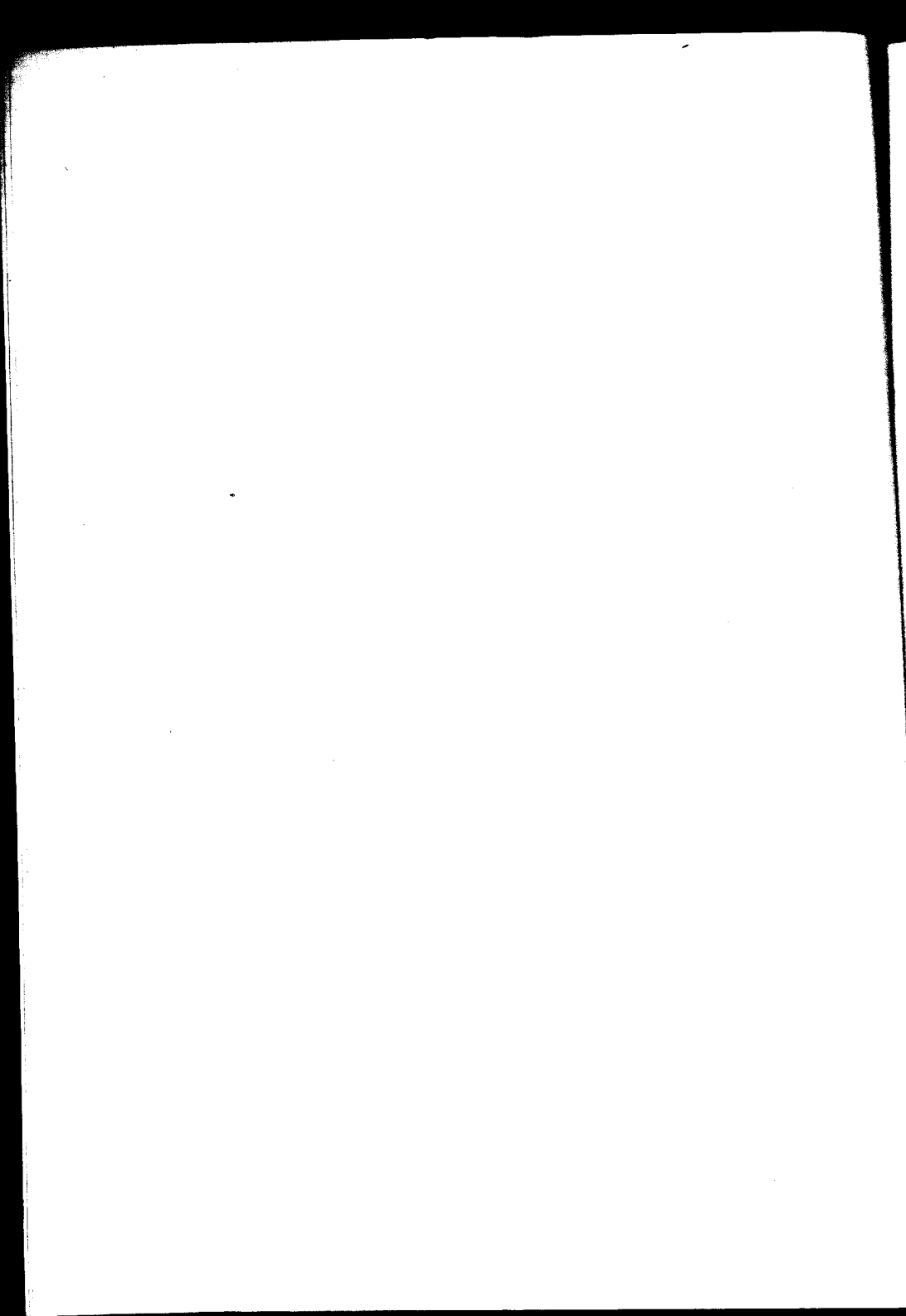
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » PEDRO LAGLEYZE
5. » » JOSÉ PENNA
6. » » LUIS GÜEMES
7. » » ELISEO CANTÓN
8. » » ANTONIO C. GANDOLFO
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » DANIEL J. CRANWELL
11. » » HORACIO G. PIÑERO
12. » » JUAN A. BOERI
13. » » ANGEL GALLARDO
14. » » CARLOS MALBRAN
15. » » M. HERRERA VEGAS
16. » » ANGEL M. CENTENO
17. » » FRANCISCO A. SICARDI
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS

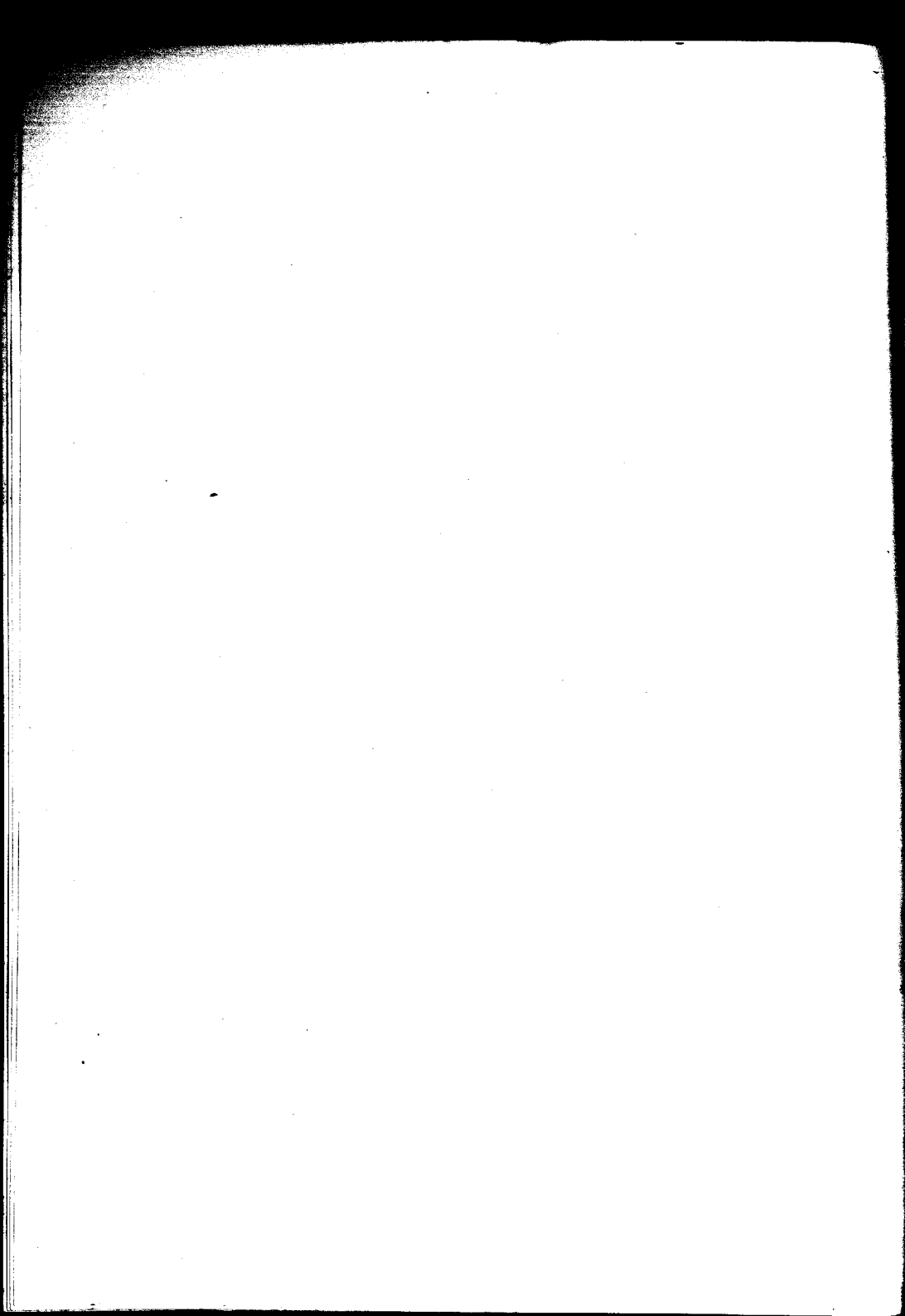


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMAGO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

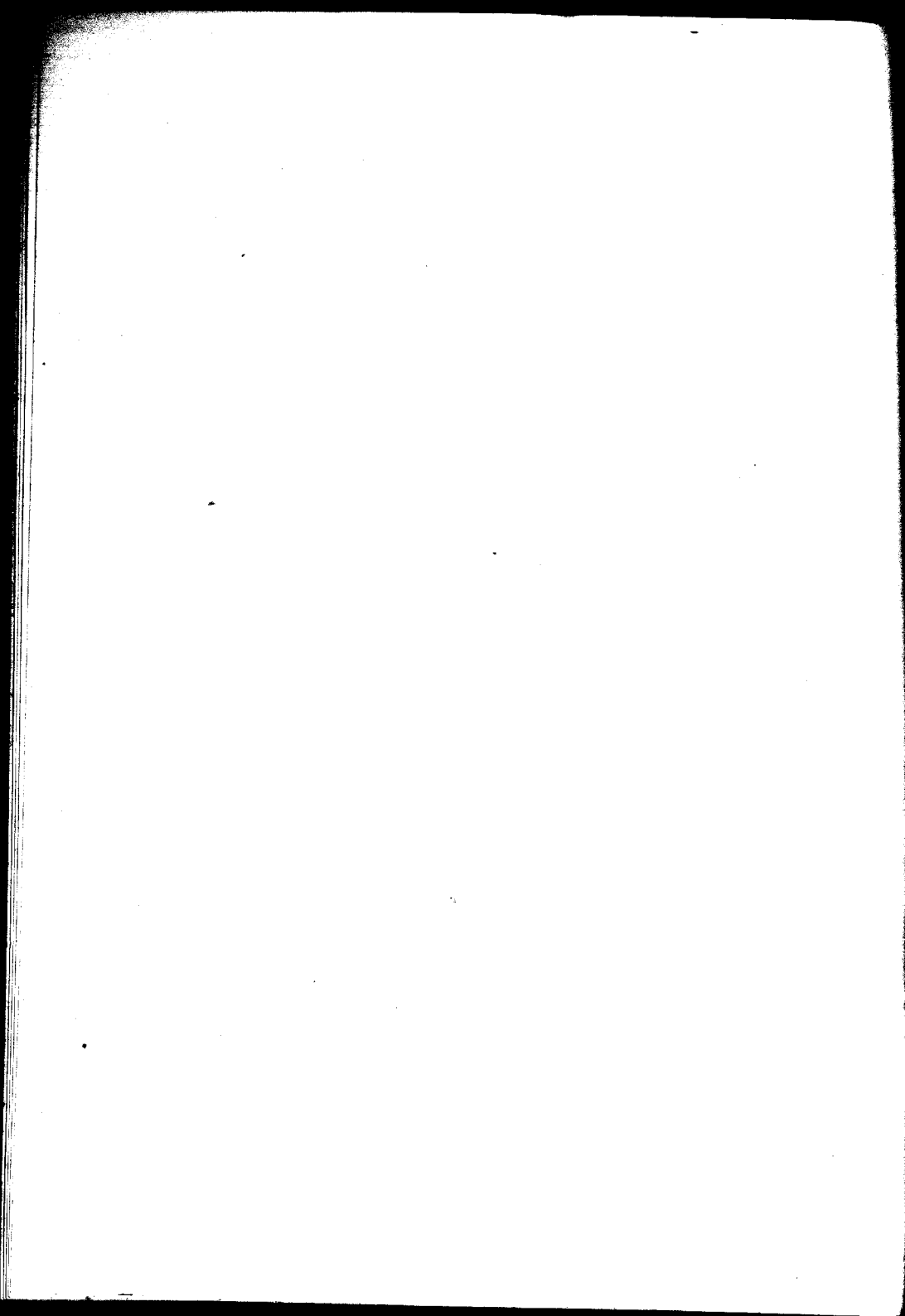
DR. D. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » JUAN A. GAFASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

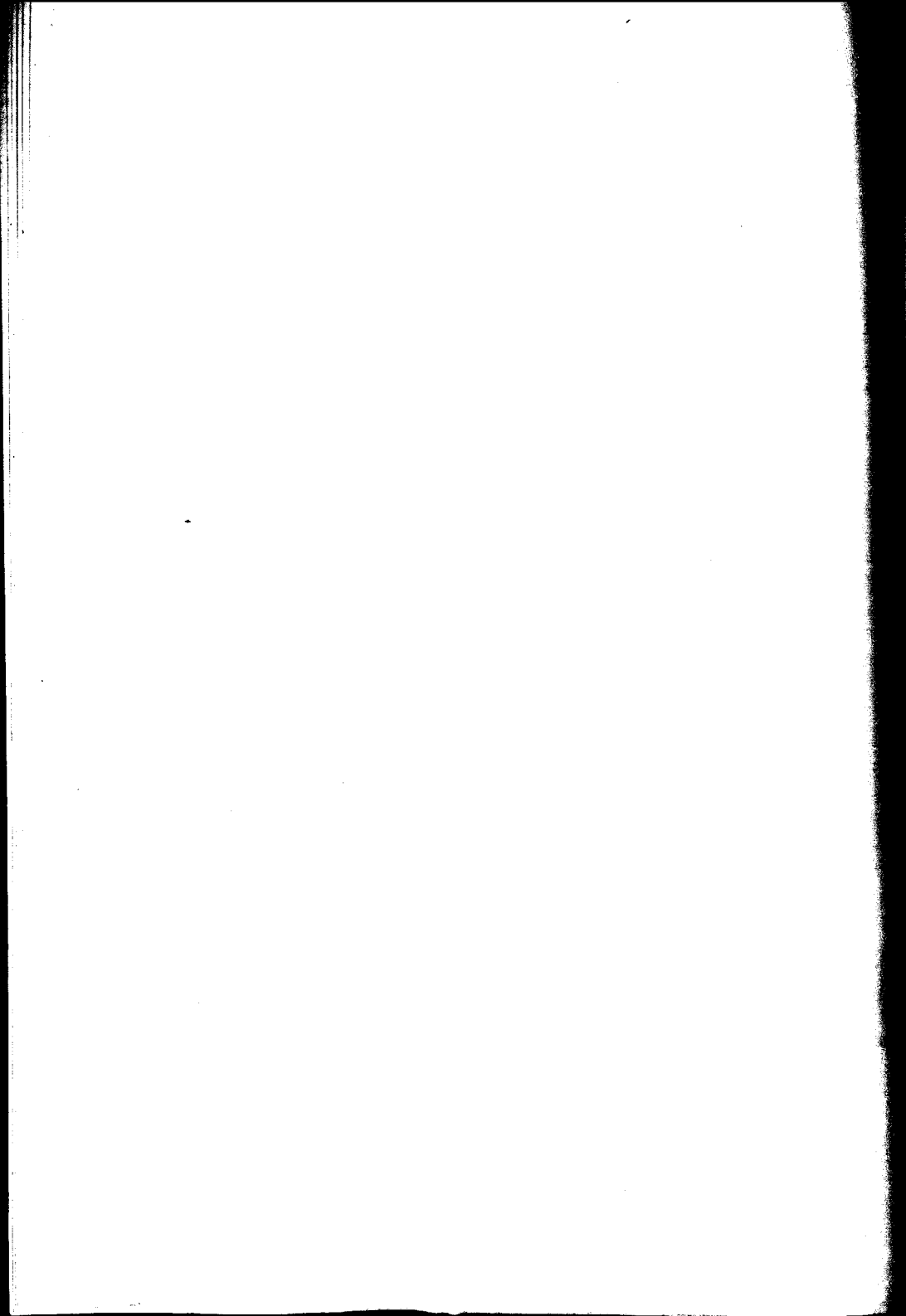
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

