

Año 1914

NÚM. 2851

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Mrs. B. 1919

QUISTES HIDATÍDICOS DEL MESENTERIO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

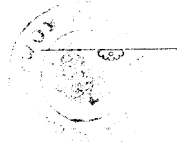
POR

S. GREGORIO BEYRNE

Ex-practicante externo del Hospital Rivadavia (por concurso de examen) (1911-12)

Ex-practicante interno del mismo Hospital (por concurso de examen) (1912-13)

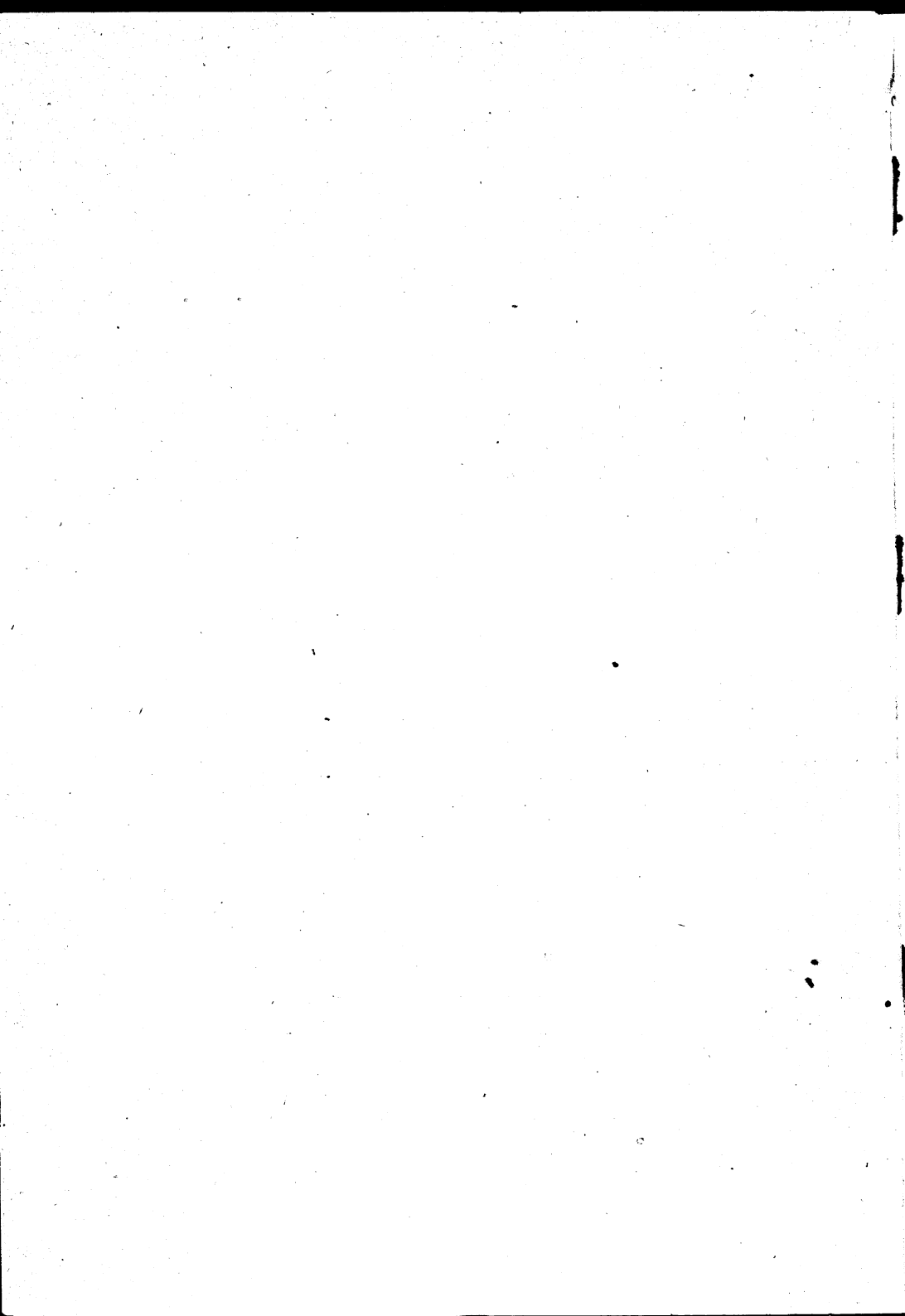
Ex-practicante Mayor (1913-14)



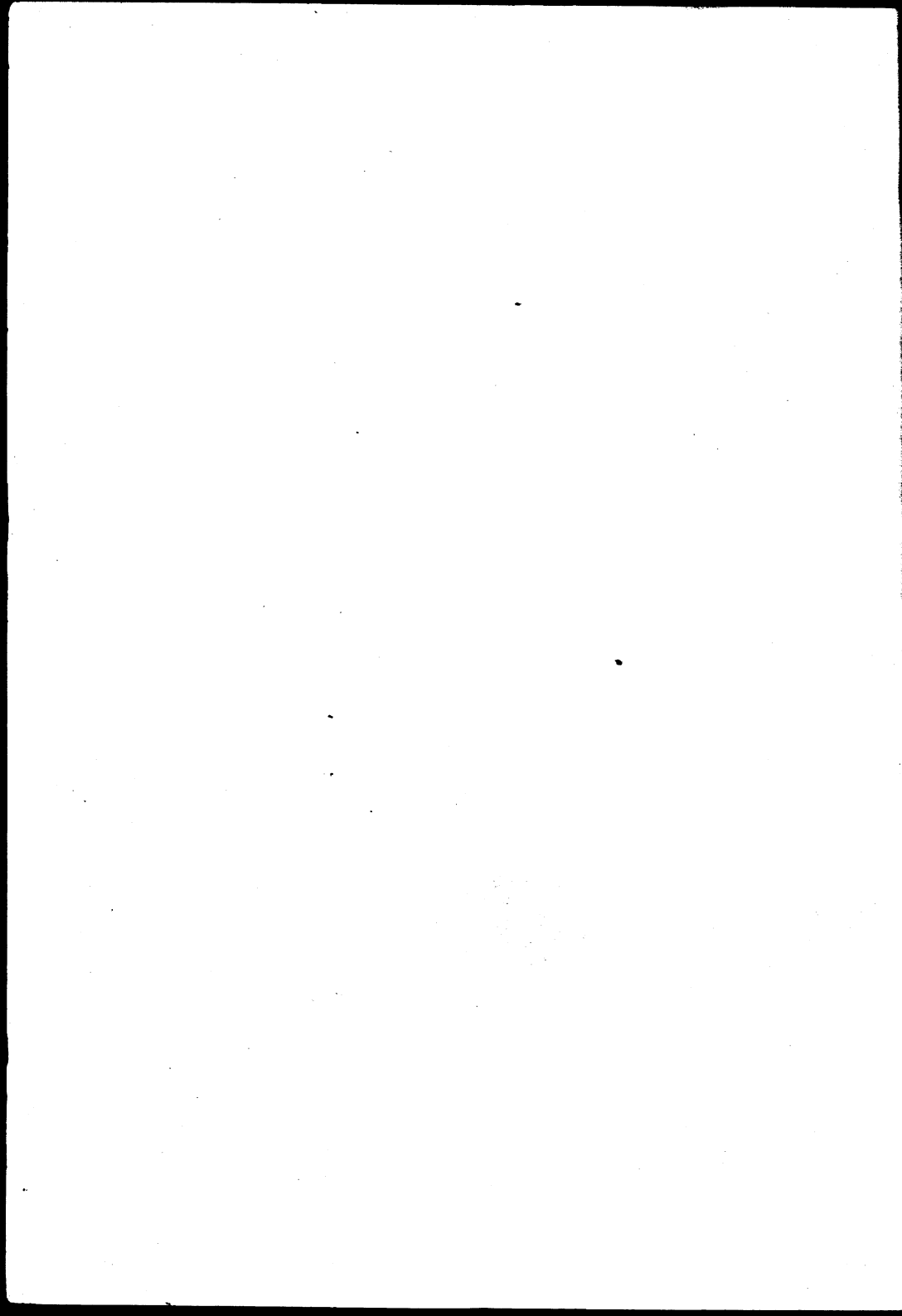
BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO GRÁFICO "RIACHUELO" — ALMIRANTE BROWN 1076

1914



QUISTES HIDATÍDICOS DEL MESENTERIO



Año 1914

NÚM. 2851

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

QUISTES HIDATÍDICOS DEL MESENTERIO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

S. GREGORIO BEYRNE

Ex-practicante externo del Hospital Rivadavia (por concurso de examen) (1911-12)

Ex-practicante interno del mismo Hospital (por concurso de examen) (1912-13)

Ex-practicante Mayor (1913-14)



BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO GRATUITO "RIACHUELO" — ALMIRANTE BROWN 1076

1914

Handwritten:
1914
1913

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

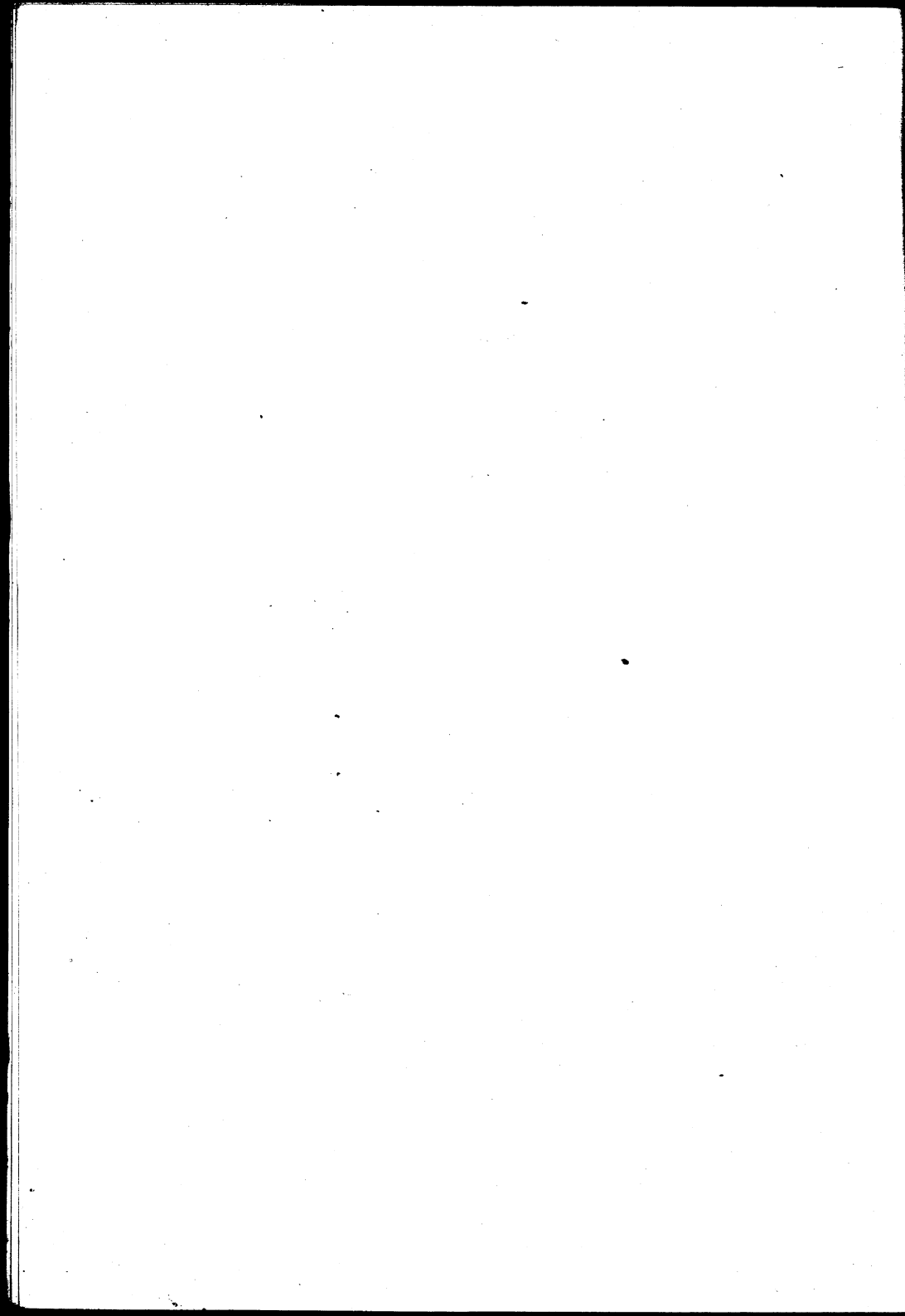
Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

" " MARCELINO HERRERA VEGAS

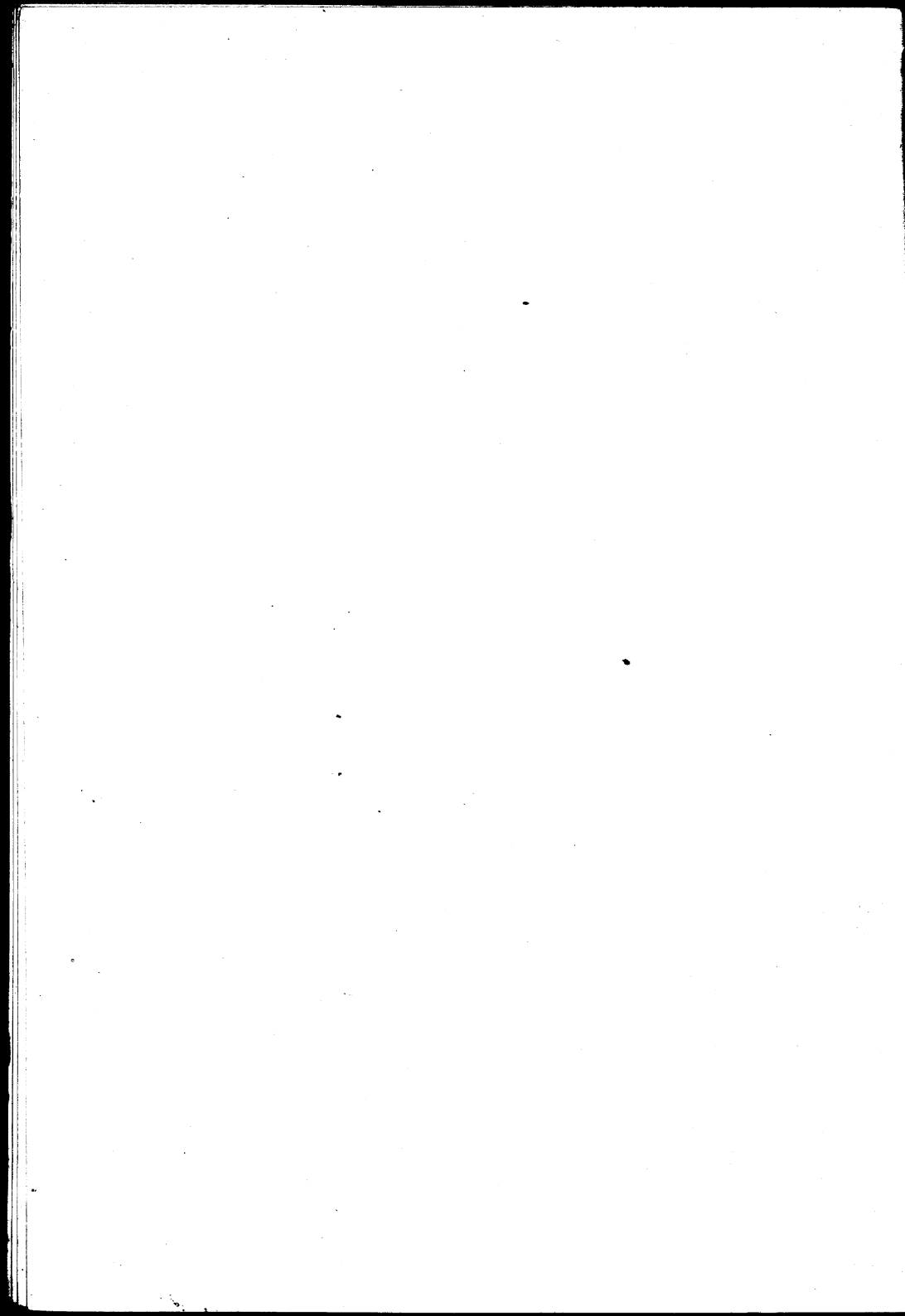


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. " " TELÉMACO 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. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

" " FRANCISCO SICARDI

" " TELÉMACO SUSINI

" " NICASIO ETCHEPAREBORRA

" " EDUARDO OBEJERO

" " LUIS GÜEMES

" " ENRIQUE BAZTERRICA

" " JUAN A. BOERI (suplente)