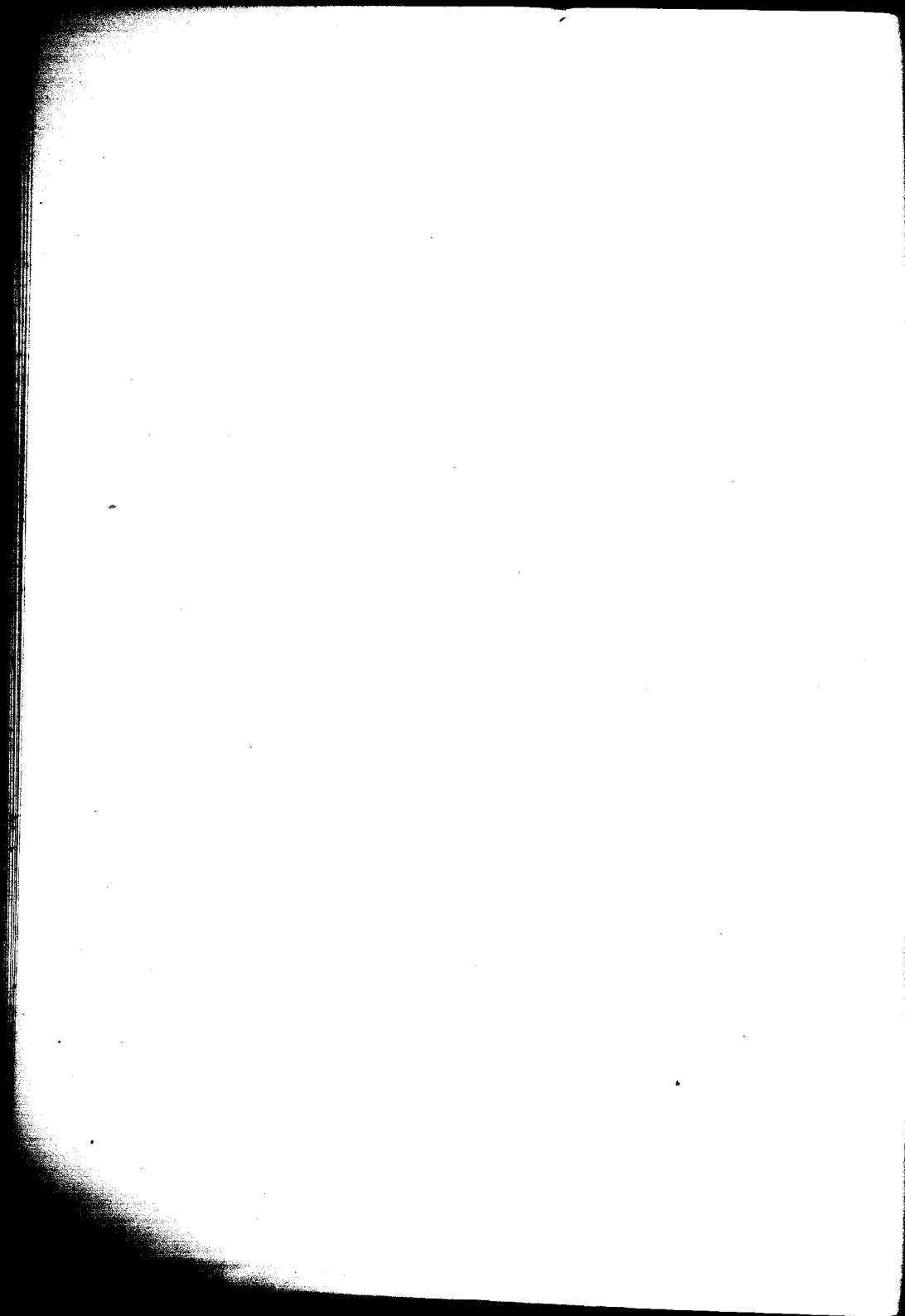
» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

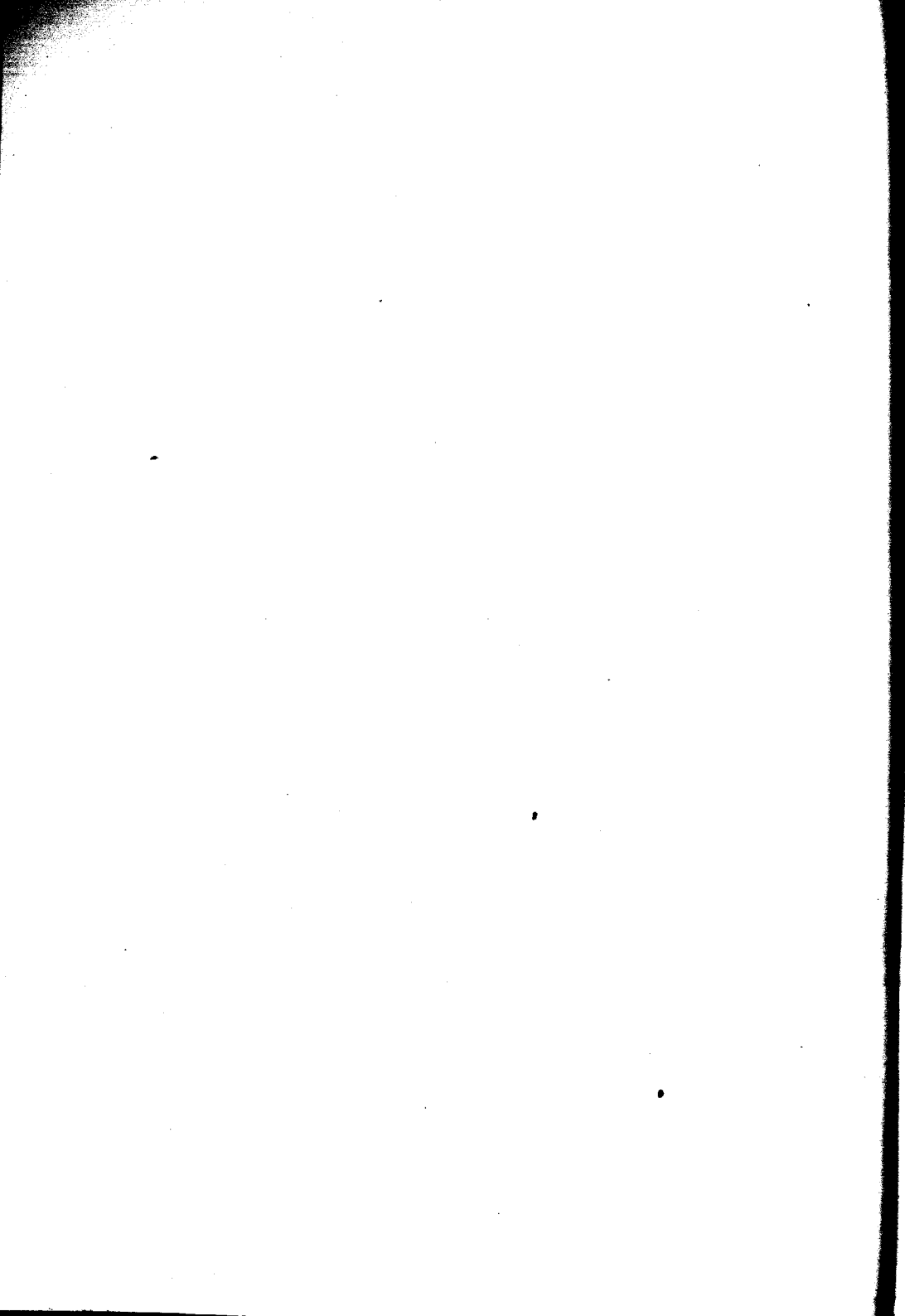
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada ...	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos }	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica.....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. GAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

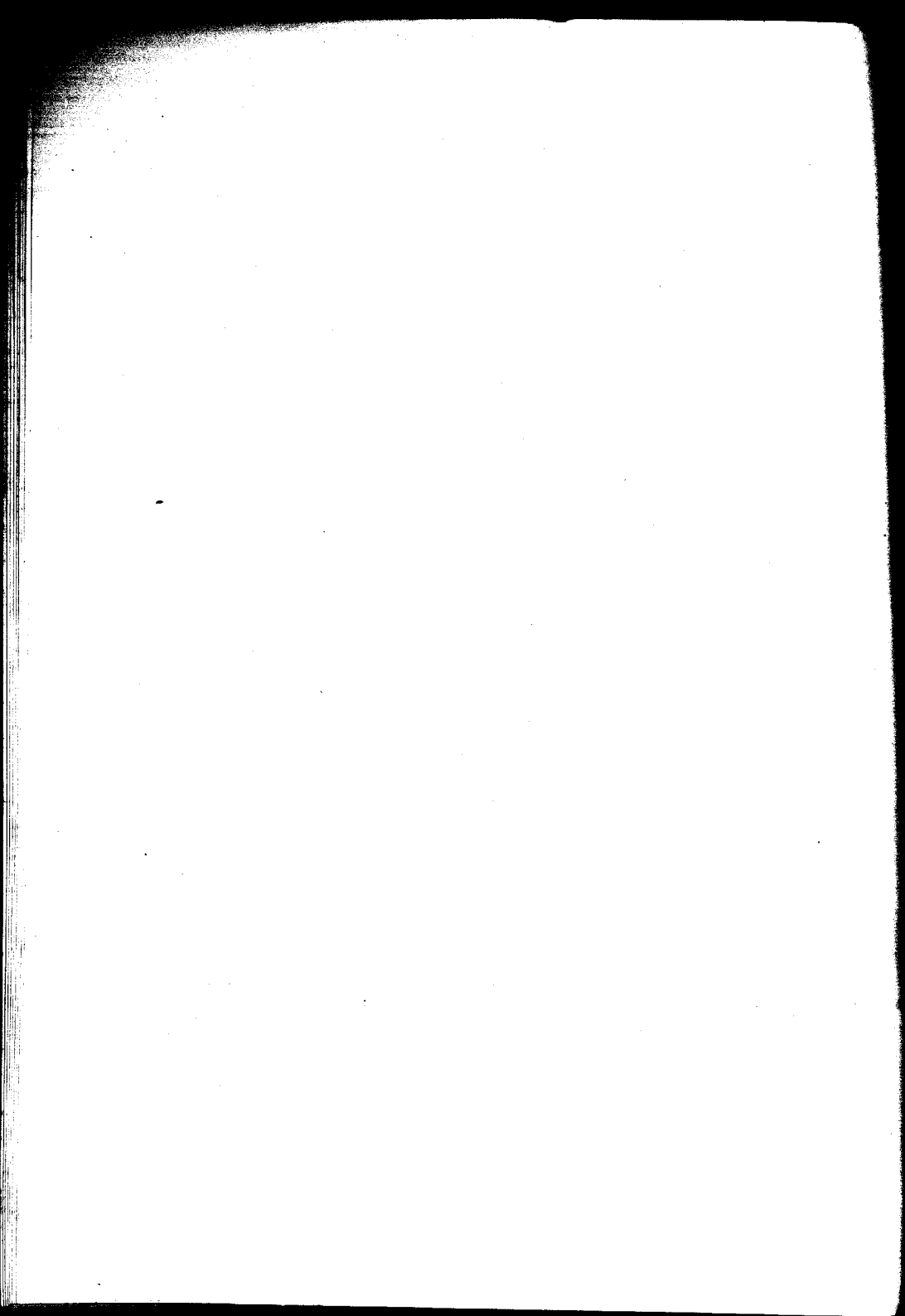
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clinica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN » MARIANO ALURRALDE
Clinica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI » JOSÉ T. BORDA
Clinica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	DR.	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR.	RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	"	GUILLERMO SEEBER
Histología.....	"	JULIO G. FERNÁNDEZ
Anatomía descriptiva.....	"	EUGENIO A. GALLI
Fisiología general y humana.....	"	FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	"	ALOIS BACHMANN
Higiene médica.....	"	FELIPE JUSTO
Semiología.....	"	MANUEL V. CARBONELL
Anatomía patológica.....	"	CARLOS BONORINO UDAONDO
Materia médica y terapéutica.....	"	JOAQUÍN LLAMBIAS
Medicina operatoria.....	"	JOSE MORENO
Patología externa.....	"	ENRIQUE PINOCCHIETTO
Clinica dermato-sifilográfica.....	"	CARLOS ROBERTSON
» génito-urinaria.....	"	FRANCISCO I. CASTRO
» epidemiológica.....	"	NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	"	PEDRO L. BALISA
Clinica oftalmológica.....	"	BERNARDINO MARAINI
» oto-rino-laringológica.....	"	JOAQUÍN NIN POSADAS
» quirúrgica.....	"	FERNANDO R. TORRES
Clinica médica.....	"	PEDRO LABAQUI
» pediátrica.....	"	LEONIDAS JORGE PACIO
» ginecológica.....	"	PABLO M. BARLAHO
» obstétrica.....	"	ENRIQUE B. DEMARÍA
Medicina legal.....	"	ADOLFO NOCETTI
	"	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	"	MARCELINO HERRERA VEGAS
	"	ARMANDO R. MAROTTA
	"	LUIS A. TAMINI
	"	MIGUEL SUSSINI
	"	JOSÉ M. JORGE (H.)
	"	JOSÉ ARCE
	"	ROBERTO SOLÉ
	"	PEDRO CHUTRO
	"	JUAN JOSÉ VITÓN
	"	PABLO MORSALINE
	"	RAFAEL BULLRICH
	"	IGNACIO IMÁZ
	"	PEDRO ESCUDERO
	"	MARIANO R. CASTEX
	"	PEDRO J. GARCÍA
	"	JOSÉ DESTÉFANO
	"	JUAN R. GOYENA
	"	MANUEL A. SANTAS
	"	MAMERTO ACUÑA
	"	GENARO SISTO
	"	PEDRO DE ELIZALDE
	"	FERNANDO SCHWEIZER
	"	JAIME SALVADOR
	"	TORIBIO PICCARDO
	"	CARLOS R. CIRIO
	"	OSVALDO L. BOTTARO
	"	ARTURO ENRIQUEZ
	"	ALBERTO PERALTA RAMOS
	"	FAUSTINO J. TRONGÉ
	"	JUAN B. GONZÁLEZ
	"	JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	"	JUAN A. GABASTOU
	"	JOAQUÍN V. GNECCO
	"	JAVIER BRANDAN
	"	ANTONIO PODESTÀ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

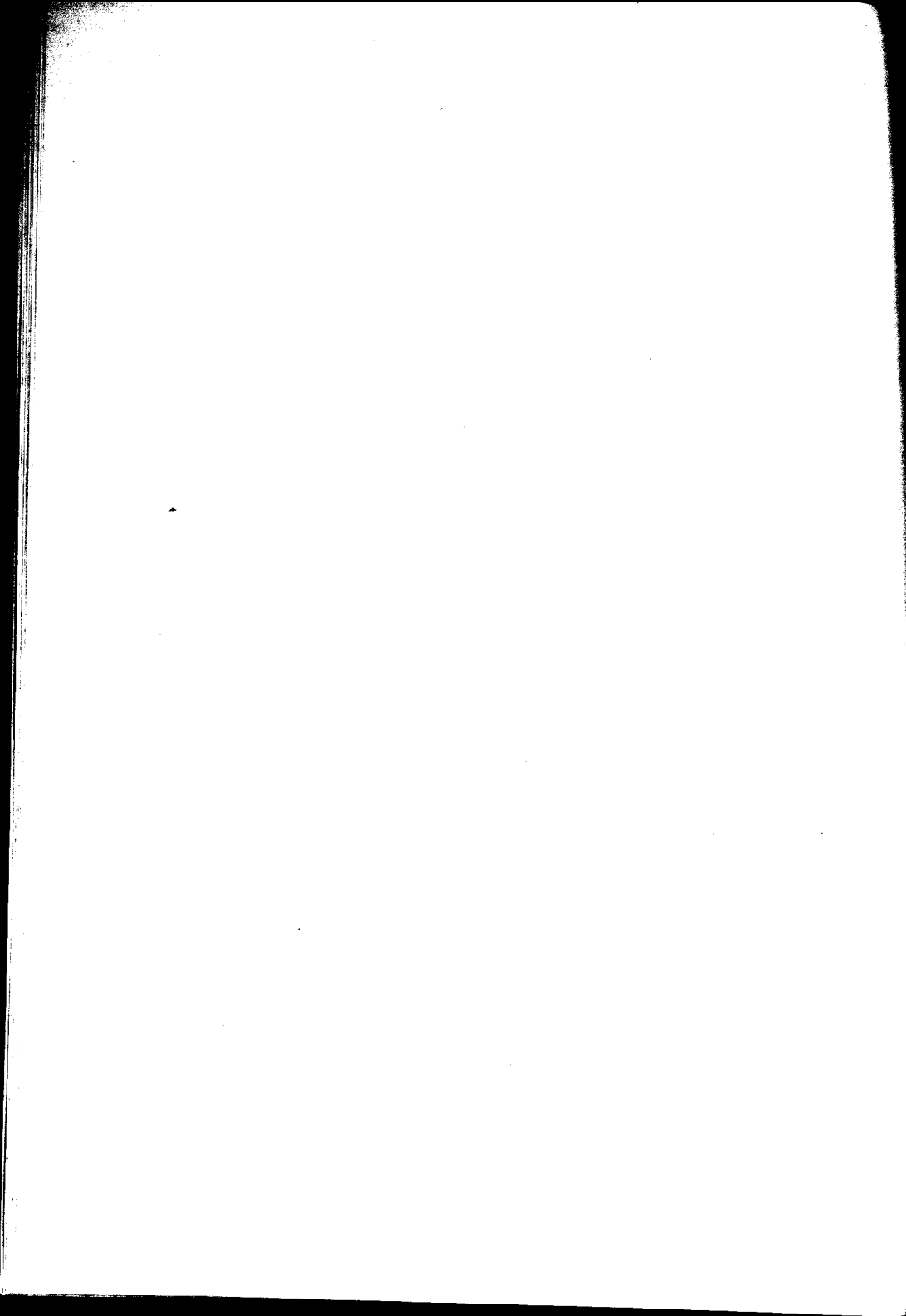
Catedráticos titulares

Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Técnica farmacéutica.....	{	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas ..		» PASCUAL CORTI
Física farmacéutica.....	DR.	OSCAR MIALOCK
Química orgánica	{	SR. PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica.....		» LUIS BUGLIALMELLI
Química inorgánica.....	DR.	JUAN A. SÁNCHEZ
		» ANGEL SABATINI

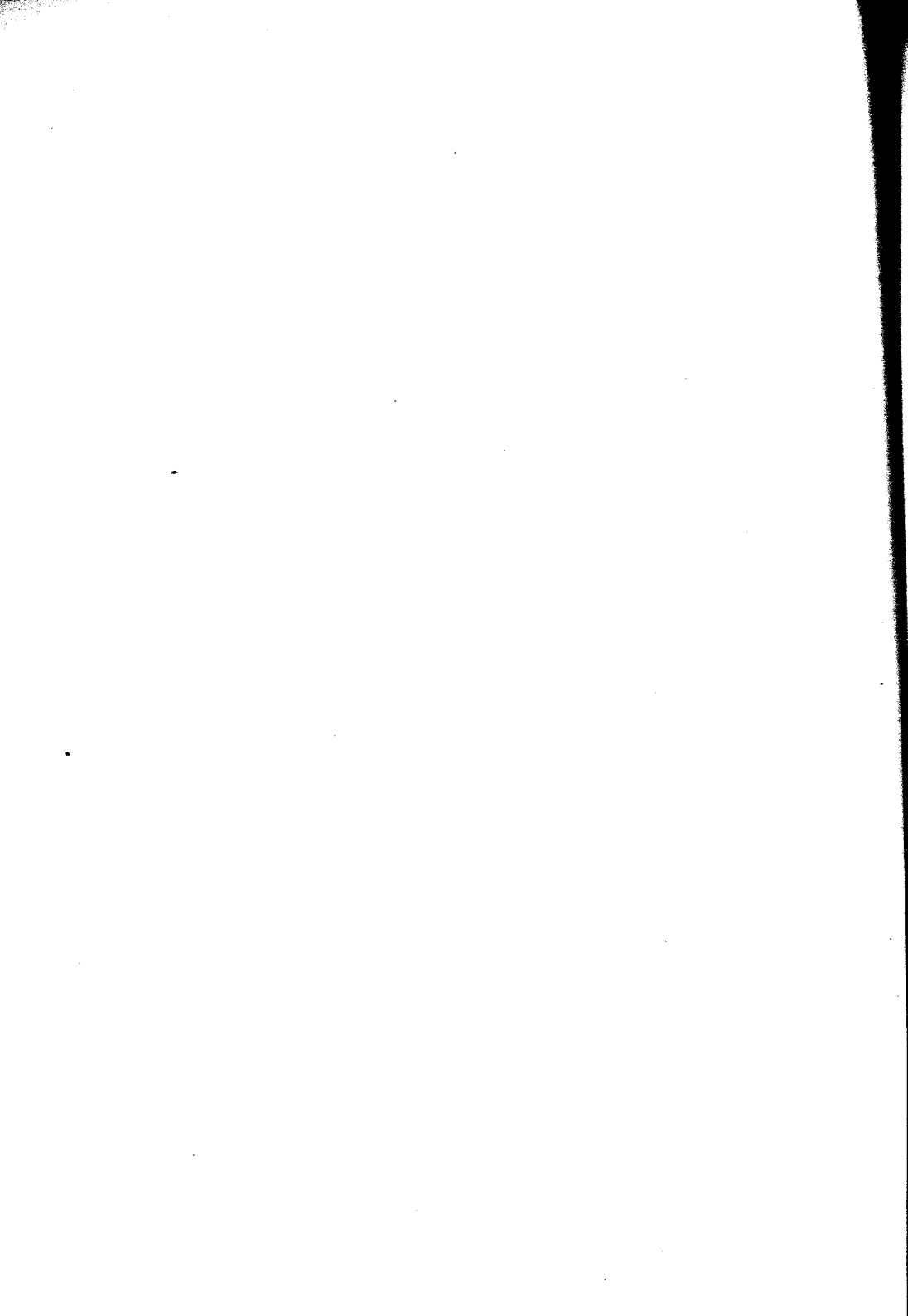


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Catedrático sustituto

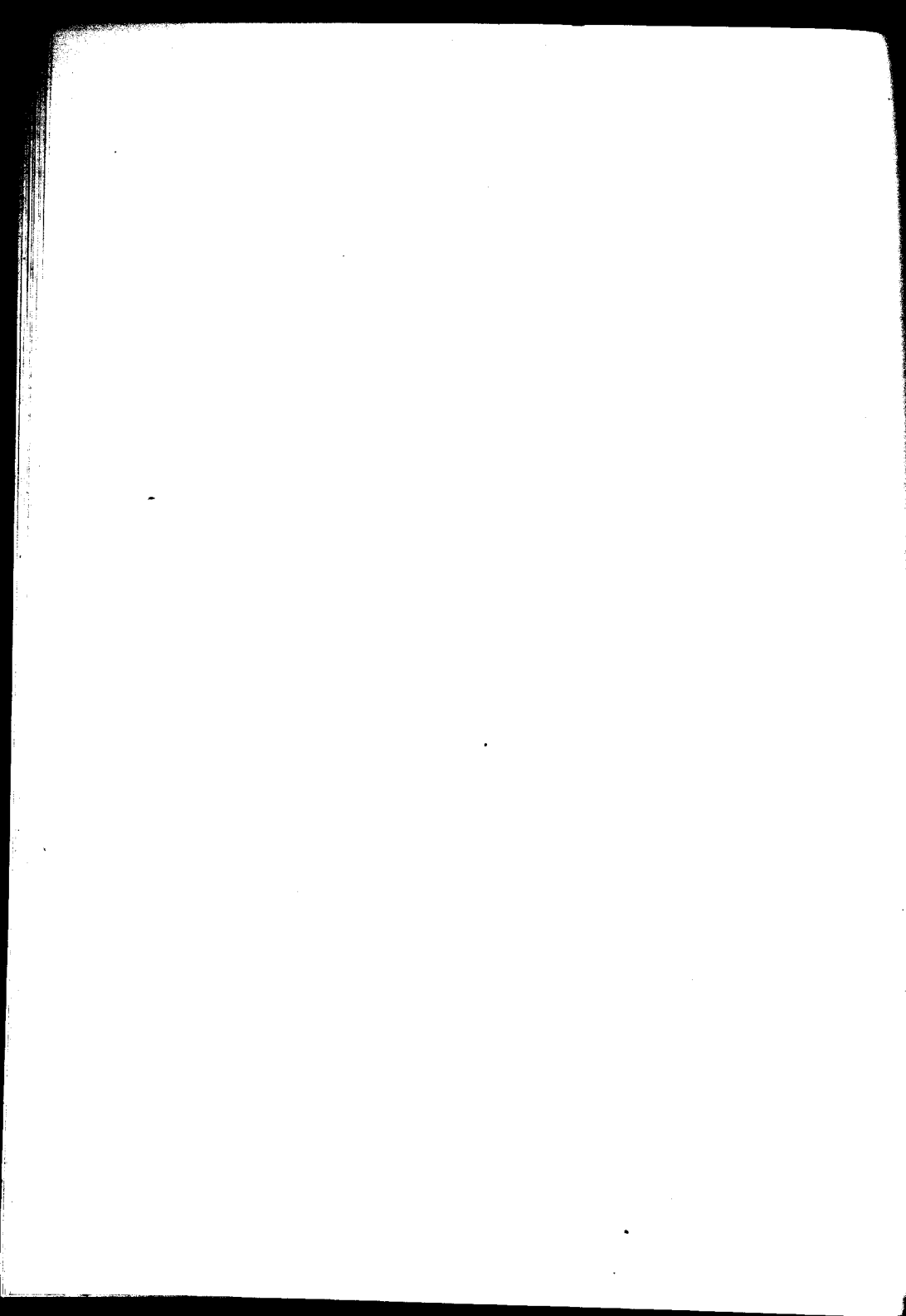
DR. ALEJANDRO CABANNE



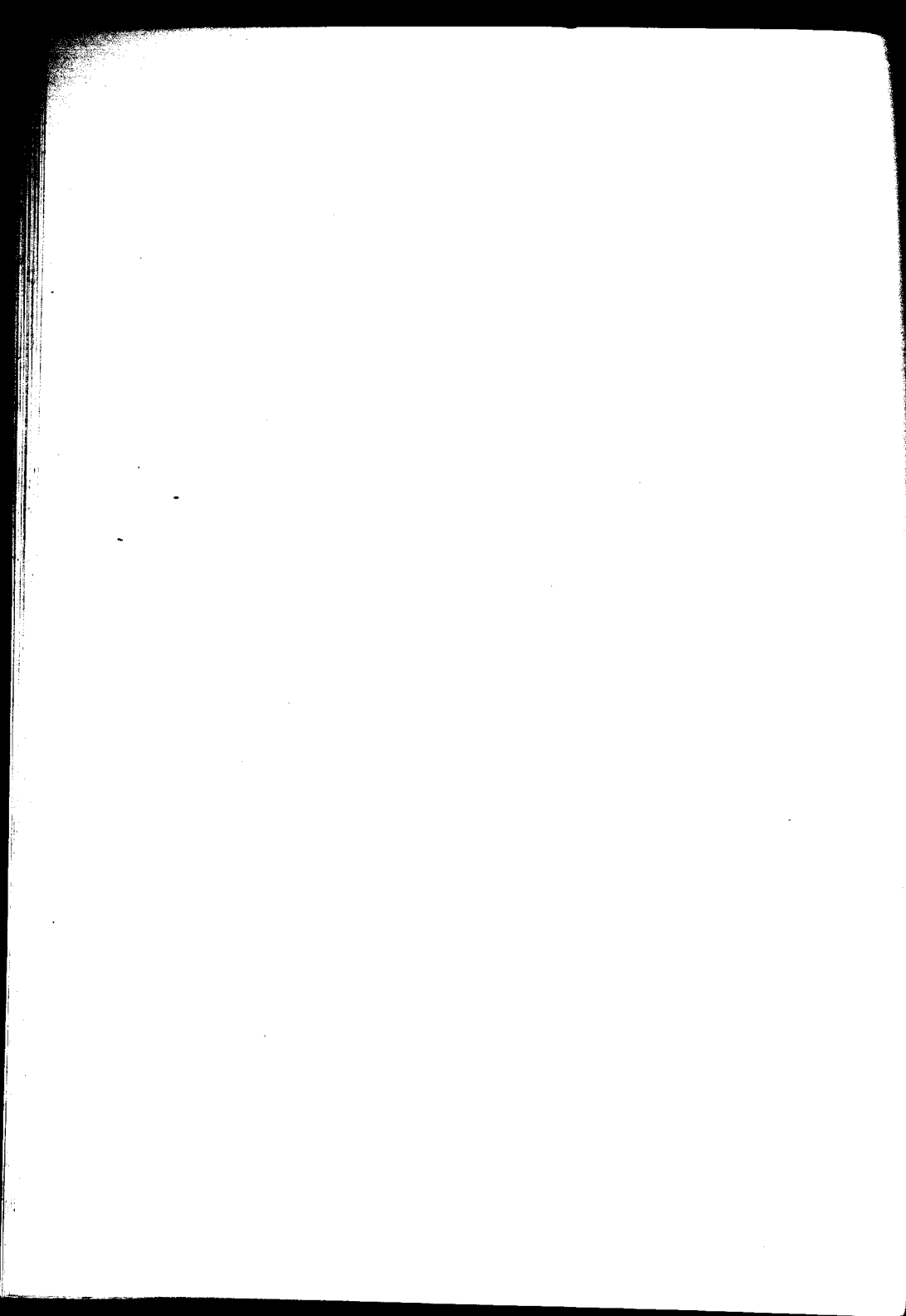
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	Vacante
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura	Vacante

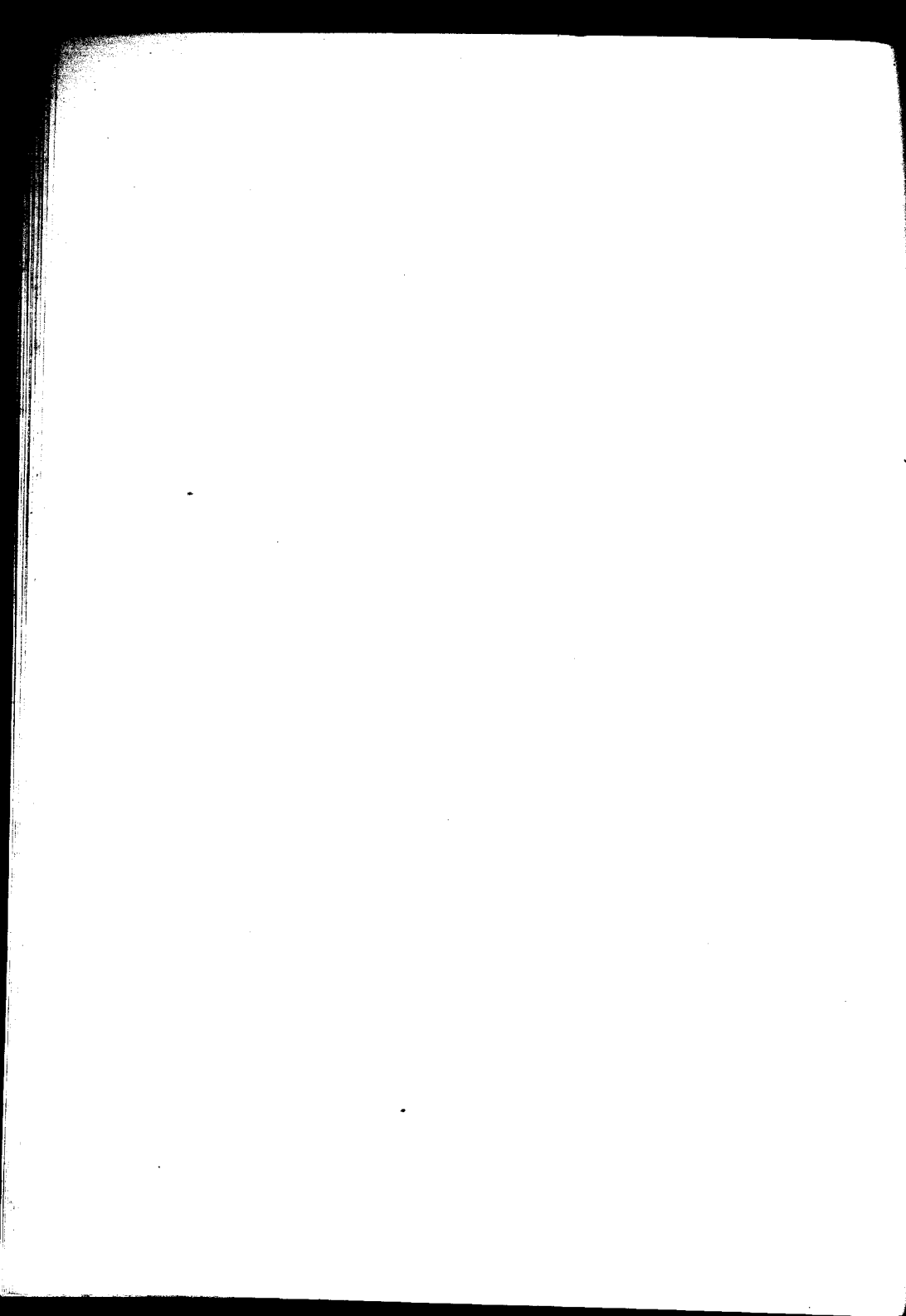
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Clínica Obstétrica.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI (encargado del curso del 1.er año)
» » 	» UBALDO FERNANDEZ (encargado del curso de Puericultura)