" " ENRIQUE ZÁRATE

" " PEDRO LACAVERA

" " ELISEO CANTÓN

" " ANGEL M. CENTENO

" " DOMINGO CABRED

" " MARCIAL V. QUIROGA

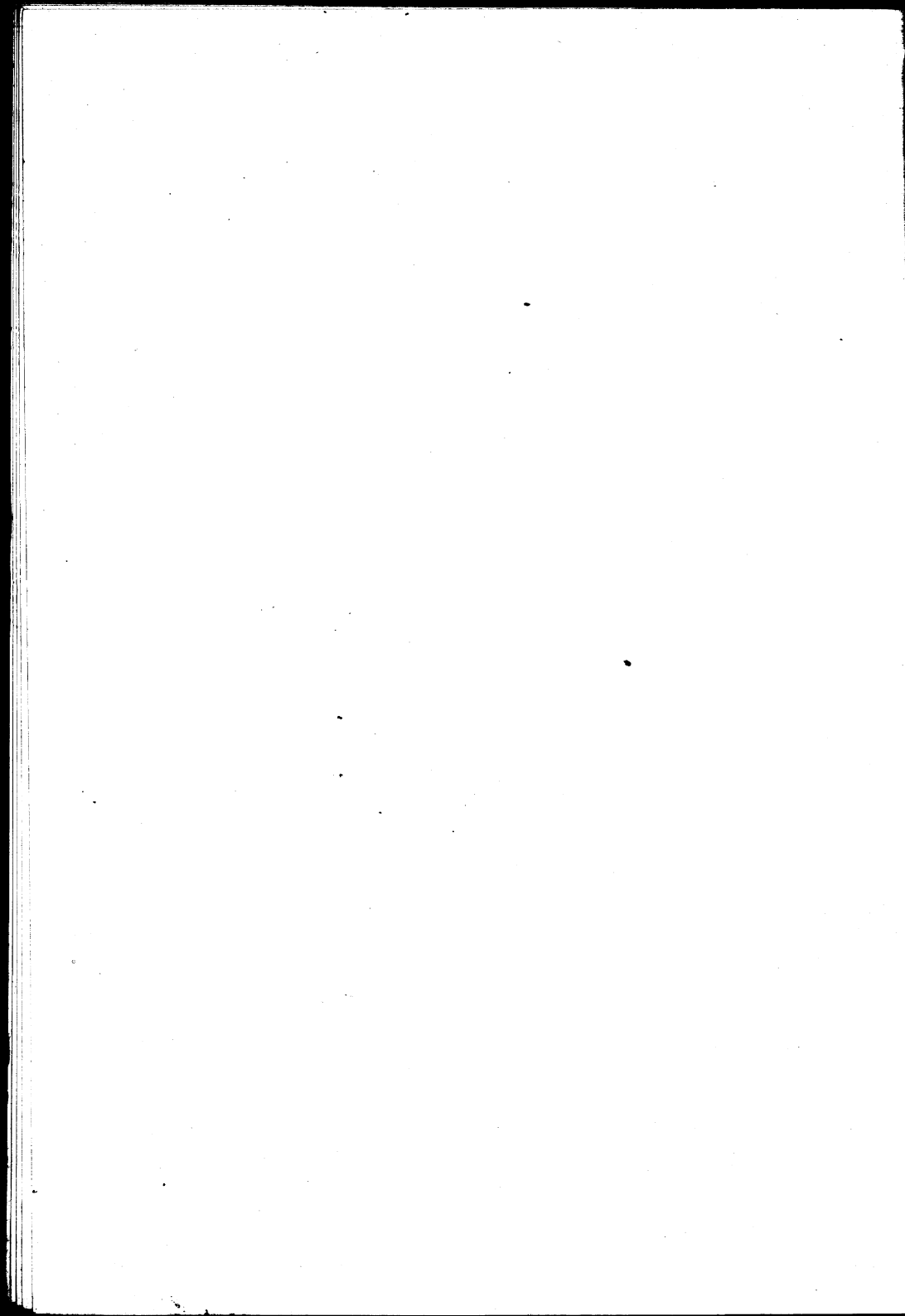
" " JOSÉ ARCE

" " ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

" " JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

„ JOSÉ T. BACA

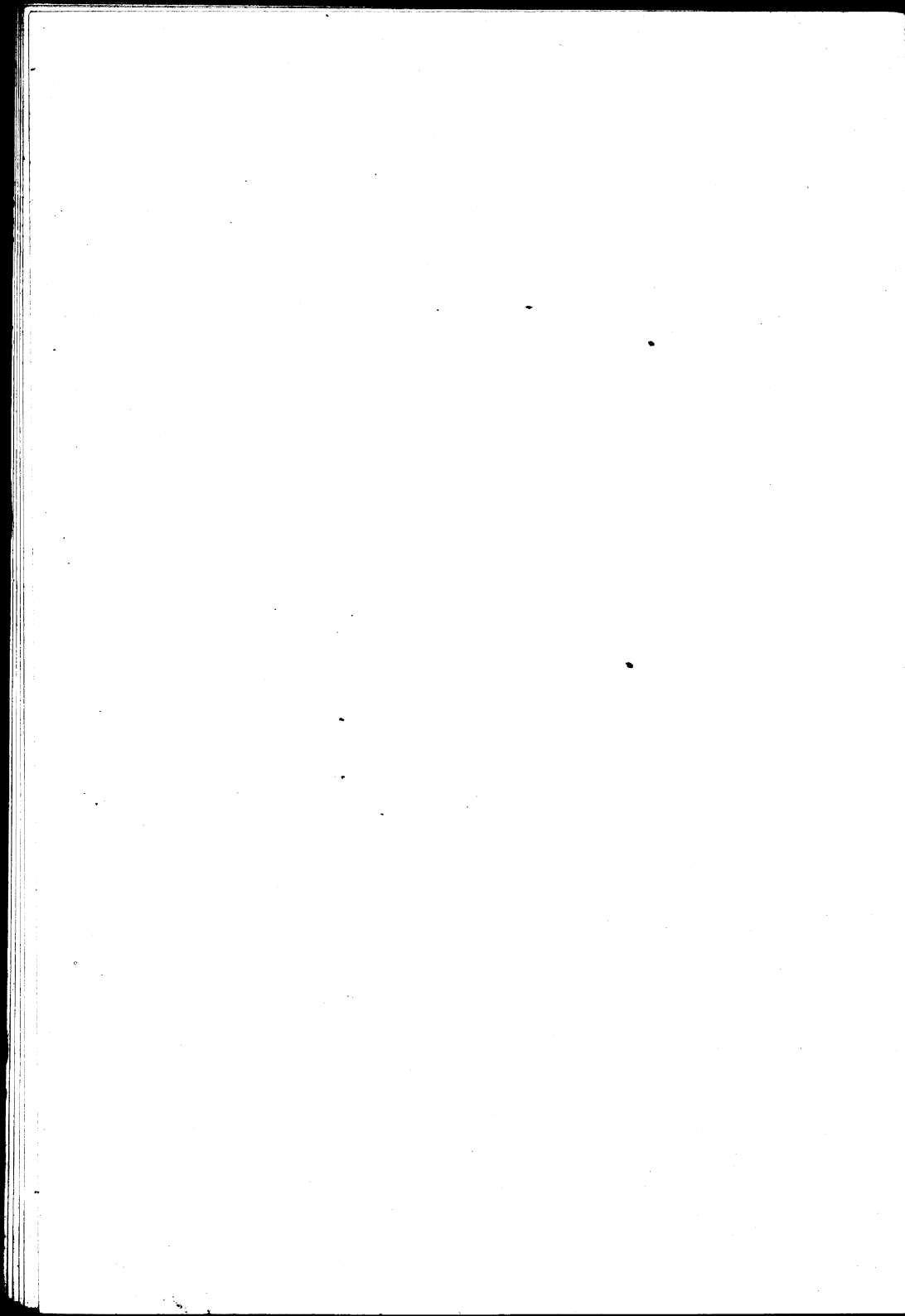
„ JUVENCIO Z. ARCE

„ PEDRO N. ARATA

„ FRANCISCO DE VEIGA

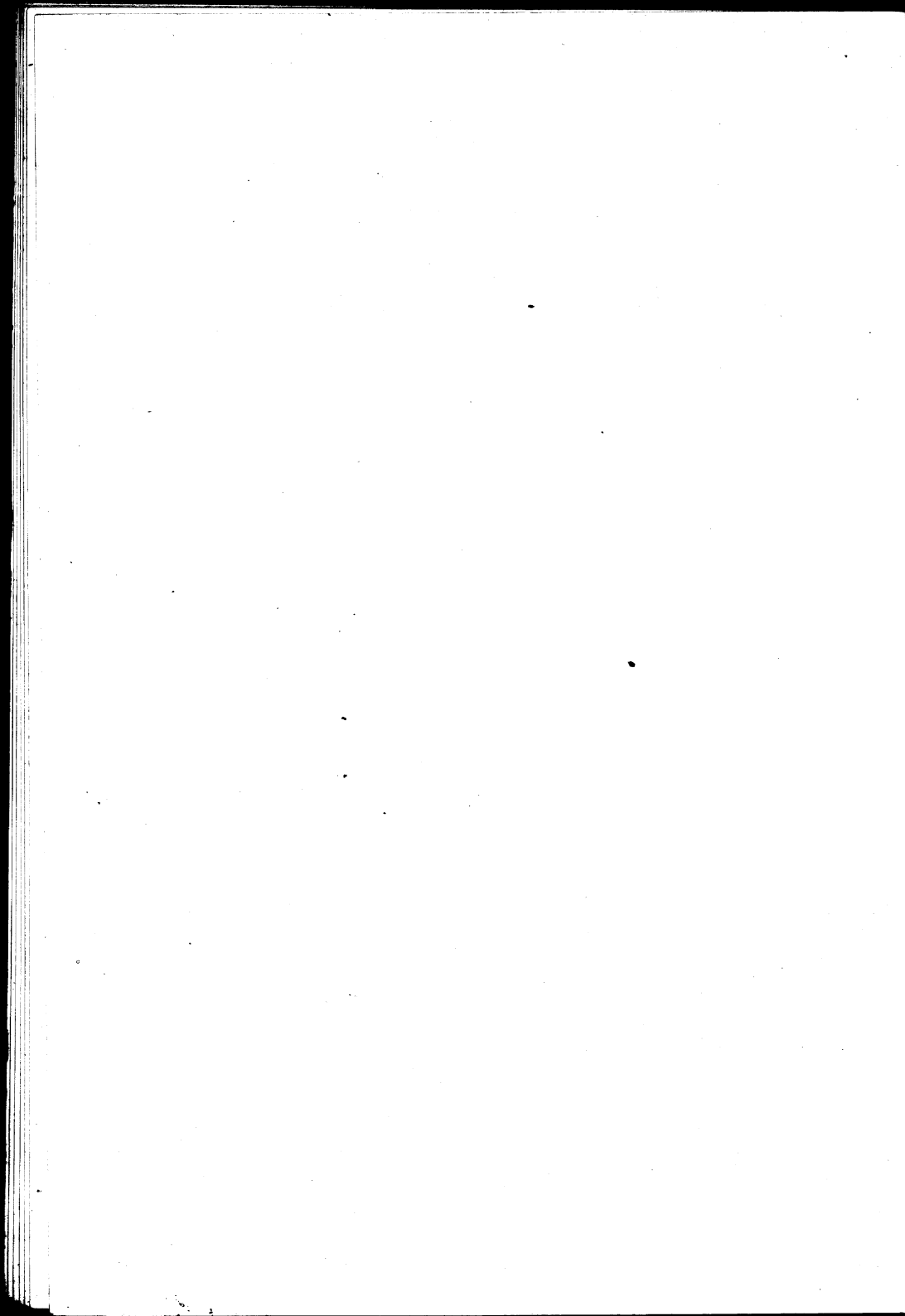
„ ELISEO CANTÓN

„ JUAN A. BOERI



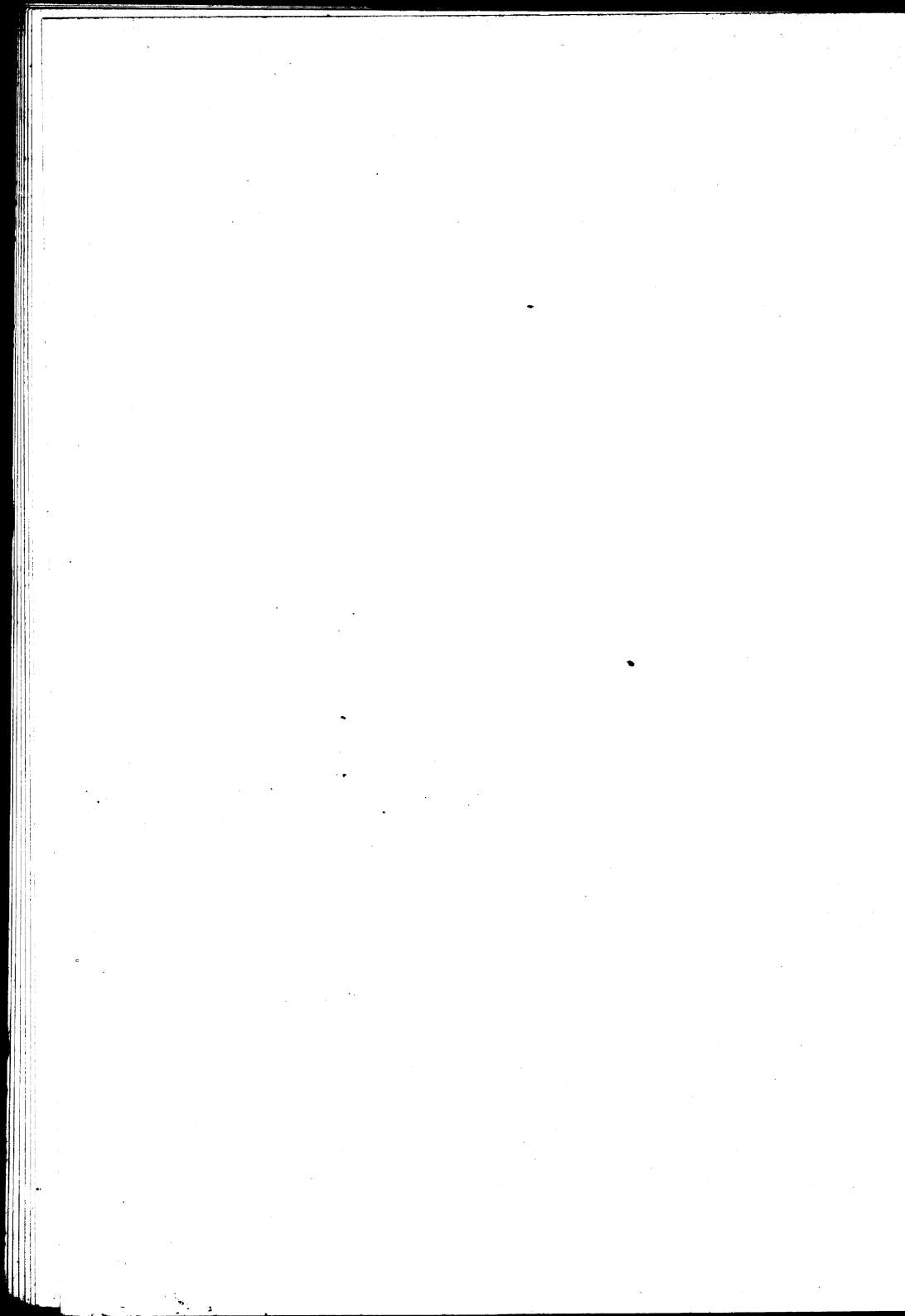
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO DURAÑONA
	„ RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	„ JOSÉ ARCE (interino)
	„ JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	„ PEDRO BELOU (interino)
Química Médica	„ ATANASIO QUIROGA
Histología	„ RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	„ ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana ...	„ HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	„ CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica	„ PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	„ RICARDO SCHATZ
	„ GREGORIO ARAOZ ALFARO
Semciología y Ejercicios clínicos .	„ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	„ AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	„ TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	„ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	„ LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	„ BALDOMERO SOMMER
„ Gónito-urinaria	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	„ JOSÉ PENNA
„ Oto-rino-laringológica ...	„ EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	„ MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica	„ PASCUAL PALMA
„ Oftalmológica	„ PEDRO LAGLEYZE
„ Quirúrgica	„ DIÓGENES DECOUD
„ Médica	„ LUIS GÜEMES
„ Médica	„ FRANCISCO A. SICARDI
„ Médica	„ IGNACIO ALLENDE
„ Médica	„ ABEL AYERZA
„ Quirúrgica	„ ANTONIO C. GANDOLFO
„ Neurológica	„ MARCELO VIÑAS
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ A. ESTEVEZ
„ Obstétrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZÁRATE
„ Pediatría	„ SAMUEL MOLINA
Medicina Legal	„ ANGEL M. CENTENO
Clínica Ginecológica	„ DOMINGO S. CAVIA
	„ ENRIQUE BAZTERRICA