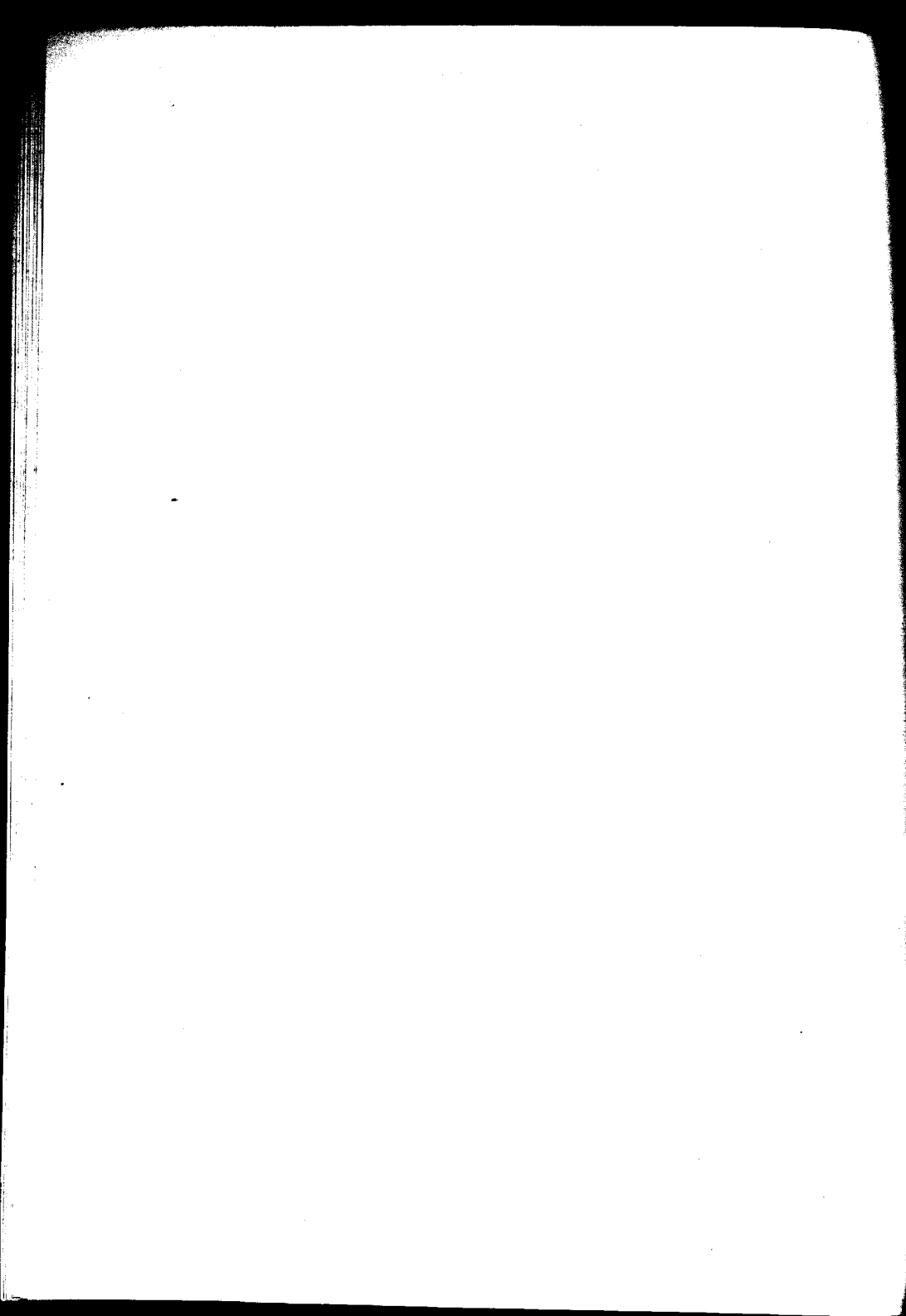
PADRINO DE TESIS
DOCTOR R. A. MAROTTA



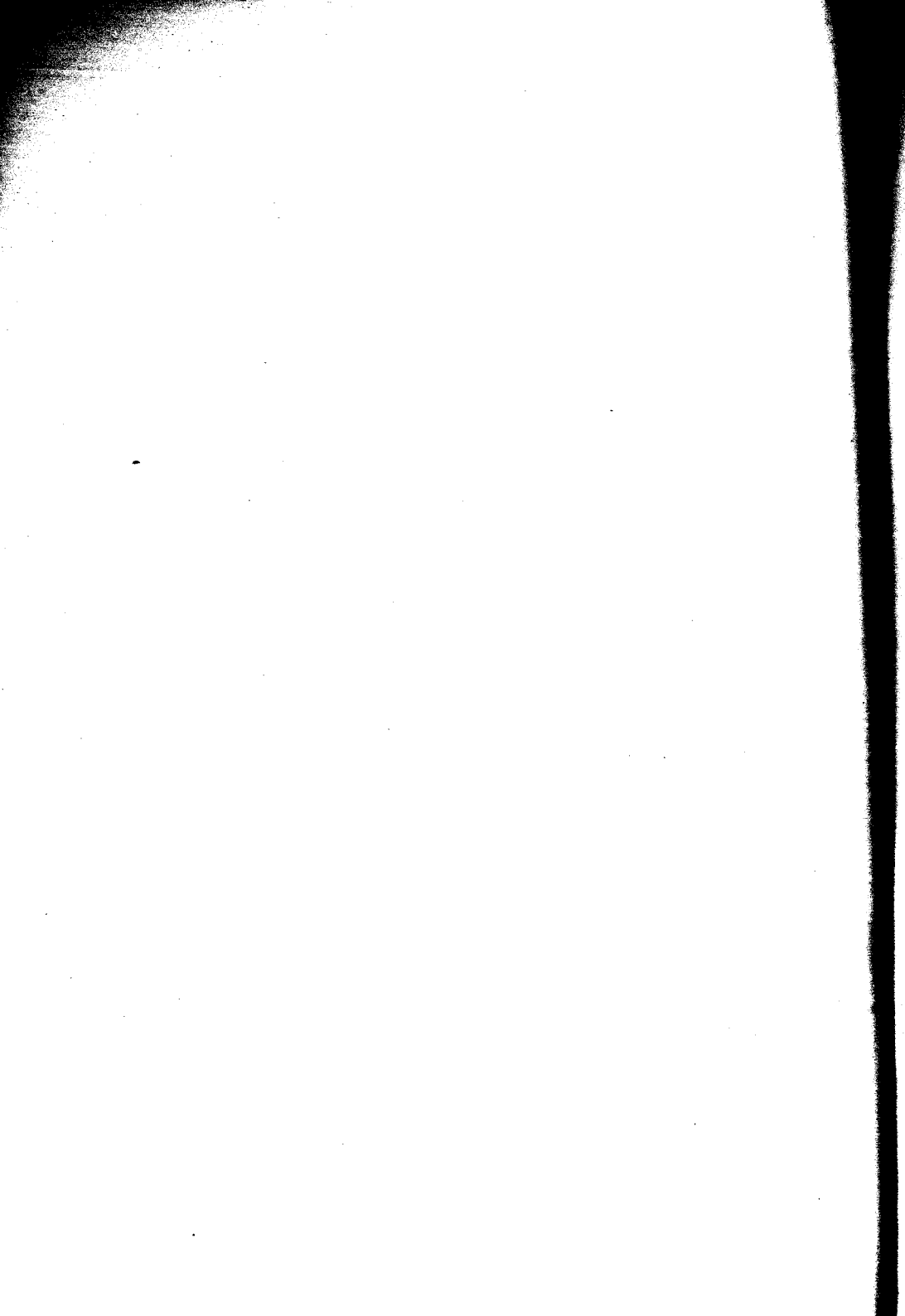
AL DOCTOR JOSÉ MARÍA ESCALIER



A LOS MIOS



A MIS AMIGOS





SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Cumpliendo con el último requisito que las prescripciones reglamentarias me exigen para optar el título de Doctor en Medicina, elevo á vuestra consideración este modesto trabajo sobre quistes hidáticos de la pared abdominal.

Al finalizar mis estudios debo manifestar el agradecimiento á todos aquellos que han contribuido á ilustrarme y en especial al Doctor Armando Marotta que ha tenido la deferencia de acompañarme como padrino de Tesis y guiarme en este trabajo al mismo tiempo que facilitarme algunas historias clínicas.



LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF
MICHIGAN

...of the ...
...the ...
...the ...

...the ...
...the ...
...the ...

...the ...

ANATOMIA DE LA PARED ABDOMINAL

Según Testut y Jacob, la pared abdominal estaría limitada: arriba por el diafragma, abajo se correría hasta la pequeda pelvis, atrás por las cinco vértebras lumbares, hacia los costados y adelante con planos de partes blandas.

Para su mejor estudio se divide en dos regiones: anterior y lateral.

Región anterior.—Está constituida por el espacio que circunscribe y para su estudio se subdivide en dos regiones: externo-costo-pubiana y umbilical.

La primera región tendría por límites: arriba el apéndice xifoidio y los rebordes costales, abajo el espacio comprendido entre ambas espinas pubianas, por bordes externos los bordes externos de los músculos rectos del abdomen y en profundidad se extendería hasta el peritoneo inclusive (Testut y Jacob).

Las capas se dividen en tres partes: la primera superficial, segunda músculo-aponeurótica y tercera retro-muscular.

La capa superficial estaría constituida por la piel y tejido celular: La capa músculo-aponeurótica por el músculo recto y su vaina cuya estructura no voy á detallar por no ser pertinente. La capa retro-muscular está representada por la fascia transversalis, el tejido celular subperitoneal y aponeurosis umbilico-prevesical.

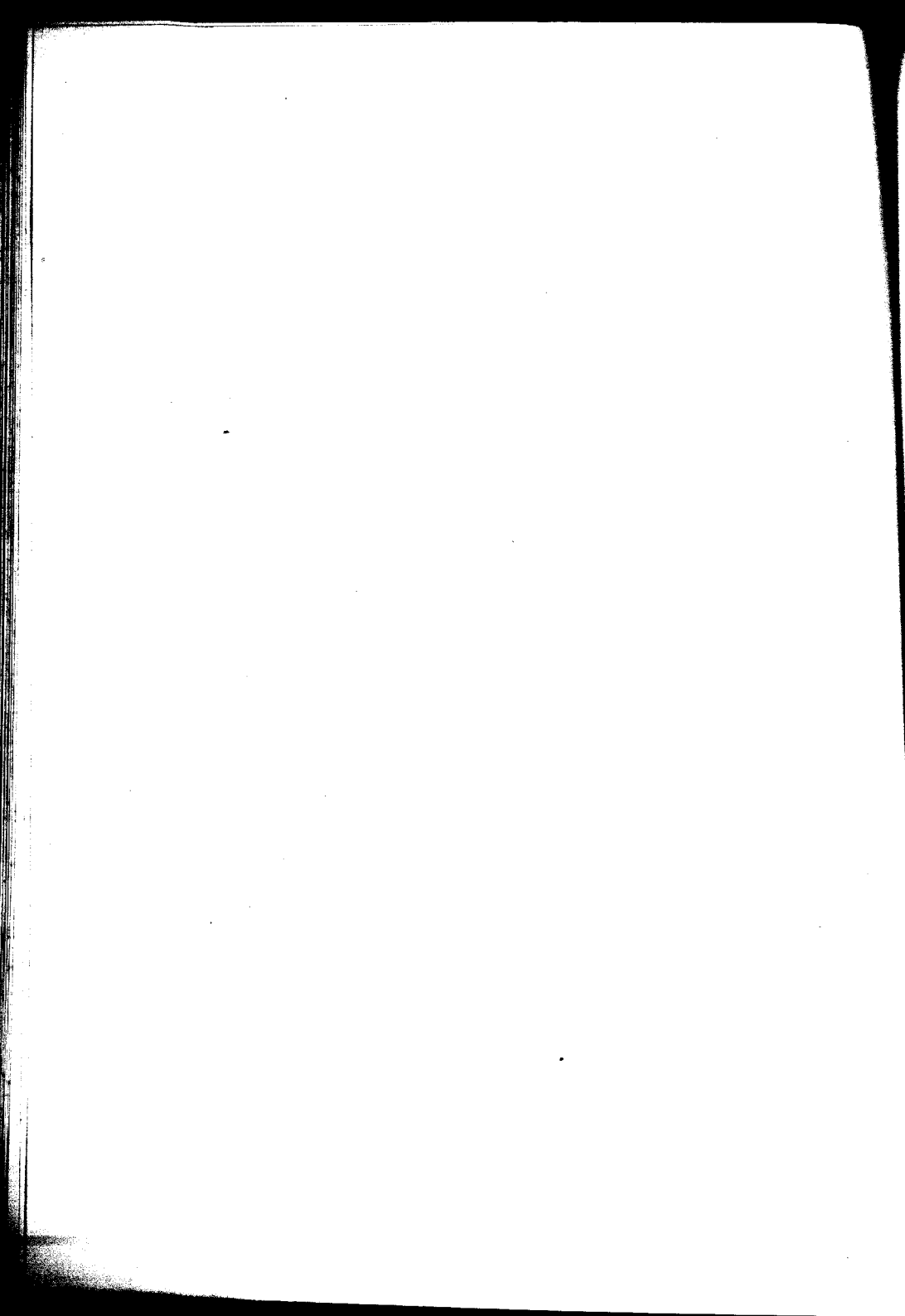
La fascia transversalis es delgada en la región supra-umbilical, debajo del ombligo se espesa adquiriendo en la proximidad del pubis los caracteres de una verdadera aponeurosis, debajo de la arcada de Douglas la fascia transversalis sola forma la vaina del recto. Debajo de la fascia transversalis está una capa de tejido célula-adiposo profunda. La región umbilical tiene caracteres propios en los cuales no voy á entrar por no creerlo necesario.

Región lateral.—La región lateral ó costo-iliaca está limitada adelante por el borde externo del recto anterior del abdomen, atrás por el borde externo de la masa de los músculos de las goteras vertebrales, abajo por la cresta iliaca y arriba por el reborde costal.

Las capas, yendo de la superficie á la profundidad, son: piel, tejido celular adiposo, aponeurosis superficial, músculo gran oblicuo, pequeño oblicuo, transverso, detrás encontraríamos los haces anteriores del gran dorsal, debajo de éste hallaríamos el pequeño serrato poerior é inferior. Detrás de los músculos hallaríamos las fascies

transversales, el tejido celular sub-peritoneal y el peritoneo.

Pertenecen también á la pared abdominal las regiones inguino-abdominales y lumbo-iliacas sobre las cuales no creo del caso ocuparme.



QUISTES HIDATIDICOS

Los quistes hidatídicos son tumores debidos al desarrollo de un verme vesicular conocido bajo el nombre de equinococo ó hidátide que ataca casi todos los órganos del hombre.

Estos tumores representan el estado larvado de una tenia de pequeña llamada tenia equinococus.

Esta tenia vive al estado adulto en la primera parte del intestino delgado del perro. Es muy pequeña pues su tamaño varía entre dos y medio á seis milímetros. Su cabeza se halla provista de una doble corona de ganchos que varían entre 30 y 50 y además de cuatro ventosas.

Consta de cuatro anillos de los cuales el último mide tanto como la mitad del largo total de la tenia.

En un momento dado esta tenia es expulsada y los huevos son puestos en libertad por la destrucción de los anillos bajo las influencias atmosféricas. Estos huevos de este verme expulsados con las materias fecales del perro,

pueden ser llevados con la tierra á las huertas y quintas, y posarse en las legumbres ó frutas, ó ser transportados por las aguas de lluvia. Ellos pueden así ser ingeridos por el hombre sea con los alimentos (frutas y verduras) ó bien con las aguas de bebida.

Llegados los huevos al tubo digestivo del hombre su concha se disuelve y entonces sale del huevo un pequeño embrión conocido bajo el nombre de embrión hexacanto porque está provisto de seis ganchos.

Este embrión perfora las tunicas del intestino penetra en el torrente circulatorio y es llevado con la sangre á los diferentes órganos (hígado, bazo, cerebro, etc., etc.) donde él se enquistará y dará nacimiento á un verme vesicular llamado hidátide ó equinococo.

Es la presencia de este equinococo en los tejidos que dará lugar á los tumores conocidos bajo el nombre de quistes hidatídicos.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Habiendo ya dicho que el origen de los quistes hidatídicos era debido á un parásito y que dicho parásito era la tenia equinococo, es natural que no puede existir otra etiología que la infección del organismo del hombre por los huevos del parásito.

Por la vía digestiva es por lo general que se produce la infección.

Aun cuando existe como muy probable la teoría de Gerulanos de la imigración directa de los embriones de la tenia á través de órganos y tejidos, esta manera de llevarse á cabo la infección tiene muy pocos partidarios.

Una vez que el parásito ha perforado las túnicas del intestino penetra en los capilares siendo arrastrado por intermedio de la vena porta hasta el hígado donde se fija dando lugar á la variedad más común de los quistes hidatídicos.

Generalmente los embriones se fijan más en el hígado

por ser más grandes y numerosos los capilares de este órgano pero á veces pasan á las venas supra-hepáticas y llegan al corazón derecho y de allí al pulmón donde se detienen ó pasan á la circulación general para distribuirse á los diversos órganos.

Admitiendo en algún caso la teoría de la imigración directa, ésta sería probable en los quistes múltiples de la cavidad abdominal. Hay un factor que puede tener relación en la marcha y desarrollo de los quistes y es el traumatismo.

¿Cómo obra el traumatismo?

Boncour cree que favorece la fijación del embrión hexacanto por el derrame de sangre que produce. Kirmisson opina que el traumatismo obra de dos maneras: 1.º poniendo en libertad á algún embrión; 2.º imprimiendo un desarrollo rápido á un quiste que había pasado desapercibido hasta entonces.

En las historias que transcribo figura en una de ellas el traumatismo como causa determinante, y, muchos enfermos, atribuyen á esta causa el origen de su enfermedad.

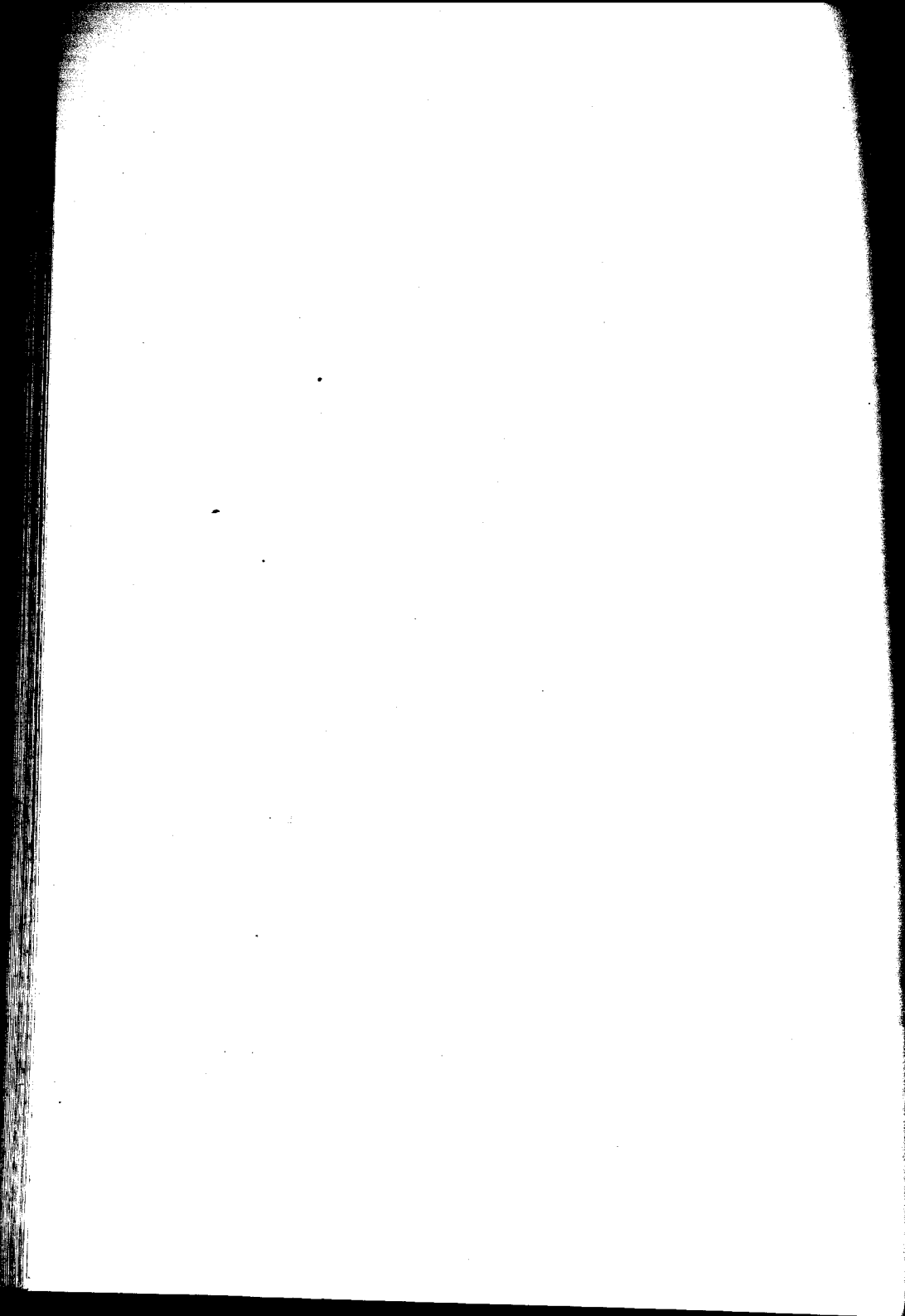
Otras de las causas que pueden dar origen á los quistes hidáticos es la caída de cabezas ó vesículas hijas al tejido de la pared abdominal debido al tratamiento operatorio de un quiste hidático profundo y que al operarlo ó bien por su colocación que dificulte su fácil vaciamiento ó bien porque su periquística sea débil y se desgarre antes del aislamiento del quiste.

Otras de las causas que pueden dar lugar á la pro-

ducción de una hidatosis secundaria. es al practicar una punción exploradora con el fin de diagnóstico de un quiste hidático: pues si bien en unos casos es todo un éxito retirar una jeringa llena de líquido cristalino, cristal de roca con algún gancho escolex que nos compruebe un quiste hidático, en otros casos hay un gran inconveniente, pues existe la posibilidad que en el trayecto determinado por la aguja escapen gérmenes equinocócicos que ingertándose en los tejidos determinen una hidatidosis secundaria.

Varias son las experiencias hechas para comprobar la hidatidosis secundaria verificadas por varios autores, entre ellos (Devé, Lagos García, Marotta, etc.) que inoculando vesículas y trozos de germinativa ó bien escolex ó arenillas quísticas en el tejido celular y muscular del abdomen de cobayos, han visto reproducirse nuevos quistes, lo que prueba la existencia de una hidatidosis secundaria experimental.

Se ha dado el caso y yo presento uno de ellos de que esta hidatidosis secundaria se ha producido en la cicatriz operatoria de un enfermo intervenido anteriormente por un quiste hidatídico.



SINTOMATOLOGIA

Los quistes hidáticos de la pared del abdomen presentan síntomas que son comunes á todos los quistes y otros relacionados con la situación topográfica.

En lo que se refiere á lo primero diremos: que la enfermedad evoluciona lentamente, los tumores son esféricos á veces ovoidios; indoloros, apiréticos, de consistencia uniforme, renitentes, pueden ser fluctuantes, sobre todo en el caso de tratarse de un quiste muerto, del tamaño de un huevo de gallina pueden llegar á tener el de un huevo de avestruz ó más, esto último sobre todo en los casos retro-musculares porque su situación los disimula durante un tiempo más ó menos largo.

Claro está que si el quiste supura se vuelve doloroso, tendrá temperatura y naturalmente podrá presentar reacción inflamatoria en los tejidos vecinos del quiste.

Estos tumores pueden presentar frémito hidático y además si se le percute suavemente, siempre que tengan

cierto tamaño darán una matitez ó sub-matitez, si la percusión fuera fuerte la matitez tendrá eco timpánico más ó menos marcado.

En lo que se refiere al segundo punto, es decir, á la sintomatología con respecto á la situación topográfica de los quistes de la pared diremos: que ellos también se confunden con los presentados por otras afecciones y algunos síntomas que le serían propios.

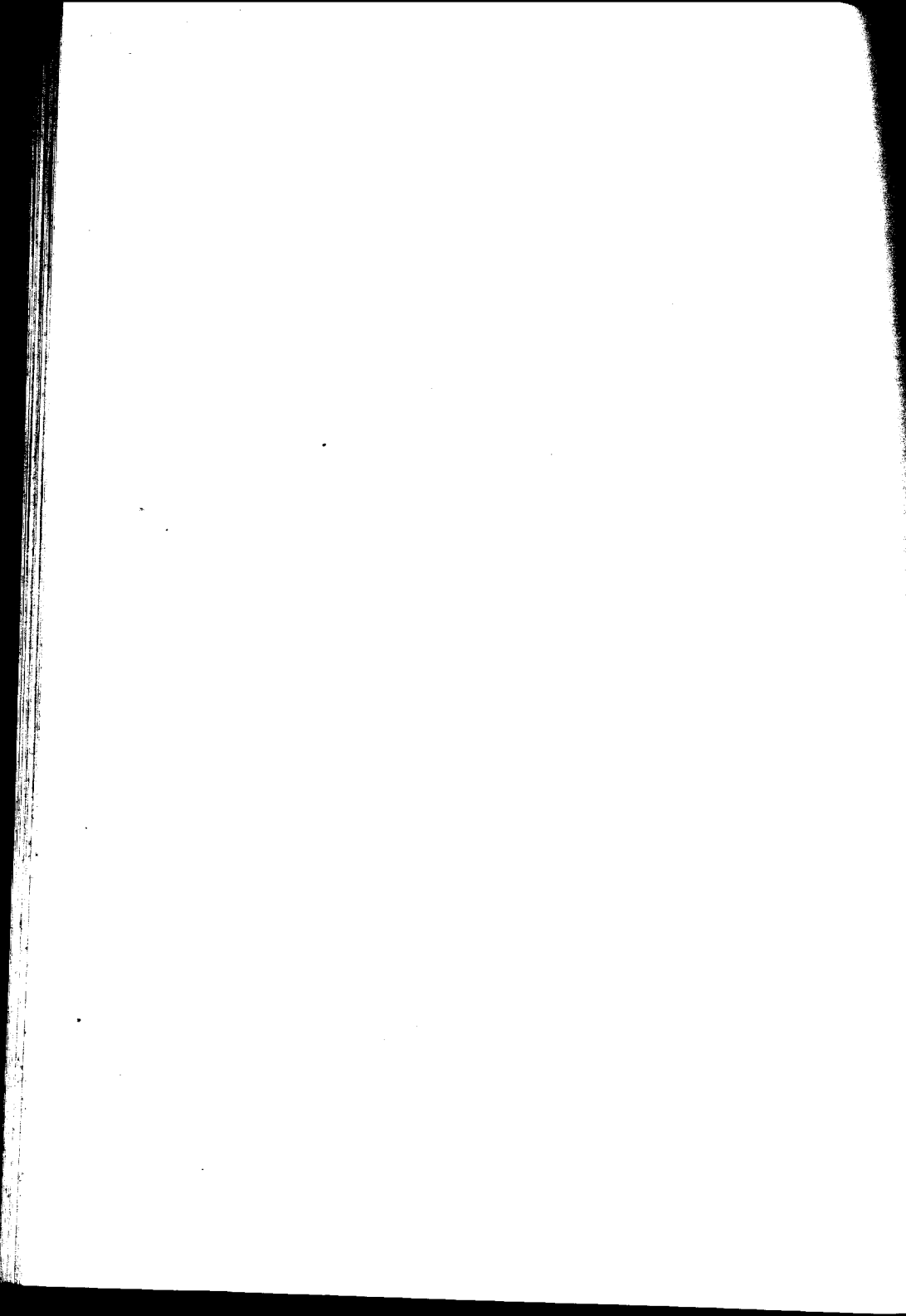
Así, estando el quiste en el tejido celular sub-cutáneo tendrá una movilidad marcada, no se fijan, ni se hacen más ó menos evidente cuando el sujeto contraiga las paredes del abdomen, no tendrán adherencias á la piel. Esta localización del quiste solo podría adherirse al plano superficial ó profundo en el caso de estar inflamado ó supurado, complicación que se exterioriza por otros síntomas como lo acabamos de ver.

Si el quiste estuviere localizado en el músculo tendría movilidad sobretodo en la dirección del eje de las fibras musculares correspondiente y se fijaría con la contracción muscular borrándose un poco ó nada y dejándose tocar. El quiste puede llegar á tenerse entre las manos, pero esto mismo no sería un dato evidente de esta localización, en casos de haber disociación de los músculos rectos del abdomen ó de una gran delgadez de la pared, el tumor puede llegar á tenerse entre las manos no obstante ser retro-muscular y aún intra-cavitario.

Si el quiste estuviera por detrás de los músculos el diagnóstico se vuelve muy difícil. En efecto al contraer

el músculo el quiste no se toca más si es recto-aponeurótico, pero este síntoma sería común con los quiste intra-cavitario, La diferenciación con los cavitarios, sin embargo, podría hacerse teniendo en cuenta que el quiste retro-aponeurótico se mueve poco ó nada, pero ésto no es completamente seguro porque podría tratarse de un quiste visceral intra-cavitario adherido. Los síntomas positivos relacionados con algún órgano abdominal podría orientar el diagnóstico.

De la importancia de la reacción de Ghedini y del examen de la sangre nos ocuparemos más adelante al tratar del diagnóstico.



DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

En las paredes del abdomen pueden localizarse aparte de afecciones traumáticas afecciones no traumáticas que son de las que me ocuparé.