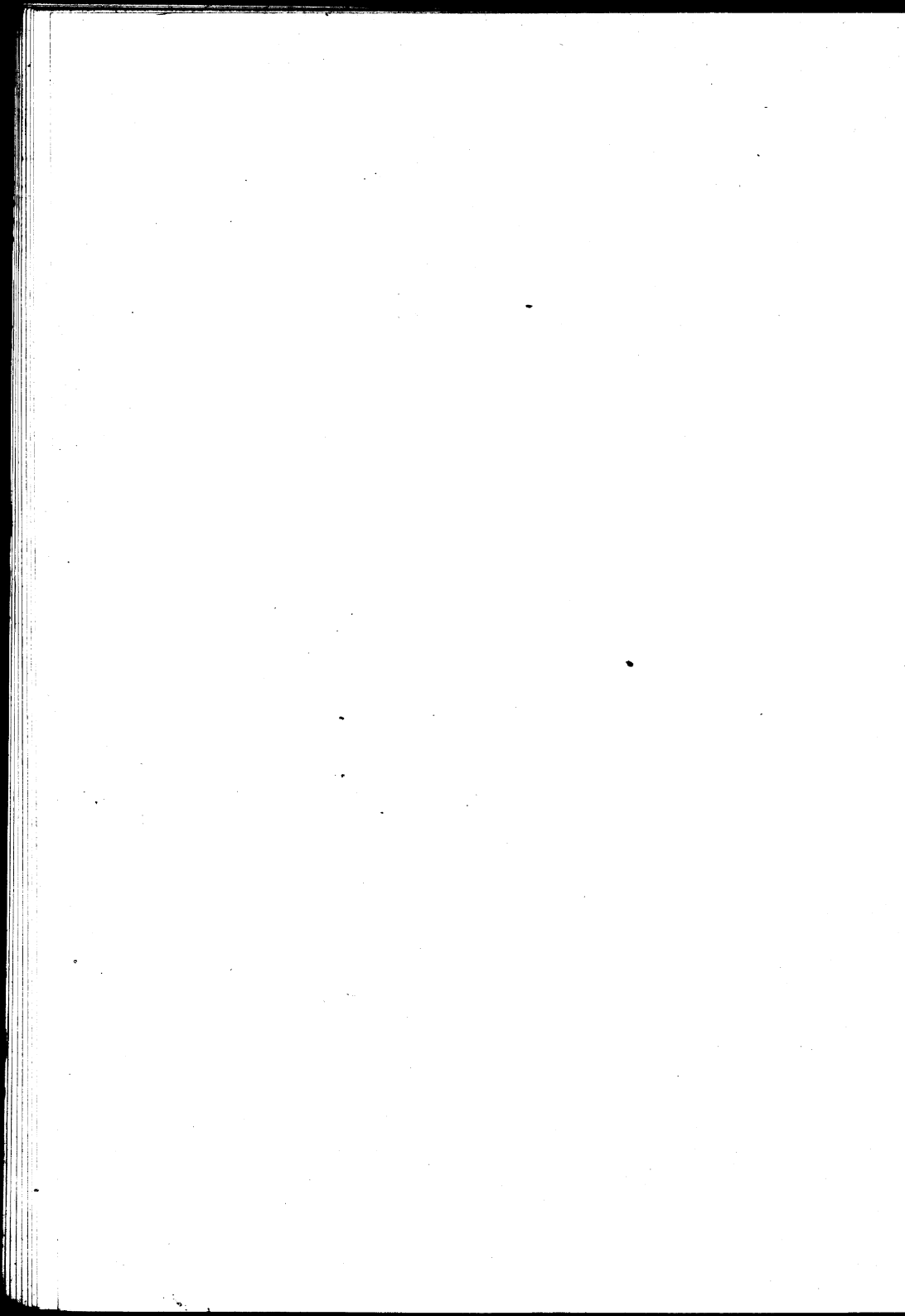
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios:
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„* ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica ...	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	„ JOSÉ R. SEMPRÚN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	„ BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	„ ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
Patología interna	„ RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva	" PEDRO BELOU (en ejere.)
Zoología médica	" GUILLERMO SEEBER
Histología	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología general y humana	" FRANK L. SOLER
Higiene Médica	" FELIPE JUSTO
Semciología	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica	" ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapia	" CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa	" JOSÉ MORENO
Clinica Dermato-Sifilográfica	" PEDRO CHUTRO
" Génito-urinaria	" CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica	" NICOLÁS V. GRECO
Patología interna	" PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica	" BERNARDINO MARAINI
" Otorino-laringológica	" JOAQUÍN NIN POSADAS
" Quirúrgica	" FERNANDO R. TORRES
" Médica	" PEDRO LABAQUI
" "	" LEONIDAS JORGE FACIO
" "	" ENRIQUE DEMARÍA
" "	" ADOLFO NOCETI
" "	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
" "	" MARCELINO HERRERA VEGAS
" "	" JOSÉ ARCE (en ejere.)
" "	" ARMANDO MAROTTA
" "	" LUIS A. TAMINI
" "	" MIGUEL SUSSINI
" "	" JOSÉ M. JORGE (H.)
" "	" LUIS AGOTE
" "	" JUAN JOSÉ VITÓN
" "	" PABLO MORSALINE
" "	" RAFAEL BULLRICH
" "	" IGNACIO IMAZ
" "	" PEDRO ESCUDERO
" "	" M. R. CASTEX
" "	" PEDRO J. GARCÍA
" "	" MANUEL A. SANTAS
" "	" MAMERTO ACUÑA
" "	" GENARO SISTO
" "	" PEDRO DE ELIZALDE
" "	" JAIME SALVADOR
" "	" TORIBIO PICCARDO
" "	" OSVALDO L. BOTTARO
" "	" ARTURO ENRIQUEZ (en ejere.)
" "	" ALBERTO PERALTA RAMOS (en ejere.)
" "	" FAUSTINO J. TRONGÉ
" "	" JUAN B. GONZÁLEZ
" "	" J. C. RISSO DOMÍNGUEZ
Medicina legal	" JOAQUÍN V. GNECCO

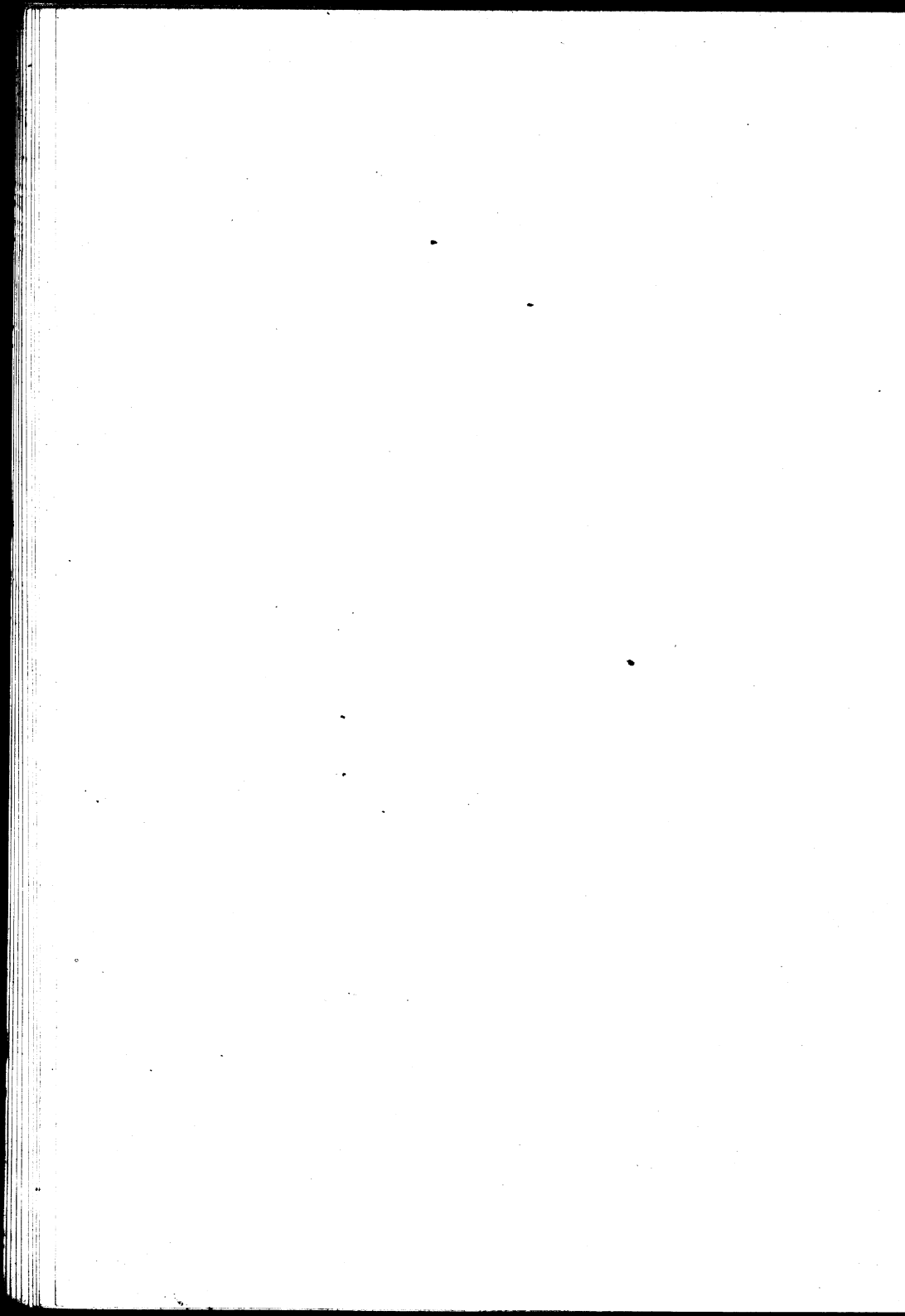


ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	„ ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	„ MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	„ FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razoadas	„ OSCAR MIALOCK (interino)
Física farmacéutica	„ JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	„ J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	„ RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Farmacognosia y posología razoadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	„ PASCUAL CORTI
	„ RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razoadas	SR. OSCAR MIALOCK (en ejere.)
Física farmacéutica	„ TOMÁS J. RUMI
Química orgánica	„ PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	„ ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