Entre estas últimas nos encontramos con los flegmones abscesos y los tumores.

Los flegmones podrían confundirse con los quistes hidáticos solo en el caso de que éstos fueran supurados, pero los antecedentes, la evolución de la enfermedad y las reacciones de carácter biológico servirían para resolver el diagnóstico.

Otras afecciones de las paredes abdominales como ser hernias umbilicales, para-umbilicales, inguinales, etc. no se prestan á ser confundidas, de manera que las enumeramos para excluirlas.

Por último nos quedaría á mencionar: 1.º tumores del ombligo, 2.º fibromas de las paredes abdominales y tumores raros.

A los primeros corresponde una serie de tumores banales como ser: quistes sebáceos, papilomas, tumores verrugosos, quistes dermóideos que no se pueden confundir con los quistes hidáticos.

Además pueden tener asiento en las paredes abdominales el cáncer primario ó secundario de un cáncer visceral del estómago, intestino, ó epiplón.

Los segundos ó fibromas se encuentran casi exclusivamente en las mujeres y raras veces en el hombre, parece que tuvieran relación en las primeras con los partos. La dureza de estos tumores, la localización aparte del sexo son razones que permiten facilmente excluir el diagnóstico.

Al punto de vista de su evolución son tumores benignos que quedan estacionarios por mucho tiempo.

3.º Entre los tumores varios sólo mencionaremos á los quistes hidatídicos porque los demás basta mencionarlos para excluirlos.

Son tumores notables por la lentitud extrema de su evolución, son tumores raros y poco se ha escrito sobre ellos.

Se diagnostica porque son tumores de superficie lisa, (salvo el caso que sean supurados) son indoloros, no atacan el estado general del sujeto, y los antecedentes suelen dar luz sobre el diagnóstico, por cuanto los enfermos dicen tener la enfermedad de mucho tiempo atrás.

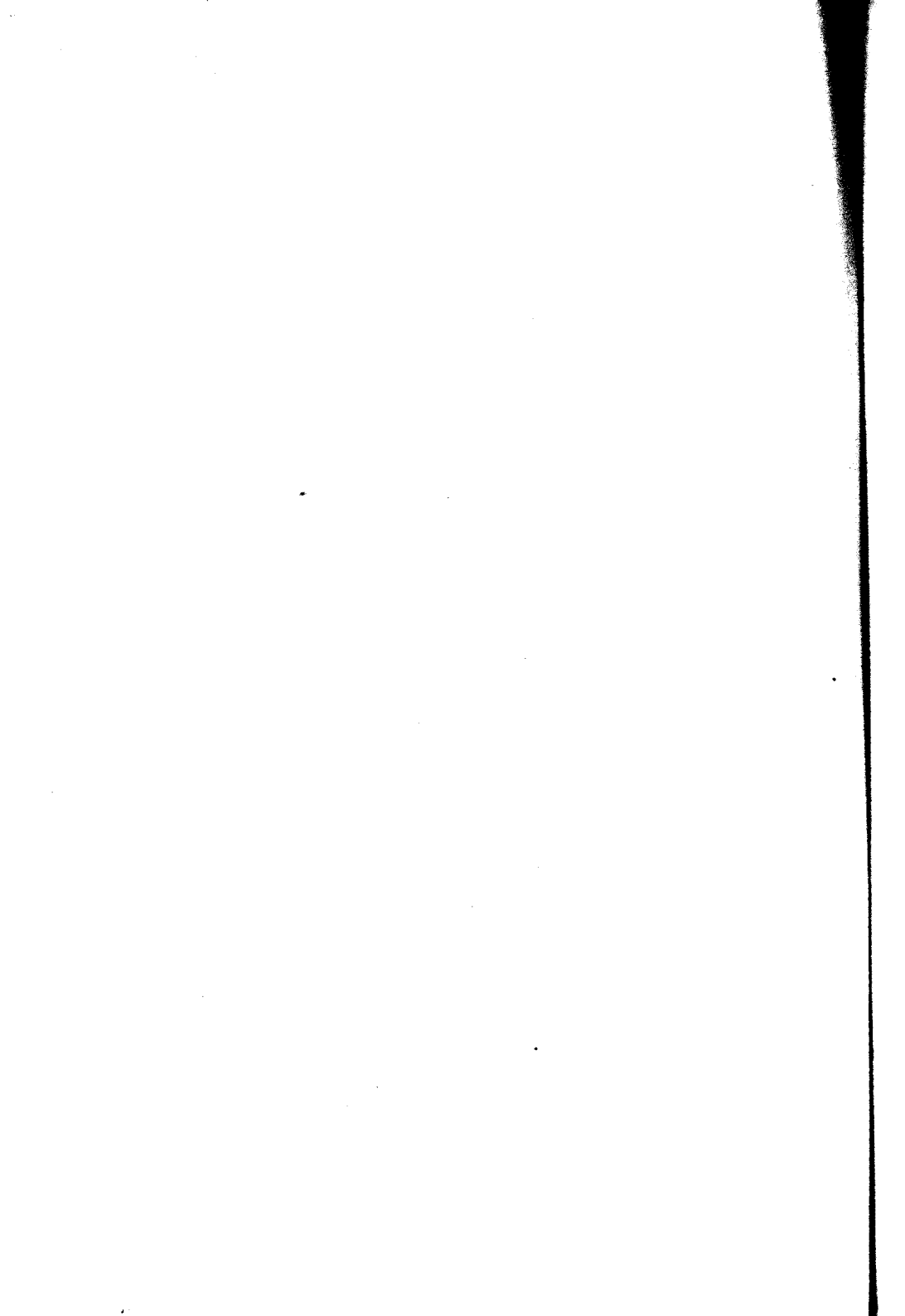
Se puede esperar actualmente de la reacción de Ghedini un auxilio en el caso de ser positiva aunque más de

una vez es negativa y sin embargo se trata de un quiste hidático; la presencia de eosinófilos en la sangre que no es siempre constante y que de existir tiene valor, siempre que se excluyan todas las demás afecciones que la producen.

El pronóstico de dichos quistes es casi siempre benigno pero abandonados á su evolución pueden presentarse dos casos: 1.º ó bien se abre hacia el exterior y puede dar lugar á la curación del enfermo caso favorable ó bien, 2.º podría hacerse purulento y abrirse al interior y caer en la cavidad abdominal (eventualidad excepcional) y traer las consecuencias casi fatales de una peritonitis ó una hidatidosis múltiples si el quiste es fértil.

El tratamiento es quirúrgico. Vaciamiento del quiste, formalización y cierre con ó sin drenaje según las circunstancias, puede en muchos casos researse todo el quiste cuando éste no ofrece peligros por la practicabilidad de la operación. Hay que tener cuidado en un perfecto aislamiento del quiste cuando se interviene para evitar la hidatidosis secundaria.

Es natural que si se trata de un quiste supurado debe abrirse y drenarse.



OBSERVACIONES CLINICAS

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS
DEL PROFESOR DOCTOR GANDOLFO

Observación I

Quiste hidatídico de la pared del abdomen.

Luciano A., 33 años, jornalero, argentino; ingresa al hospital de Clínicas el 24 de Julio de 1913.

Antecedentes hereditarios.—La madre murió á la edad de 59 años de un tumor al estómago, el padre fallecido ignora la causa, tiene una hermana sana.

Antecedentes personales.—No recuerda haber tenido las enfermedades comunes de la infancia, á los 27 años tuvo una blenorragia que curó á los 8 meses con lavajes de permanganato, no se le presentó complicaciones. Al mismo tiempo tuvo un chancro sifilítico que curó á los dos meses apareciéndole poco después placas en la boca. Sintió dolores de cabeza especialmente de noche. además

tuvo la triple alopecia, es decir caída del pelo, cejas y bigote junto con la aparición de las placas. Se han hecho 9 inyecciones de calomel como todo tratamiento.

Es buen fumador, toma vino en las comidas y fuera de ellas, tiene buen apetito, duerme bien y es corriente de vientre.

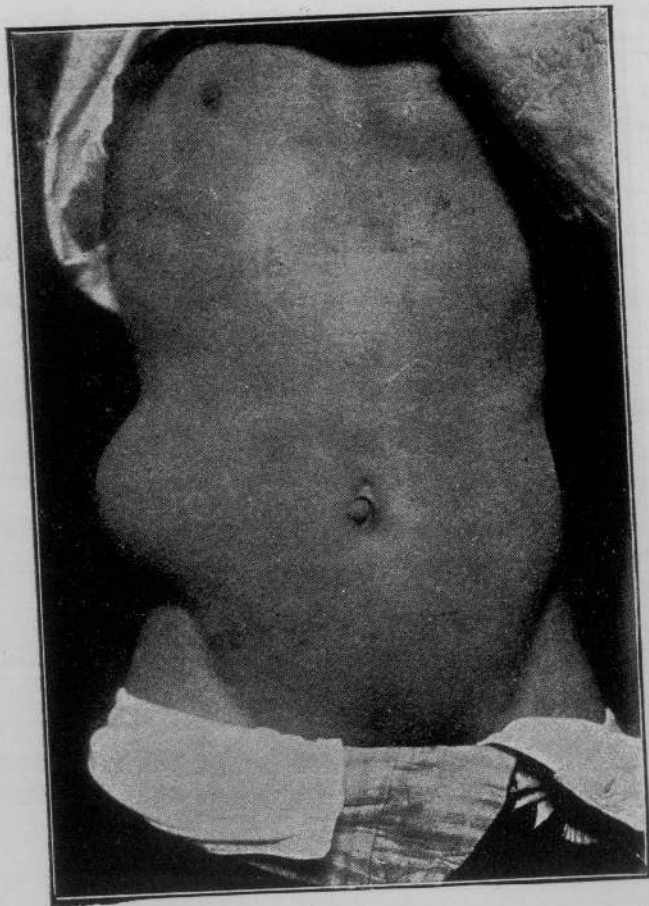
Enfermedad actual.—Viene al hospital por un tumor que le ha aparecido hace como tres años en el flanco derecho, tumor que ha ido creciendo poco á poco hasta alcanzar el tamaño actual, ha sido siempre indoloro y solo ha sentido desde hace 8 meses sensación de opresión en el epigastrio.

Hace tres años al caer de un caballo por no hacerlo de boca tuvo que hacer un gran esfuerzo para evitarlo y sintió un fuerte dolor en el sitio que después apareció el tumor.

Estado actual.—Buen estado de nutrición en todos sus órganos, no se observa nada anormal sólo en el abdomen.

Abdomen.—Abultamiento colocado en el flanco derecho del tamaño más ó menos de un huevo de avestruz, estando el sujeto de pie es menos notable, aumenta francamente con el esfuerzo y la tos. El abultamiento tiene por límites: abajo la cresta ilíaca, adelante la proyeccion de la línea mamilar derecha, arriba las costillas y atrás la proyeccion de la línea axilar posterior.

Conviene agregar que su límite inferior se encuentra con el anterior á tres centímetros por detrás de la espina ilíaca anterior y superior.



El quiste visto de frente

1870

1871

1872

1873

1874

1875

1876

1877

1878

1879

1880

1881

1882

1883

1884

1885

1886

1887

1888

1889

1890

1891

1892

1893

1894

1895

1896

1897

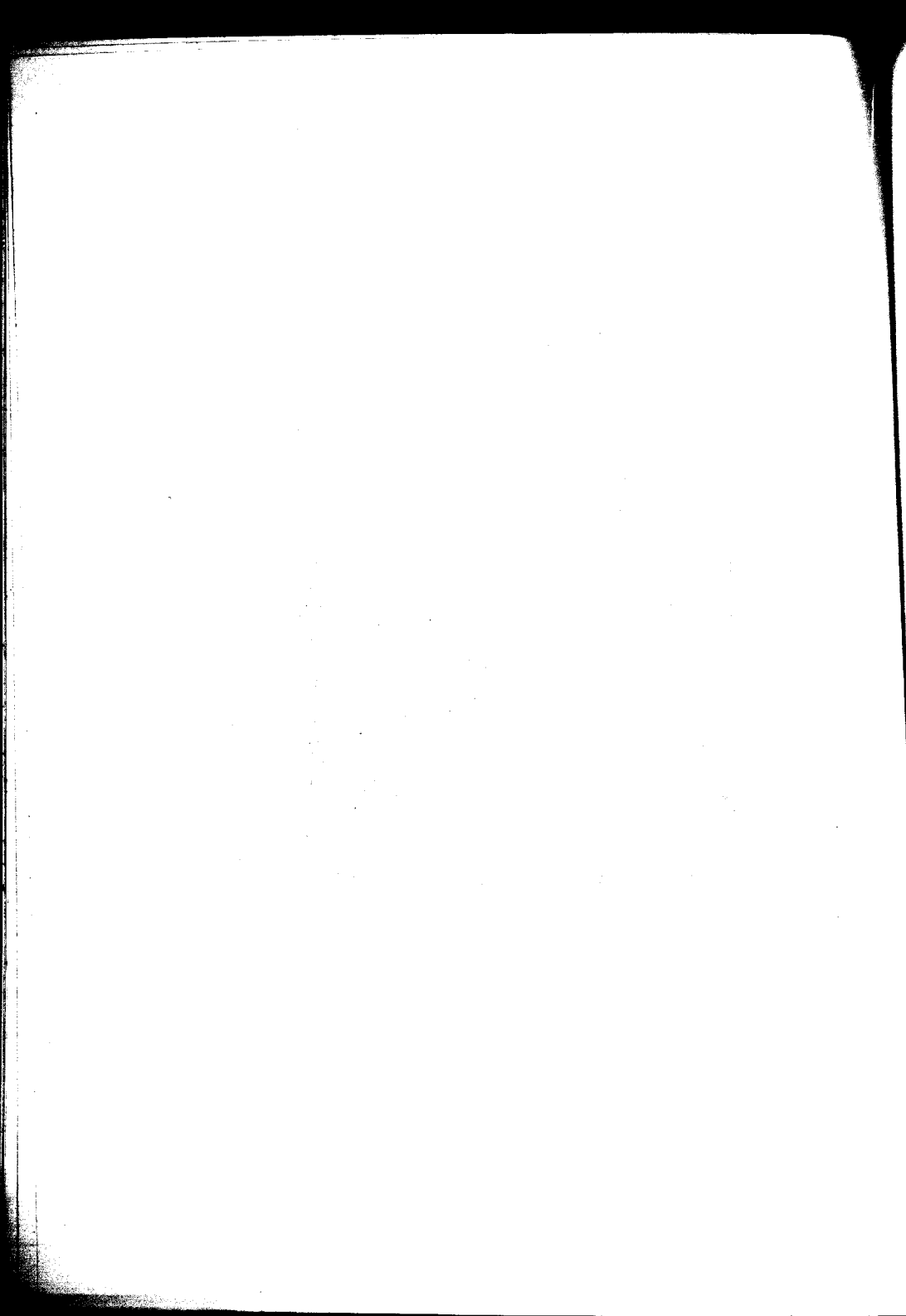
1898

1899

1900



El mismo visto de flanco



Palpando se percibe á primera intención una hinchazón blanda fluctuante, pero si se extrema la palpación se percibe un contenido sólido formado por un tumor constituido por lobulaciones blandas que algunas crepitan.

Al mismo tiempo el enfermo acusa dolor en el momento que esas lobulaciones escapan de los dedos. En la parte posterior tócase un cordón duro del mismo aspecto de las formas blandas.

Si se le hace hacer un esfuerzo al enfermo se observa: 1.º que el tumor se hace más prominente; 2.º sus bordes más netos; 3.º su cubierta elástica aumenta de tensión; y 4.º el tumor se fija por completo á la pared.

En la parte posterior se nota la ausencia de pared muscular y en el límite externo haciendo colocar al sujeto boca abajo y deslizando la mano á la altura de la cresta no se siente resistencia de pared muscular y no se llega á tocar el borde del tumor aunque el enfermo haga un esfuerzo.

Por delante no se puede tocar un límite neto y á la altura de las costillas se unde fácilmente la mano sin encontrar resistencia muscular.

En la decúbito dorsal el tumor se desplaza á la derecha.

Se resuelve operarlo el 11 de Agosto.

Cirujano Dr. Gandolfo.—Anestesia cloroformo.

Incisión oblicua siguiendo el eje mayor del tumor, se corta la piel, tejido celular aponeurosis y fibras musculares y se observa la periquística de un quiste situado en

el espesor de los músculos anchos de la pared lateral del abdomen. Se abre la periquística, se vacía el tumor que contenía líquido cristalino á poca tensión y vesículas hijas se formaliza la cavidad y se hace oclusión sin drenaje.

Se suturan los músculos y aponeurosis con catgut y la piel con crin.

El enfermo abandona el hospital el 25 de Agosto completamente curado.

Observación II

Carlos V., 40 años, soltero, argentino; capataz de campo. Ingresa al Hospital de Clínicas á la sala 1.^a de cirugía del Dr. Gandolfo, el día 14 de Agosto de 1912.

Antecedentes hereditarios.—El padre murió de viruela, la madre muerta de un cáncer de útero; han sido nueve hermanos, cuatro han muerto é ignora la causa y los restantes son sanos.

Antecedentes personales.—No recuerda haber tenido las enfermedades comunes de la infancia, no ha tenido enfermedades venereas y solo ha padecido de reuma y paludismo cuando muy joven, es gran fumador y no es bebedor.

Enfermedad actual.—En el mes de Noviembre de 1911 fué á consultar un médico por una fuerte indigestión y éste le llamó la atención sobre un tumor que tenía en el hipocondrio derecho y que había pasado para el enfermo completamente desapercibido. Despues ya nota que este tumor aumenta de volumen sin causarle ningún dolor y solo sensación de opresión despues de algún trabajo fuerte ó comida abundante, esta opresión se hace más notable

en las grandes inspiraciones. No ha tenido urticaria, hay gran repugnancia á las grasas, el enfermo es muy constipado.

Estado actual.—Buen estado de nutrición. Regular pánículo adiposo, desarrollo muscular y óseo normal.

Facies.—Nada anormal.

Visión.—Disminuída en el ojo izquierdo.

Boca.—Normal, dientes bien implantados, lengua húmeda y limpia.

Cuello.—No se palpan ganglios.

Tórax.—Bien conformado, nótese en la región pectoral derecha un abovedamiento formado á espensas de un incurbamiento acentuado de 3.^a á 7.^a costilla desde la línea esternal hasta la mamaria.

Pulmón.—Normal.

Corazón.—La punta late en el quinto espacio, los tonos algo apagados, area normal.

Pulso.—Regular igual y de buena tensión, 80 pulsaciones por minuto.

Abdomen.—Nótese ligero abovedamiento en la mitad derecha del epigastrio, no hay venas superficiales.

A la palpación nótese que dicho abovedamiento es debido á la presencia de un tumor redondeado renitente de superficie lisa.

A la percusión da sonido mate que llega por dentro hasta la línea mediana, por debajo de dos traveses de dedos del reborde costal á la altura de la línea para-esternal insinuándose su límite inferior y externo debajo del

reborde costal á la altura de la línea mamaria; el límite superior del tumor se confunde con la matitez hepática.

Dicho humor es desplazado con los movimientos respiratorios.

Hígado.—Borde superior está al borde superior de la quinta costilla en la línea mamilar, el borde inferior no se palpa por fuera de la línea mamaria.

Bazo.—Se palpa su polo inferior. A la percusión la matitez está aumentada.

Cirujano Dr. Gandolfo. Se le anestesia con cloroformo.

Laparotomía mediana supra-umbilical, abierto el vientre se encuentra un quiste colocado en la cara inferior del lóbulo derecho del hígado, incindido da salida á un líquido claro y gran número de vesículas hijas. Se hace formulaje y se marsupializa á la pared colocando un grueso tubo de goma. Se cierran los planos profundos con catgut y la piel con erin.

Permanece en el hospital hasta el 3 de Octubre y solicita el alta yéndose en vías de curación.

Ingresa nuevamente al servicio el 5 de Marzo de 1913 con un nuevo tumor.

Examinado el abdomen, se nota una cicatriz supra-umbilical ancha en el medio y lineal en los extremos, además hay un abultamiento marcado en el lado derecho del epigastrio con levantamiento del reborde costal.

Palpando se toca un tumor del tamaño de un huevo de gallina colocado en el lado derecho del epigastrio, de superficie lisa de contornos bien limitados, de consisten-

cia dura y algo elástica escasamente doloroso y que se hace más notable con las inspiraciones.

Si se manda contraer los músculos de la pared desaparece el tumor.

Límites.—Por dentro la línea mediana, por debajo tres traveses de dedo del reborde costal, por afuera y arriba el reborde costal pero dejando insinuar ligeramente los dedos entre tumor y reborde.

En decúbito lateral el tumor se desplaza en línea recta hacia el lado izquierdo, en pequeña extensión deja interponer los dedos entre tumor y reborde derecho costal, aún así en la profundidad se teca siempre un tumor como si ésta presentara en esa posición una parte profunda de su cara interna no accesible á la palpación en en la posición decúbito dorsal y en la decúbito lateral izquierda.

En la decúbito lateral derecha el tumor se desplaza siempre en línea recta, el borde externo es difícil determinar, porque el tumor pareciera perderse un poco por debajo del reborde costal aunque permite siempre introducir los dedos entre tumor y reborde.

A la percusión suave el sonido del tumor es mate mientras que á la percusión fuerte es timpánico. La matitez del tumor continúa á la matitez epática.

En decúbito lateral izquierda á percusión suave hay un dedo de sonoridad entre reborde costal derecho y tumor, sobre el tumor parte culminante hay siempre mati-

tez á la percusión suave y matitez con sonido timpánico á la percusión fuerte.

Se le somete á una intervención quirúrgica y lo opera el Dr. Marotta con anestesia de novo-cocaína con adrenalina.

Incisión vertical paramediana supra-umbilical. Se disocia el recto derecho, se corta el transverso, se abre hacia transversalis y se llega al quiste que estaba situado en el tejido celular sup-peritoneal. Se vació el quiste, se formolizó y cerró sin drenaje.

El enfermo salió curado el 5 de Abril.

Observación III

Eliás P., 26 años, argentino, carpintero. Ingresa al hospital el 22 de Julio de 1910.

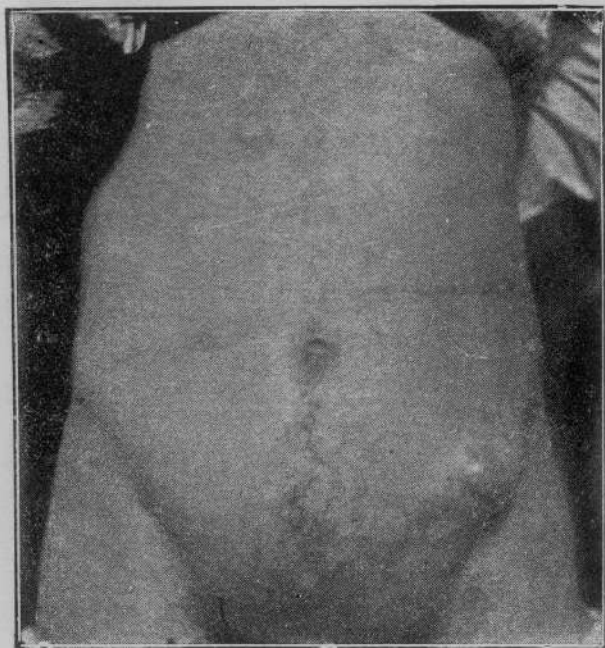
Antecedentes personales.—Fué operado en este hospital el 16 de Julio de 1905. Se le halló un quiste hidático supurado de la pared abdominal, se marzupializó y fué dado de alta un mes y 16 días después completamente curado.

Enfermedad actual.—Presenta en la región abdominal inferior una cicatriz de unos 10 ctms. de extensión y en ella un pequeño tumor.

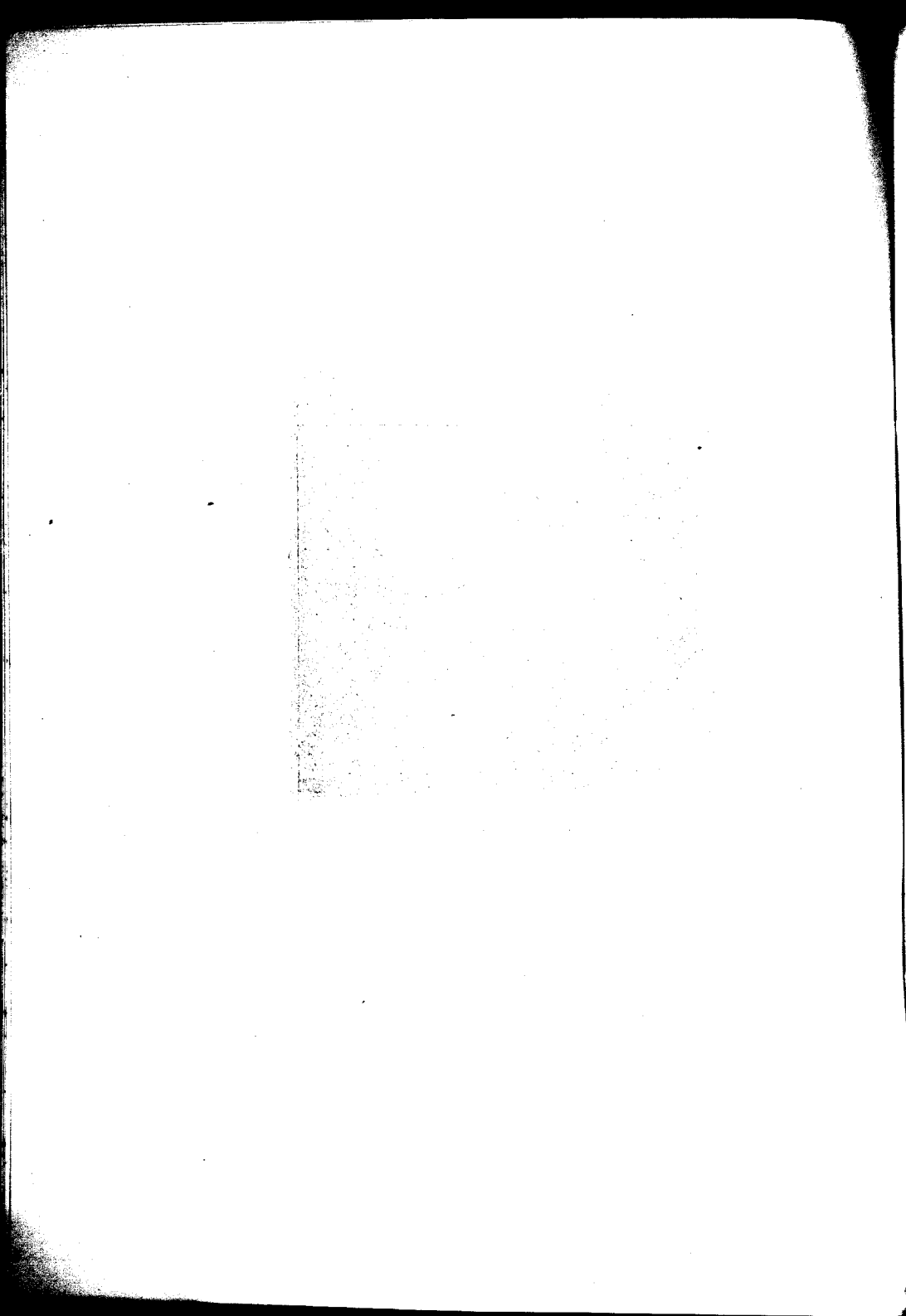
Hace proximamente dos años que notó en la cicatriz un pequeño nodulito que creció poco á poco hasta llegar al tamaño actual, dicho nódulo le incomodaba muy poco.

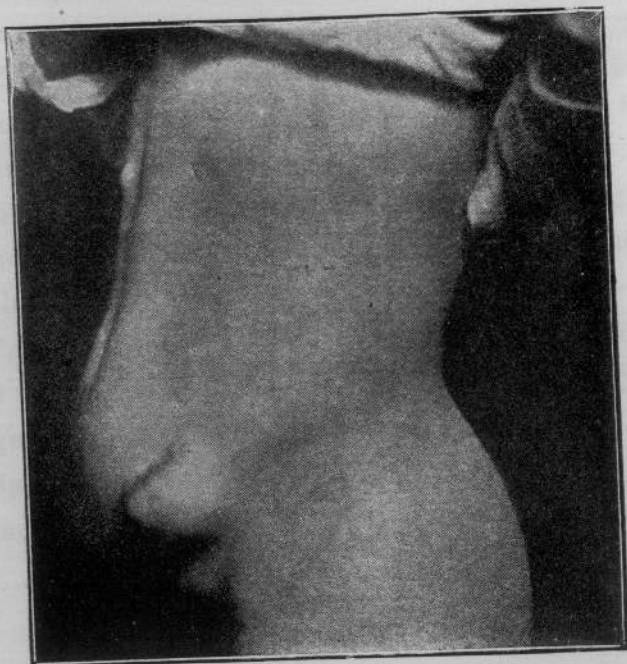
Estado actual.—Sujeto en buen estado de nutrición y con sus órganos normales.

Abdomen.—Presenta en la región inguinal izquierda en la línea que va del ombligo á la espina iliaca anterior y superior un tumor del tamaño de un huevo de pato adherido á los planos profundos y que se desliza junto con la pared. En su cara superior presenta una pequeña emi-

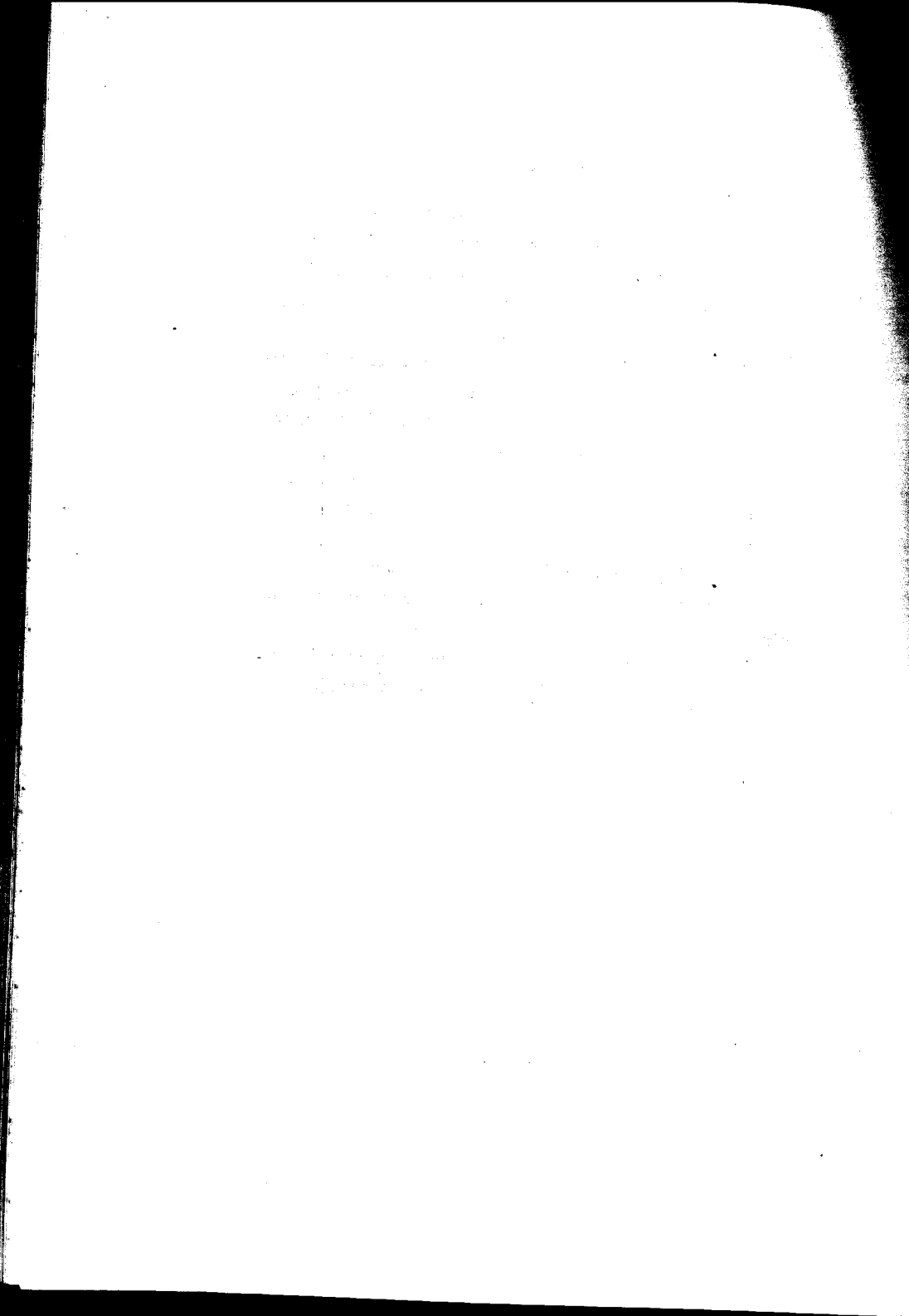


Quiste hidatídico en una cicatriz visto de frente





El mismo de perfil



nencia que está adherida por su cara superior á la cicatriz. Es renitente y de consistencia regular. Es indoloro. Se resuelve operarlo sin anestesia general sino local.