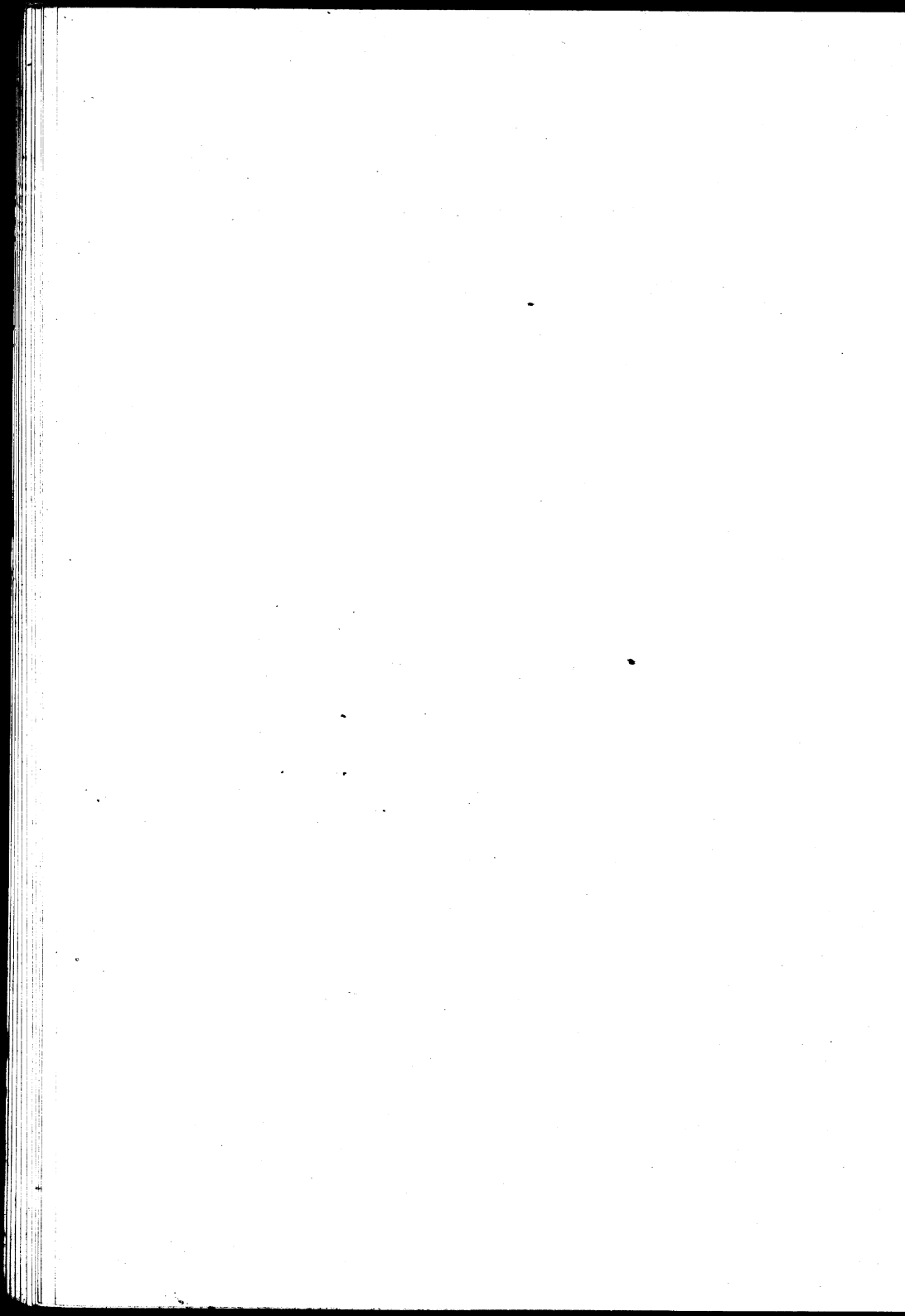
Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Partido distócico y Clínica Obstétrica	
	„ FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. UBALDO FERNÁNDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica	
	„ J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	„ LEÓN PEREYRA
3.er año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Catedrático sustituto
DR. ALEJANDRO CABANNE



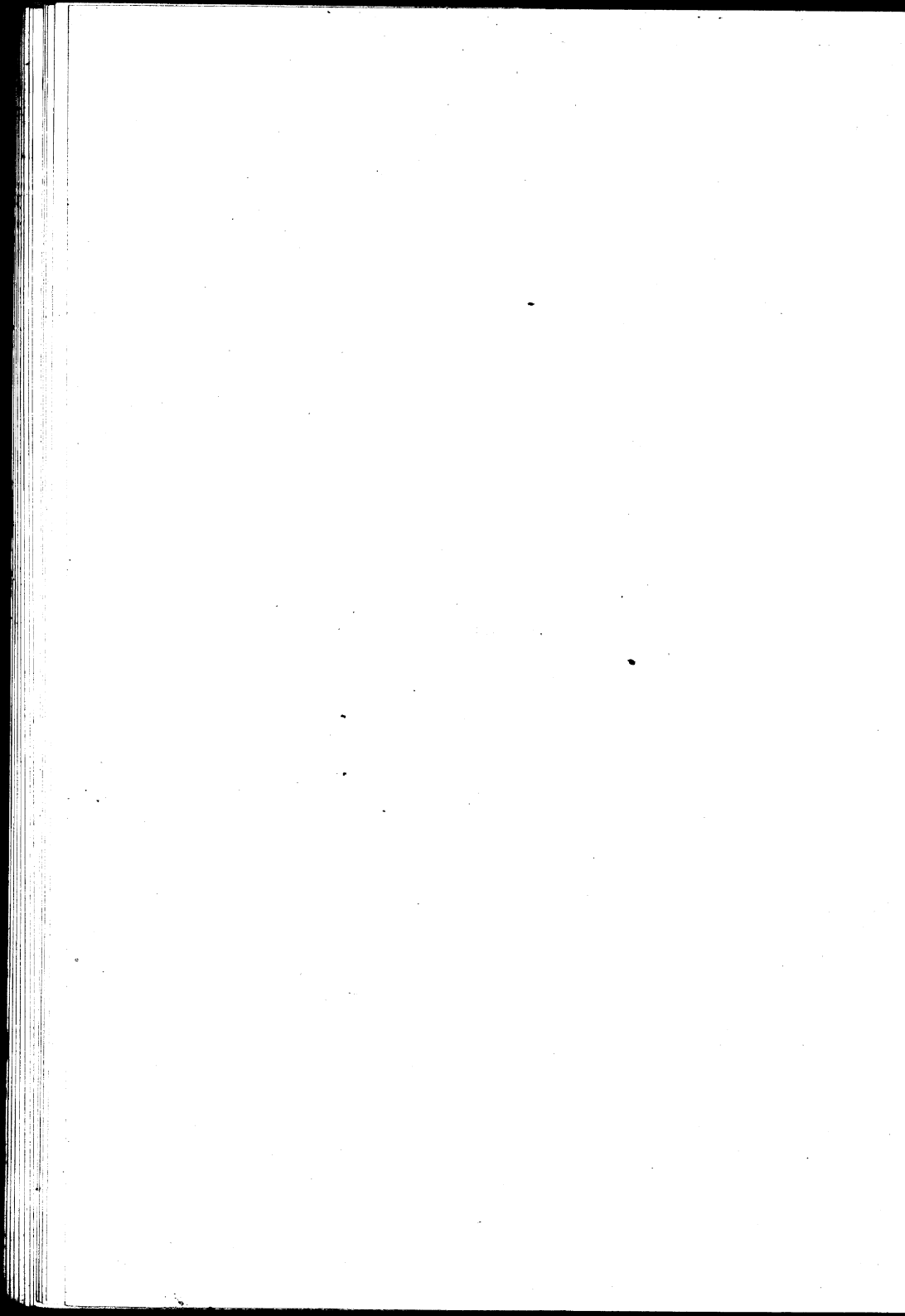
PADRINO DE TESIS:

Dr. Eduardo F. Deláustegui



A MIS PADRES

A LOS MIOS



A MIS MAESTROS DEL HOSPITAL

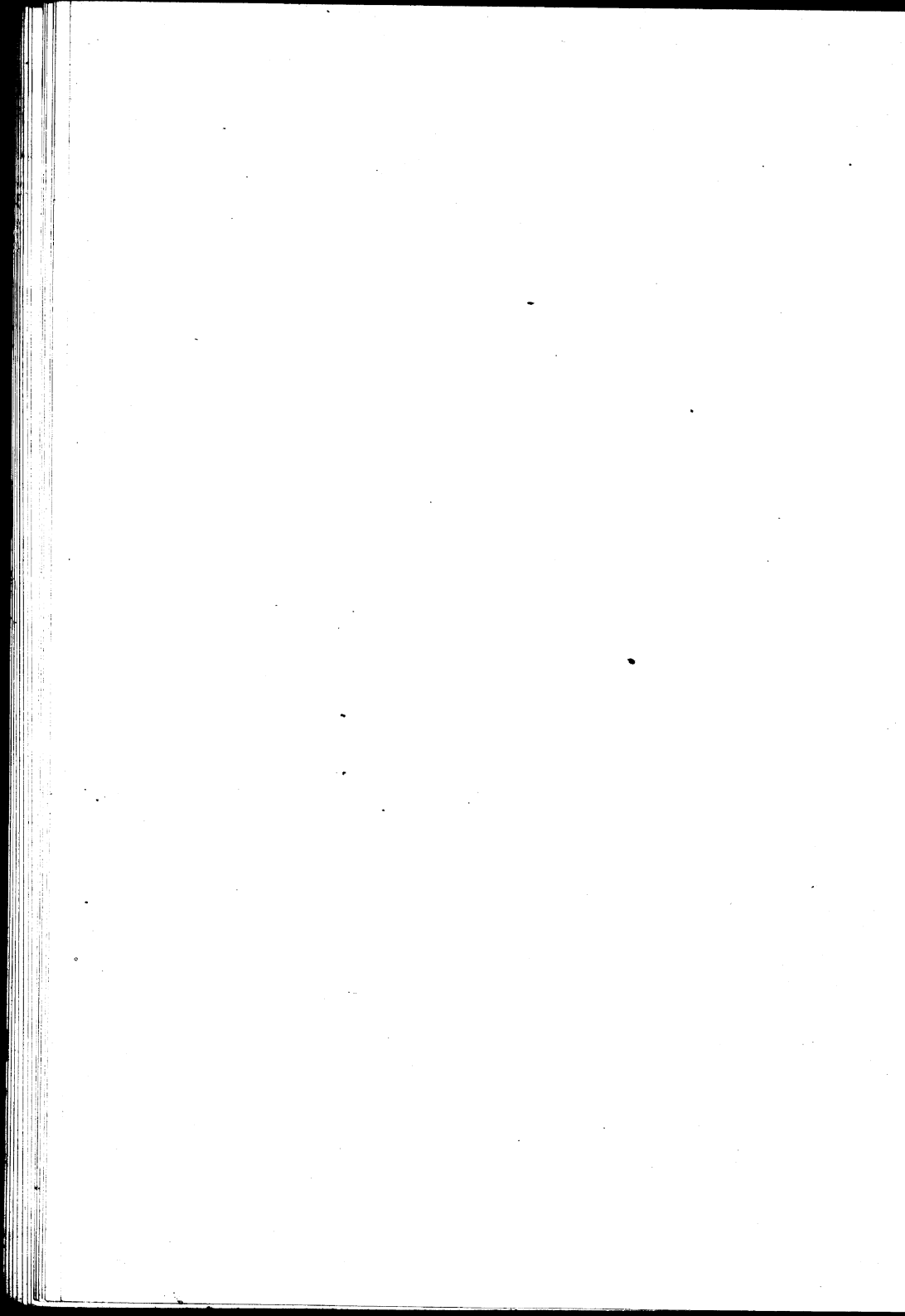
Doctores: FRANCISCO DE LA VEGA

ISIDORO IRIARTE

ANTONIO LUZURIAGA

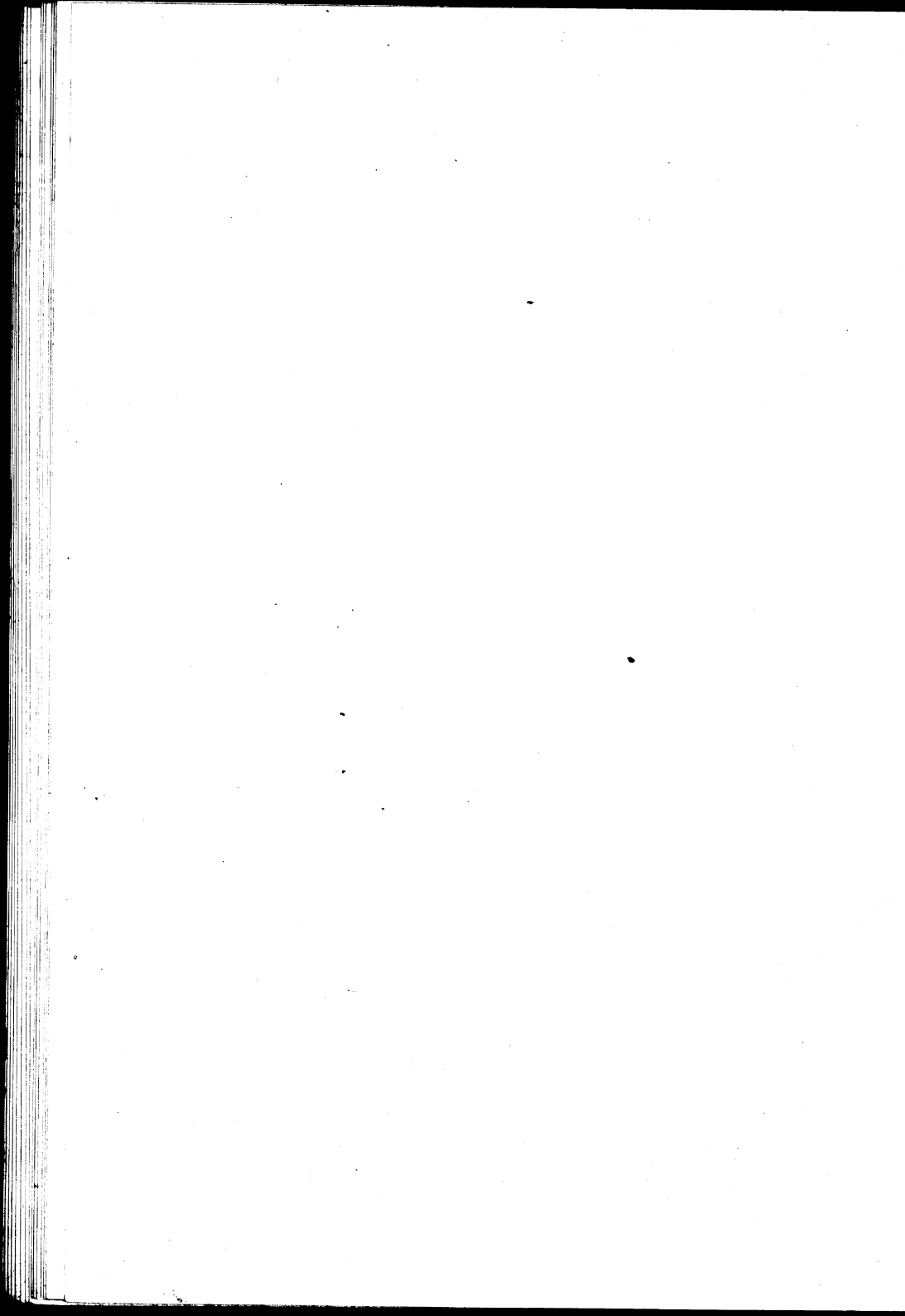
ARNALDO CAVIGLIA

CARLOS COLLS.



A MI EX-COMPAÑERO DE INTERNADO Y DE ESTUDIOS

Doctor JULIO DE LA VEGA VALLEJO



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Ha sido la circunstancia de haber tenido ocasión de observar personalmente dos casos de quistes hidáticos primitivos del mesenterio, como localización única de los equinococos, afección rara e incompletamente estudiada en la mayoría de los tratados, la que ha sugerido el tema del presente trabajo.

Dado que nuestro país posee el triste privilegio de figurar a la cabeza de los "países hidáticos", he creído de interés compilar el modesto fruto de mis observaciones, sin por ello pretender echar nuevas luces sobre el asunto. Más que colmados se verían mis deseos, si una sola de sus páginas pudiera ser de utilidad para alguien.

Cumplo al presentarlo a vuestra elevada consideración, con la última disposición reglamentaria a que me obliga la Facultad, y busco con él la sanción de mis más caras aspiraciones, nacidas al calor de los largos años de lucha de mi vida de estudiante.

Mi gratitud más sincera a los Profesores de la Escuela, que se han esforzado en inculcarme sus sabias lecciones.

Al Hospital Rivadavia, en el que se han forjado mis conocimientos prácticos y a su cuerpo médico, modelo de consagración y estudio, mi reconocimiento.

A mi distinguido maestro, doctor Eduardo F. Beláustegui, espíritu selecto bajo cuya benévola sombra he delineado para siempre mis horizontes, y que obliga ahora—una vez más—honrándome de una manera que me enaltece, mis más expresivos sentimientos de admiración y gratitud.

A la memoria del malogrado doctor Manuel Brea — mi primer maestro — injustamente arrebatado de la vida, cuando por su preparación, su gentileza y su caballerosidad sin límites, debió triunfar en ella como bueno, . . . llegue hasta él el humilde homenaje de mi recuerdo.

A mis compañeros del Hospital, mi invariable afecto.

QUISTES HIDATÍDICOS DEL MESENTERIO

Historia

Bajo el nombre de quistes del mesenterio en general, se han agrupado y descripto producciones muy diversas, no habiéndose llegado en la actualidad a establecerse de un modo exacto lo que se debe de comprender bajo esta denominación.

No solamente se ha aplicado el nombre de quiste del mesenterio, a las producciones quísticas ubicadas entre las dos hojas del mesenterio del intestino delgado, sino que se ha hecho este nombre extensivo a las situadas en otras porciones peritoneales, tales como los diversos mesos, etc.

A fin de evitar que la expresión quistes del mesenterio fuera abusiva, y especificar la ubicuidad de la afección, se han sugerido diversas ideas. Cúneo, propuso usar la expresión de quistes para-peritoneales. Bauer, dividía en dos clases: quistes retro-peritoneales y quistes del mesenterio propiamente dicho.

Ahora bien; esto no tiene sino un valor topográ-

fico y algún interés terapéutico, puesto que la etiología de los quistes no varía con el sitio.

En cuanto a la clasificación de los quistes según su contenido o según su naturaleza, ella ha sufrido grandes variaciones. Una de las primeras fué hecha por Hahn, en 1887, quien los dividía en quistes hemorrágicos, quistes quilosos y quistes hidáticos. Parece que en aquella época no se había tenido ocasión de observar aun el quiste dermoide de mesenterio. En 1892, Braquehay modificó la clasificación de Hahn, ampliándola. Reunió los quistes quilosos y los serosos en una categoría que denominó de quistes linfáticos. Hizo una categoría especial de los quistes dermoides, y además incluyó entre los quistes del mesenterio a los provenientes de los órganos vecinos, como el páncreas. Aparte de esto, el mismo autor resumió la historia de los quistes del mesenterio en tres períodos, división que puede aún ser aceptada actualmente y es: 1.º Período de hallazgo de autopsias, que se extiende hasta el año 1850. 2.º Período quirúrgico por error de diagnóstico, de 1850 a 1880 y 3.º Período quirúrgico, en el cual Pean y Werth presentan casos diagnosticados y operados con éxito.

En 1894, la cuestión se modificó con la publicación de Studgaard, referente a un gran quiste del mesenterio, intervenido con resultados positivos. Este caso parece ser el primero de la serie de los quistes intestinales. A éste siguieron bien pronto los trabajos de Pa-

jentescher, Eve, Muller, Quensel, y más recientemente, en 1906, el de Colmers. Entre tanto, se iba estudiando la cuestión y formándose de este modo una teoría nueva, aplicable a ciertos quistes del mesenterio, Dowd en 1900, emitía su idea acerca del origen embrionario de los que llamaba quistes congénitos. Según él, diversos restos embrionarios incluídos en las hojas mesentéricas, podían proliferar más o menos tardíamente. Confirmando la teoría de Dowd, Niosi describió un caso de quiste, cuyo origen atribuyó a restos de los cuerpos de Wolf, que habían emigrado al mesocolon transverso.

Posteriormente la clase de los quistes dermoideos aumentó sensiblemente merced a numerosas observaciones, entre ellas, las de Launay y Kirmisson. Y, por último, los quistes quilosos han sido muy bien estudiados por Porter.

Por lo expuesto se deduce, que en la actualidad existe cierto número de categorías de quistes de mesenterio, bien delimitadas.

Numerosas han sido las clasificaciones propuestas, de las que sólo nombraremos algunas de las más importantes. Werth consideraba como quistes del mesenterio, sólo aquéllos cuyo desarrollo se hacía entre las dos hojas de esta víscera, sin tener en cuenta absolutamente su origen, ya fuera éste congénito, traumático o inflamatorio.

Delmez (1891)	{	Quiste congénito	
		„ adquirido	
Braquehaye (1892)	{	Quiste vascular	sanguíneo
			linfático
		Quiste parasitario (hidático)	
		„ congénito (dermoideo)	
		„ proveniente de los órganos vecinos	
Dowd (1900)	{	Quiste embrionario o congénito (originado de la inclusión y desarrollo ulterior entre las dos hojas mesentéricas de residuos embrionarios).	
		Quiste hidatídico	
		„ neoplástico maligno	
Proust y Monod (1912)	{	Quistes que provienen de restos epiteliales embrionarios . . .	Origen intestinal
			„ cuerpos de Wolff dermoides
		Quistes serosos	quilosos
			linfáticos

He tratado, en resumen, la historia de los quistes del mesenterio en general, por cuanto la sintomatología y tratamiento de cada variedad etiológica es análoga.

Los quistes *hidatídicos* del mesenterio, tema del presente trabajo, han sido estudiados por Masqueray (Thèse de Paris, 1895), Séraud (Archives més, et pharm. militaire, 1899) y por Galozzi (Gaz. di osped. Milán 1906).

ETIOLOGÍA y PATOGENIA

Constituyendo los del mesenterio, una localización especial de los quistes hidatídicos, reconocen, como es natural suponer, la misma causa general productora de todos ellos: la *tenia equinococo*. Este verme sólo vive en el hombre en estado de larva; en estado adulto, vive en el perro. Estudiaré solamente la equinococosis que provoca en el hombre, designada en patología con el nombre de *quiste hidatídico*. El equinococo se encuentra espontáneamente en un gran número de animales, y con predilección en el perro. Los huevos ingeridos por un huésped intermediario, son digeridos en parte por el estómago, quedando en esta forma libres los embriones hexacantos, los cuales atraviesan las paredes del estómago o del intestino delgado. Una vez llegados allí dos vías se les presentan: la vía venosa y la linfática. Probablemente tomen ambas vías, como lo ha demostrado Devé, encontrando quistes hidatídicos primitivos de los ganglios mediastínicos del carnero; y si estos quistes de los ganglios linfáticos no son tan frecuentes, el hecho se debe seguramente a que el medio que les ofrecen a las larvas, no sean tan favorables.

Según Herrera Vegas y Cranwell, la migración directa no puede admitirse sino como excepción, pues de otra manera sería difícil explicarse la predilección de los equinococos por el hígado; y no es posible tampoco, concebir un embrión con fuerzas suficientes para llegar a órganos tan alejados como el cerebro o los huesos. Los mismos autores opinan que si la vía linfática fuera la preferida por el embrión, encontraríamos que los quistes pulmonares serían los más frecuentes (por vía canal torácico al corazón derecho), cosa que no está de acuerdo con la estadística, y admiten que la teoría de la migración por vía sanguínea, es la que está más en consonancia con lo que se observa en la práctica, sin por esto excluir la teoría de la migración directa o activa, como en los casos de quistes múltiples de la cavidad abdominal, aplicables, por lo tanto, a los *quistes hidatídicos del mesenterio*.

Muchos embriones hexacantos, son transportados por el sistema porta al hígado, órgano éste que constituye para ellos un medio evolutivo excelente. Siendo su anchura de veinte a veinticinco micrones y pudiendo aun estirarse, se afirma que pueden pasar por donde pasa un glóbulo rojo, y es así, como por diversos caminos, pueden situarse en cualquier punto de la economía.