Operador Dr. Gandolfo. Incisión de 4 cmts. de largo, sobre la parte culminante del tumor.

Incindida la piel se incinde un quiste hidático superficial que se hallaba adherido á la piel y á los planos profundos musculares. El quiste del tamaño de un huevo de pata tiene una periquística espesa.

Incindida se da salida á una membrana germinativa y á unos 15 gramos de líquido claro cristal de roca sin vesículas y sin escolex.

Vaciado el quiste se le formoliza. Se practica la oclusión del quiste mediante la sutura de la periquística con catgut.

Sutura de la piel con crin, no se deja drenaje. El enfermo abandona el hospital el 1.º de Agosto curado.

CASO CITADO EN EL LIBRO DE LOS DOCTORES HERRERA
VEGAS Y CRANWELL

X, de 29 años, sexo femenino, española, quehaceres domésticos, procedencia de Buenos Aires.

Quiste hidatídico de la pared abdominal desarrollado en el espesor del recto izquierdo.

Tratamiento.—Extracción de la membrana madre y sutura sin drenaje, curación.

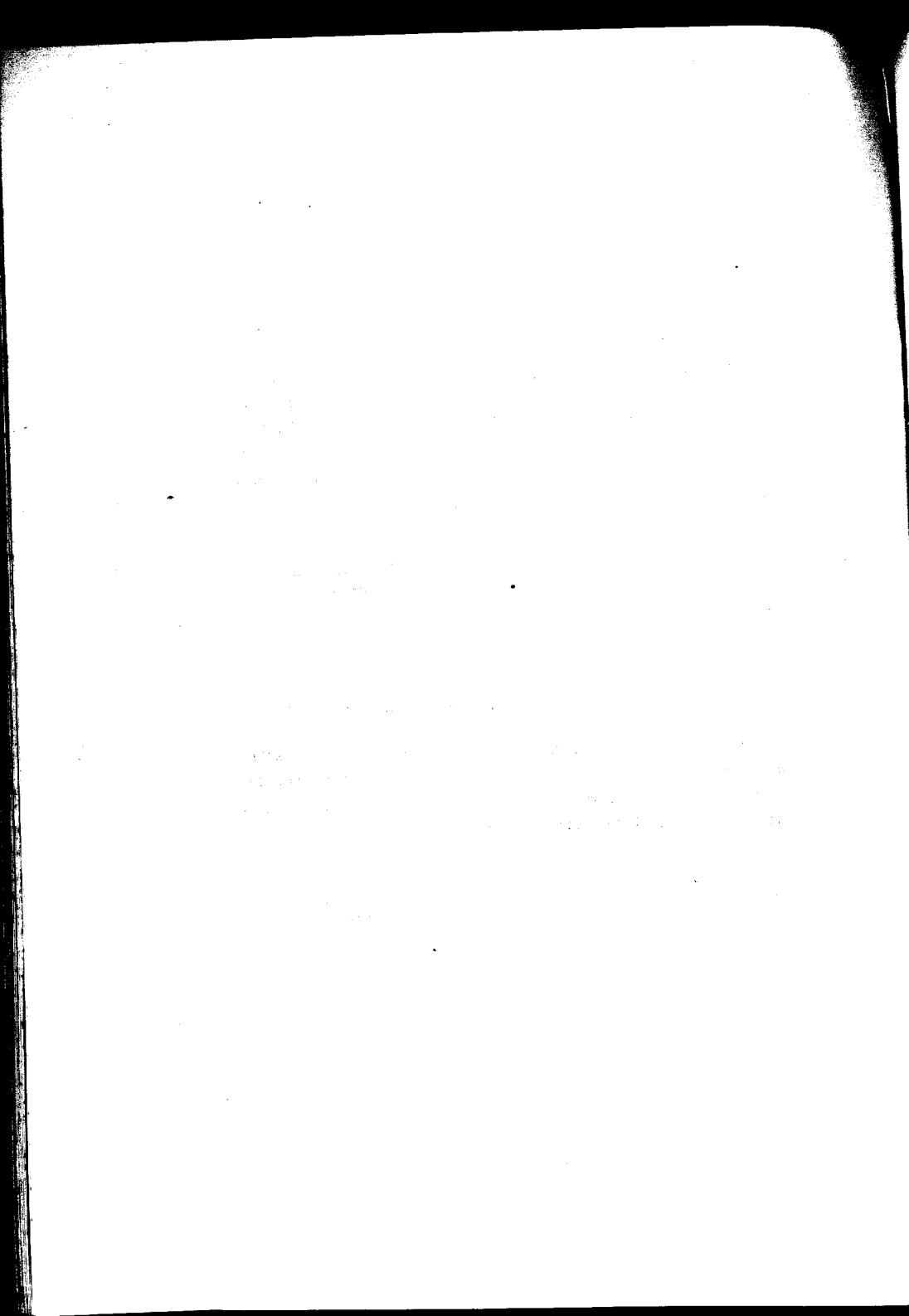
Hace aproximadamente dos años que la enferma empezó á sentir una hinchazón en el flanco izquierdo al mismo tiempo que gran repugnancia por las grasas y aceites, notando poco después un tumor en el epigastrio del tamaño de una nuez que ha crecido lentamente. Ha tenido varias veces urticaria y el tumor desarrollado hacia la izquierda le molesta para respirar y para dormir, obligándola á permanecer en la cama en decúbito lateral derecho.

Al examen se ve en el hipocondrio izquierdo y parte del epigastrio un tumor del tamaño de una cabeza de feto movable aunque adherido en su cara inferior externa, renitente mate á la percusión. Cuando se hacen

contraer los músculos abdominales de la enferma el tumor se inmoviliza pero no desaparece.

Era un quiste de líquido claro. La enferma ingresa el 9 de Noviembre y sale curada el 11 de Diciembre. (Hospital de Clínicas, 1897).

CARLOS A. SORIANO



Buenos Aires, Junio 16 de 1915.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Antonio C. Gandolfo, al profesor titular Dr. Avelino Gutiérrez y al profesor suplente doctor Carlos Robertson, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES

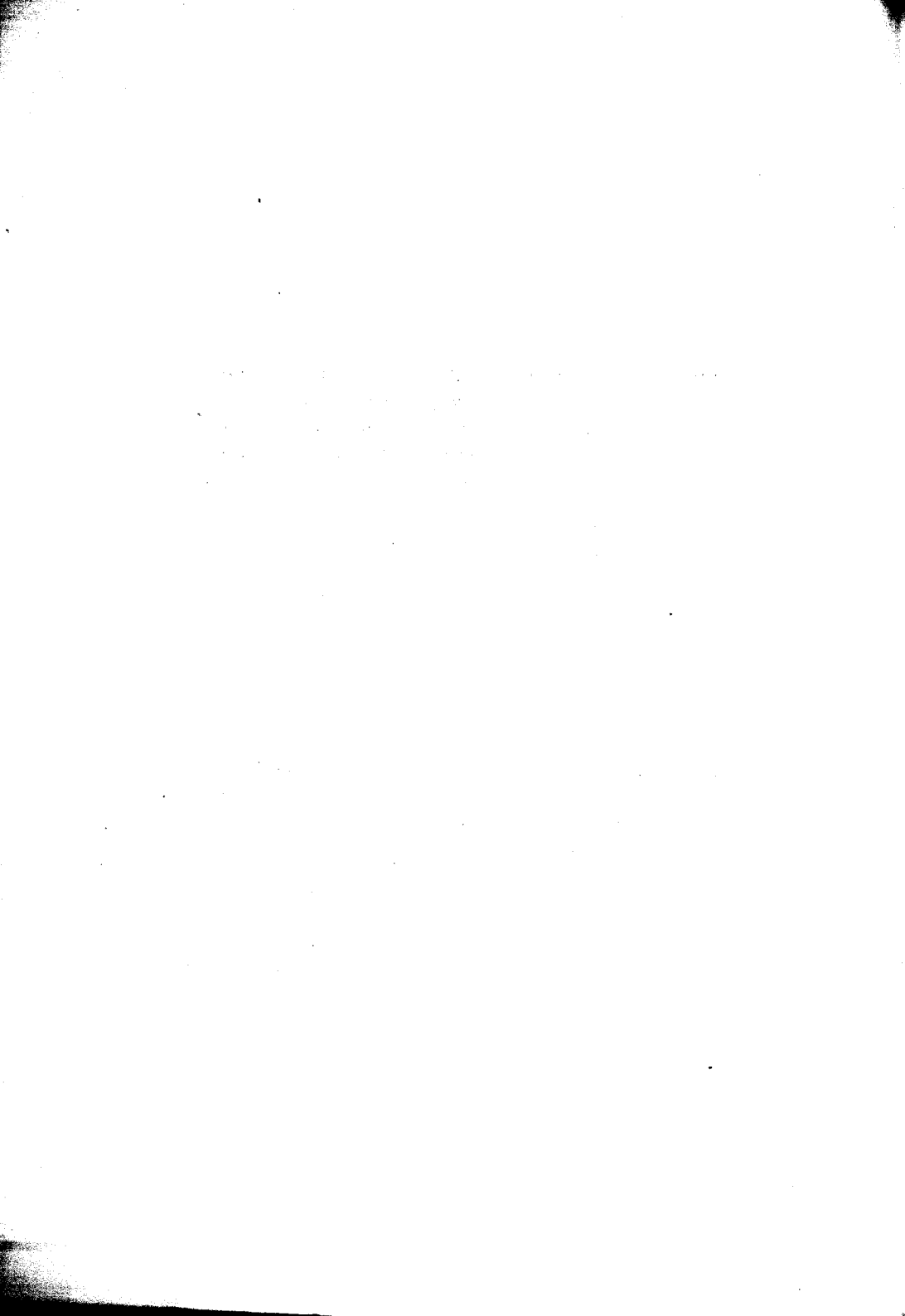
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Agosto 14 de 1915.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3044 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Injerto operatorio de los quistes.

Gandolfo.

II

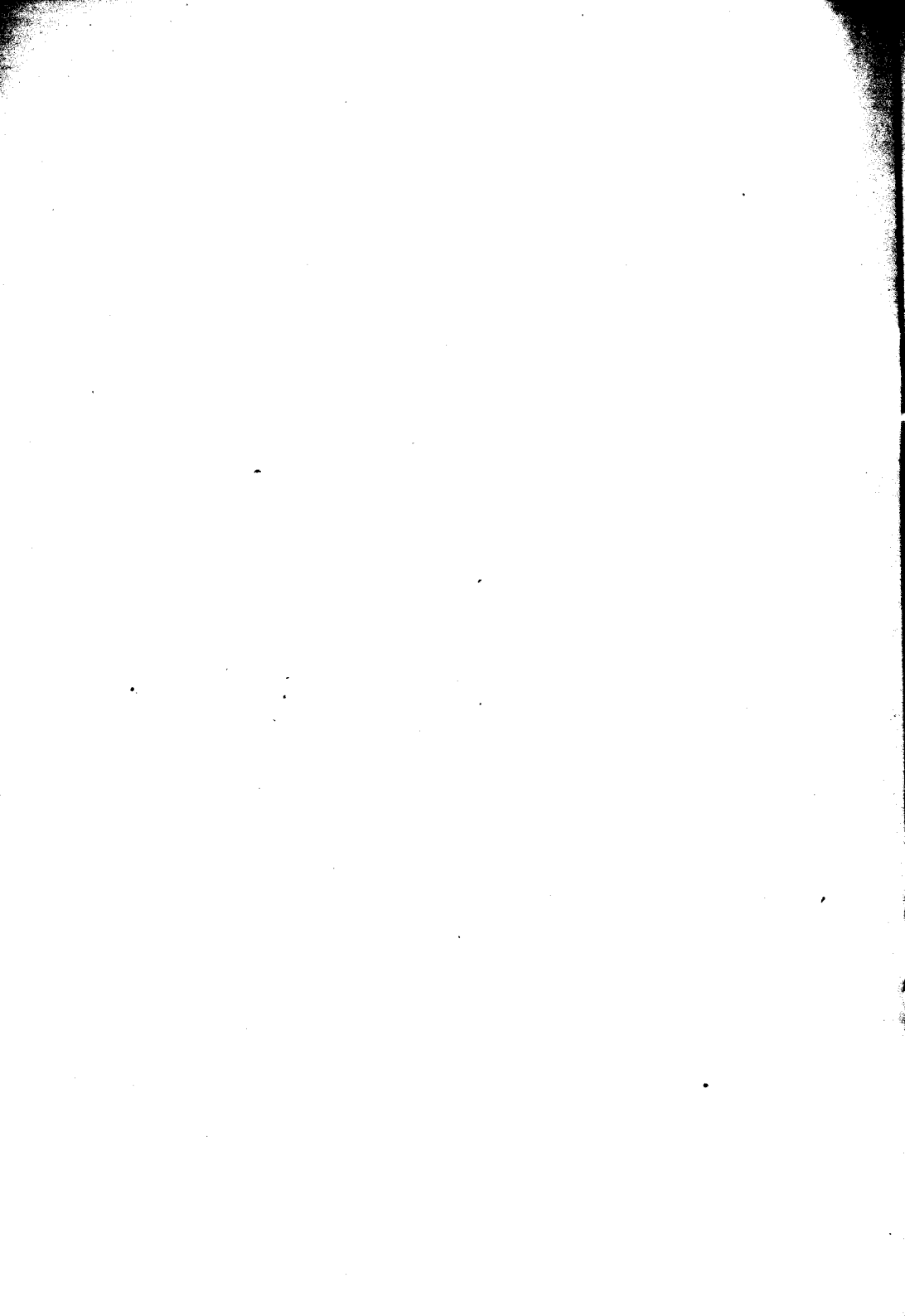
Diagnóstico diferencial entre quistes de la pared y quistes de la cavidad abdominal.

Avelino Gutiérrez.

III

Estérilización de las bolsas y contenidos en el momento operatorio.

Robertson.



BIBLIOGRAFIA

Herrera Vegas y Cranwell.—Los quistes hidatídicos en la República Argentina. 1895.

Lagos García.—Tesis.

Dévè.—Quistes hidatídicos.

Journal de Chirurgie.

Tesis de París, 1895 á 1914.

Le Dentu y P. Delbet.

Duhau.—Tesis.

Revue de Chirurgie.