Pasando por alto la evolución de la larva, mencionaré que existen dos clases de equinococosis: la pri-

mitiva y la secundaria. Es aquélla, la que interesa el tema del presente trabajo.

La larva de la tenia equinococo, provoca en los tejidos en los cuales se sitúa una reacción inflamatoria mal limitada, que se designa con el nombre de *membrana adventicia*. En realidad, esta reacción no constituye una membrana, puesto que no se la puede desprender de los tejidos con los cuales forma cuerpo.

Se designa con el nombre de *quiste hidatídico*, al conjunto formado por la reacción (membrana) y su contenido, entre el que está el parásito.

Los huevos de tenia proceden generalmente del perro, siendo numerosos los medios que pueden influir para que el hombre los ingiera: promiscuidad con perros que los transporten en su hocico o lengua, etc., o, lo que es más común, según opinión de Herrera Vegas y Cranwell, por intermedio de los alimentos vegetales y el agua de bebida contaminados.

Se han encontrado quistes hidatídicos en todas las épocas de la vida y hasta puede infectarse el feto, por el paso de embriones a través de la placenta, como en los casos observados por Heilfelder y Cruveillher. En los niños menores de diez años, sólo se le encuentra en la proporción de cinco por cien, según Neisser. En los ancianos, igualmente la infección es rara. En cuanto al sexo, parece no tener mayor influencia, por cuanto si bien es cierto que se observan mayor número de casos en la mujer, esto podría explicarse con Finsen,

por cuanto “la vida casera de la mujer, la pone más en contacto con el perro, que es la gran fuente de contagio”. Respecto a la profesión que ejercen los individuos, si se observan más casos en sujetos que se ocupan de tal o cual trabajo (v. gr., carniceros, pastores, etc.), es necesario buscar la explicación en el mayor contacto de estas personas con los perros parasitados.

La localización de los quistes hidatídicos en el organismo se hace con mayor frecuencia en el hígado: 69 por 100, según estadística del Madelung; 66,43 por 100, según Peiper; 50 por 100, según Neisser y 644 en 970 por la de los doctores Herrera Vegas y Cranwell observados en la República Argentina. Le siguen en orden decreciente los pulmones, cerebro, piel y músculos, etc.

Los quistes hidatídicos del mesenterio son de los más raros; en efecto, en las estadísticas europeas están incluídos con los quistes del peritoneo y epiploon, y aun así apenas llegan a un 0,20 por 100 de los casos. En la de los doctores Herrera Vegas y Cranwell, figuran 10 casos (de mesenterio), en las 970 observaciones; de éstos, 5 pertenecían al Hospital de Clínicas, 3 al Hospital del Rosario y 2 al Hospital Rivadavia, todos ellos registrados hasta 1898. Este último Hospital, de mujeres exclusivamente, ha sido el que ha presentado más observaciones posteriormente.

Desde 1899, su estadística ha sido:

1899	1 caso
1902	1 "
1904	3 casos
1905	2 "
1907	2 "
1909	1 "
1913	1 "
1914	1 "

En total, 12 casos en el espacio de 15 años. En los demás hospitales, las observaciones han sido, como he mencionado, más escasas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Puede afirmarse que los quistes hidatídicos del mesenterio son en general únicos y uniloculares. Existen, sin embargo, observaciones de algunos casos, en los cuales se trataba de quistes múltiples (Deaver, Clutton).

Su volumen es muy variable: desde el tamaño de una nuez o una mandarina, hasta el de una cabeza de feto y aun de adulto, como en el caso de mi observación personal, y aun mayores, siendo los quistes grandes menos frecuentes que los pequeños.

La forma del tumor es, en general, ovoídea, con su eje mayor en sentido ántero posterior y recubierta cada una de sus caras por las dos hojas del mesenterio.

Por su parte interna o profunda se encuentra en relación íntima con el origen de los vasos mesentéricos, cuyas ramas van luego desparramándose por la superficie del quiste, alcanzando en ocasiones un volumen enorme, como en el caso descrito por Delagenière, en el cual existía por delante del tumor y sobre él, una vena del calibre del dedo pulgar.

Las relaciones del quiste con el intestino son muy variables. En algunos casos se ha equiparado la situación del intestino respecto al tumor, a la del epidídimo respecto al testículo. Generalmente se sitúan a nivel de la última porción del íleon, es decir, cerca del ciego, y son juxtaintestinales.

En cuanto al examen directo y microscópico del tumor, lo único que presenta de interesante es la semejanza de su pared con la pared del intestino, habiéndose llegado a observar en algunos casos fibras musculares lisas en una o varias capas. Por lo demás, presentan la estructura clásica de los quistes hidatídicos. El desarrollo del tumor se hace por separamiento progresivo de las dos hojas mesentéricas.

SINTOMATOLOGIA

Los datos que suministra el mesenterio al examen y diagnóstico de sus tumores, encuentran su explicación, en su posición y relaciones anatómicas. Constituido por un repliegue del peritoneo, fijo por detrás en la pared posterior del abdomen y compuesto por dos hojas, derecha e izquierda, que, avanzando libres, encierran en su espesor a todo el sistema vascular y nervioso del intestino delgado: arterias mesentéricas, venas mesentéricas, quilíferos, ganglios, y en fin, sus plexos nerviosos, nadando todo ello en un tejido célulo-grasoso más o menos abundante. El mesenterio es así el pedículo y el hilio del intestino delgado, sirviendo a la vez para sostener y nutrir.

Por lo tanto, se puede deducir que sus alteraciones deben traducirse por trastornos intestinales y que sus tumores ocupan la línea mediana, puesto que aquél la ocupa y que son movibles en todo sentido y por último que rechazando el intestino delante de sí, nos den sonido timpánico a la percusión. (Esto típicamente en

los tumores pequeños), (véase Anatomía Patológica, relación con los intestinos).

Dividiré el estudio de los síntomas en físicos y funcionales.

Síntomas funcionales

El quiste del mesenterio pasa desapercibido durante un período más o menos largo, difícil de precisar. Es en ocasión de un examen médico o de un traumatismo o por alguna complicación (como obstrucción intestinal, cólicos, vómitos), que se le observa por primera vez; así como en otros casos de desarrollo silencioso, ha sido el aumento de volumen del vientre el que ha llamado la atención del enfermo. La forma dolorosa parece ser más frecuente que la insidiosa. En un primer período, los enfermos se quejan de dolores vagos, profundos, situados en la parte media del abdomen. Se notan a veces verdaderas crisis dolorosas exacerbadas al menor movimiento. Se ha observado en algunos enfermos diarrea en este período y en otros constipación, no explicable por acción mecánica de compresión, sino por acción refleja. En su período de estado, los trastornos digestivos persisten o más bien se exageran. Se nota anorexia, vómitos y trastornos menstruales en algunos enfermos (1).

(1). Braquehay explicaba estos trastornos menstruales por anemia de los órganos pelvianos, producida por la compresión de la aorta por el tumor.

Es a esta altura de su desarrollo que el quiste mesentérico traduce su presencia y se da a conocer por signos físicos.

Cuando el tumor es ya clínicamente perceptible, el estado general del enfermo se altera, hay adelgazamiento, y si no interviniese el tratamiento salvador, podría caer en un verdadero estado caquéctico, sin contar que alguna grave complicación intercurrente, podría cortar de un modo brusco el curso de la afección.

Síntomas físicos .

Inspección. — Cuando el tumor es suficientemente grande para llegar en contacto con la pared abdominal y rechazarla, distendiéndola, puede ser observado a la simple inspección del abdomen. Se constata entonces un abultamiento situado en la línea mediana, en la vecindad de la región umbilical más o menos voluminosa, según los casos (ventre en obusier).

Palpación. — Se encuentra un tumor de consistencia elástica, en la mayoría de los casos mediano, de forma y volumen variable, de superficie lisa, de consistencia renitente, a veces fluctuante.

La movilidad es siempre considerable (1), sobre

(1) La movilidad de los tumores de mesenterio, según Kirmison y Tuffier (Soc. de Chir., 1912), depende de su punto de origen; los de la parte media serían muy movibles, mientras los que nacen al nivel del origen o de su terminación, no tendrían sino una movilidad muy limitada.

todo en sentido lateral (existe limitación de movimiento de abajo hacia arriba).

El tumor sigue muy poco o no sigue los movimientos respiratorios.

Percusión. — Nos suministra datos de mucha importancia. Si se trata de un tumor no muy voluminoso, que son, como he mencionado ya, los más frecuentes, obtendremos percutiendo, sonoridad, timpanismo por delante y entre el tumor y el pubis — producida por la interposición de un ansa del intestino delgado entre el quiste y la pared — sonoridad que aumenta o disminuye, según el estado de replección o de vacuidad. Puede hacérsela más evidente por medio de la insuflación intestinal. Ahora, si estamos en presencia de un tumor voluminoso, en contacto con la pared abdominal, el sonido será mate, así como también en algunos casos en los cuales el quiste se pone en contacto con la pared, a nivel de una de sus caras mesentéricas.

Para Proust y Monod, es más bien en los quistes retro-peritoneales, en los que se percibe timpanismo por delante del tumor.

EVOLUCIÓN

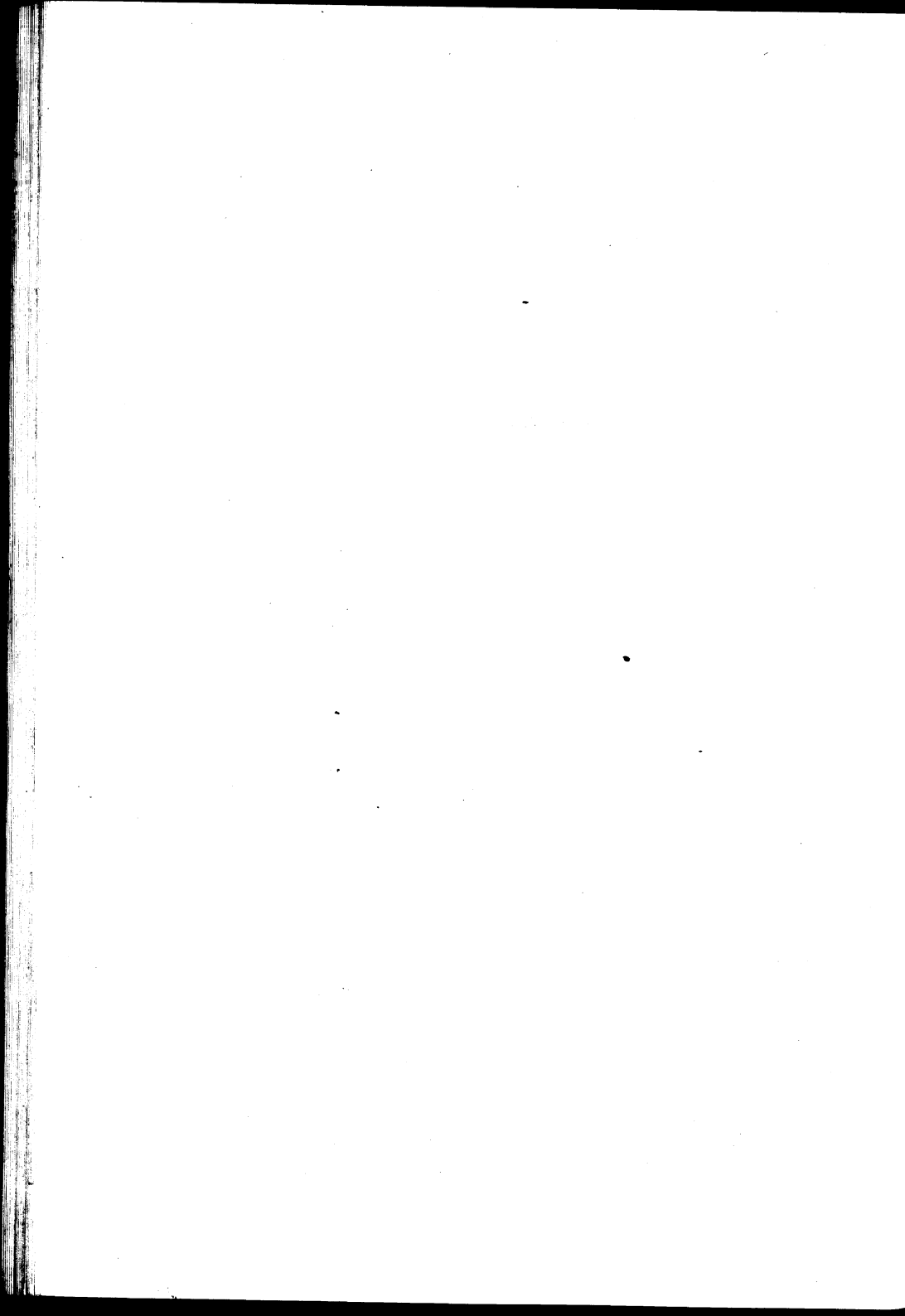
En general, la evolución de los quistes hidatídicos del mesenterio, es lenta. La mayoría de las observaciones que hemos podido conseguir, nos hacen remontar los primeros síntomas relacionados con su enfermedad actual, a meses y aun a años. Puede esta evolución ser progresivamente creciente, pero lo más a menudo presenta verdaderas poussées, motivo por el cual Augagneur le dió el nombre de "maladie a secousse". Estos ataques agudos deben ser atribuídos: o a hemorragias intraquísticas (espontáneas o traumáticas), o a principios de peritonitis o mismo aún a crisis pasajeras de obstrucción intestinal. Posiblemente es esto último su causa más frecuente, así como la obstrucción permanente, constituye su complicación casi fatal.

La supuración y la ruptura del quiste, son accidentes raros. La ruptura puede acompañarse, como en el caso de Walther, de signos alarmantes de hemorragia interna.

PRONÓSTICO

Los quistes hidatídicos del mesenterio son de pronóstico serio. Abandonados a sí mismos, conducen al enfermo fatalmente a la muerte, sea por una de sus complicaciones (rupturas, supuraciones, peritonitis u obstrucción intestinal), sea por los progresos de la desnutrición, ocasionada por la compresión que ejerce el tumor sobre las vísceras vecinas (intestino, estómago, etc).

La influencia que ejerce un quiste de mesenterio sobre la evolución de un embarazo, es análoga a la de los demás tumores abdominales: si es poco voluminoso, puede ser bien tolerado, y, por lo tanto, el embarazo seguir su curso fisiológico y sobrevenir el parto sin dificultades. Si, por el contrario, se trata de un quiste grande, el embarazo generalmente no llega a terminarse.



DIAGNÓSTICO

Es un diagnóstico difícil por la analogía de sus síntomas con los de muchos tumores abdominales.

Según Tillaux, los síntomas de los tumores del mesenterio formarían una triada patognomónica — gran movilidad, timpanismo delante del tumor y situación mediana—pero es evidente, que esta simple triada, no autorizaría para emitir un diagnóstico seguro, por cuanto es común a muchos quistes abdominales. Recordemos, además, que uno de los componentes de la citada triada, el timpanismo por delante del tumor, es muy inconstante, dependiendo especialmente de su volumen.

Se podría confundir al examen, un quiste de mesenterio con uno de riñón y especialmente de riñón flotante; con uno de ovario; de hígado; de páncreas; de uraco; de vaso; de epiploon; de ligamento ancho; con un neoplasma de intestino y con una peritonitis tuberculosa.

En el caso de un *riñón quístico*, el diagnóstico se hace teniendo en cuenta los antecedentes, la situación y la menor movilidad.

Tratándose de *riñón flotante*, los síntomas varían. He aquí el siguiente cuadro sacado de la tesis de Garassino (1903).

Riñón	Mesenterio	Riñón flotante
Ocupan el flanco.	Línea mediana.	Sitio variado.
Redondos.	Variadas formas.	Forma característica.
Fijos.	Movilidad completa.	Movibles, pero se llevan a su sitio fácilmente.
Franja sonora en su cara anterior.	Bien sonoros. No hay síntomas funcionales de	

El quiste de *ovario* es por regla general lateral, de origen pelviano; ha evolucionado de abajo para arriba; no hay zona de timpanismo entre el tumor y el pubis. Por el tacto vaginal se puede comprobar la relación del tumor con el ovario y la desviación del útero hacia el lado opuesto.

El quiste hidatídico del *hígado*, presenta una matez que se continúa con la hepática y son menos móviles (siguen la respiración).

El quiste del *páncreas*, se distingue por su movilidad limitada y por los signos de insuficiencia pancreática.

El quiste del *uraco*, se diferencia también, por su menor movilidad.

El quiste del *bazo*, se caracteriza por el sitio del tumor a nivel del hipocondrio izquierdo y por la constatación de su borde cortante con incisuras.

El quiste del *epiplón* — afección también bastante

rara — presenta, según Chavanaz y Guyot, una movilidad mayor que los de mesenterio, y según Garassino, más *limitación*, de los movimientos de arriba hacia abajo, es decir, movilidad menor.

El quiste del *ligamento ancho* se sitúa generalmente hacia los lados del vientre, es decir, no es mediano; crece de abajo para arriba y su extremidad inferior se pierde en la cavidad pelviana; su movilidad es transversal; no existe sonoridad entre el tumor y el pubis; por el tacto vaginal, se comprueba que el fondo de saco lateral correspondiente se encuentra ocupado y el útero rechazado hacia el lado opuesto. (1).

El *neoplasma de intestino*, ocupa más a menudo una situación lateral, su evolución va acompañada por hemorragias intestinales y la caquexia es más precoz.

La *peritonitis tuberculosa* nos presentará su matiz en forma de damero. Por otra parte, los antecedentes del enfermo y sus poussées febriles tan frecuentes, nos ayudarán en el diagnóstico.

No terminaré sin mencionar que ha habido casos en los cuales el quiste pequeño y oculto cerca de la por-

(1) En un trabajo publicado por el doctor Jaime Salvador (Semana Médica, número 10, (1912), titulado "Los quistes hidáticos de la pelvis en la mujer", en el cual ha reunido siete observaciones del servicio del doctor Bazterrica, y entre ellas dos casos de quistes hidáticos del ligamento ancho, encontramos que la observación (I) en la que trata de un gran quiste hidático, unilocular, limpio, del ligamento ancho del lado izquierdo, nos ofrece todos los caracteres apuntados más arriba, para la diferenciación clásica que hemos tratado de describir.

ción terminal de ileon, revelándose bajo forma de trastornos intestinales, con crisis agudas, ha hecho pensar en apendicitis.

Si difícil resulta hacer el diagnóstico de quiste del mesenterio, se comprenderá con facilidad, que diagnosticar la calidad de éste, lo será mucho más, sino imposible.

La *punción*, que sería el medio seguro para averiguar el contenido del quiste, debe desecharse por peligrosa. La caída en el peritoneo de algunas gotas de líquido quístico, produce accidentes tóxicos que se revelan por tendencia al síncope, pulso filiforme, etc.; esto, aparte del grave peligro de la diseminación del quiste, por caída de embriones en el peritoneo. Además, se ha observado que los quistes punzados se infectaban, terminando por supurar.

En el supuesto de que se hiciera punción y se extrajera líquido de quiste hidatídico, éste sería claro, cristal de roca, de 1009 a 1015 de densidad con el 15 por 100 de sales inorgánicas y de éstas, la mitad de cloruro de sodio.

No es un líquido albuminoso; cuando lo es, significa que el equinococo ha muerto. Con nitrato de plata produce precipitado blanco.

Descartada, pues, la punción por los inconvenientes anotados y sin recurrir aun a la laparotomía exploradora, finalidad obligada en todo caso, podríamos ir inclinando nuestro diagnóstico, si nos encontráramos en

presencia de un tumor de paredes muy tensas y en el cual hubiésemos constatado temblor hidatídico o síntoma de Blatin, en favor de quiste hidatídico de mesenterio. Si además en este caso, al examen de la sangre constatáramos eosinofilia, nuestras presunciones recibirían un gran impulso.

Otro medio de diagnóstico etiológico que ha tomado mucha importancia en estos últimos años, señalándose como de positivos resultados, es la sero-reacción de Ghedini o de Imaz Appathie y Lorens, método que está basado en los mismos principios que la sero-reacción de Wassermann. El antígeno que se emplea, es líquido de quiste hidatídico retirado asépticamente. En algunos casos, excepcionales por cierto, en los cuales la sero-reacción de Ghedini había sido positiva, la autopsia se encargó de demostrar que se trataba de cáncer y no de equinocosis, así como también en otro caso fué una cirrosis atrófica, la que hizo pensar equivocadamente en quiste hidatídico.

Esto no obstante, y aceptando que sus resultados no son infalibles, no se debe restarle el valor que indudablemente tiene, pudiéndose afirmar que si obtenemos reacciones francamente positivas con varios antígenos, se puede diagnosticar sin temor, la presencia de hidátides.

TRATAMIENTO

Una vez hecho el diagnóstico de quiste del mesenterio, el tratamiento quirúrgico, que es el único racional, se impone. La evolución natural de estos tumores que los hace crecer progresivamente y la posibilidad de complicaciones, son las causas inmediatas que deben hacer recurrir, sin pérdida de tiempo, a la cirugía.

Efectuada la laparotomía, y en presencia de un quiste del mesenterio, el cirujano tiene a su disposición varios métodos:

1.º La *punción simple*. 2.º La *punción* seguida de *inyección* de una substancia modificadora. 3.º La *marsupialización*. 4.º La *enucleación*. 5.º La *extirpación* del quiste con *resección* de parte del intestino delgado.

La *punción simple* y la *punción* seguida de *inyección* modificadora, están en la actualidad completamente abandonadas, pues aparte de los peligros que encierra, como ser: perforación del intestino, de grandes vasos, etc., muy raras veces ha dado resultados satisfactorios y expone casi fatalmente a la recidiva. En un enfermo de Reclus, se debió hacer punción cinco veces

consecutivas, pues el quiste recidivaba cada vez. En una publicación de Frankel, relata haber punzado dos casos, habiendo tenido después que recurrir a la extirpación total del quiste, por recidivas.

La *marsupialización* puede ser considerada como una operación obligada, o de necesidad, que se efectuará siempre que el quiste sea muy grande y adherente, y por lo tanto la liberación imposible. El método es sencillo. Se efectúa una incisión mediana a nivel del punto más saliente. Después de haber incindido el peritoneo parietal y protegido la cavidad abdominal con compresas, se punciona al quiste con un trócar grueso; inmediatamente de haber extraído el líquido, se incinde su pared.

Los labios de esta incisión, se suturan cuidadosamente a la pared músculo-cutáneo abdominal. Se deja drenaje.

La *enucleación* consiste en, después de haber laparatomizado, separar el quiste de las hojas del mesenterio respetando el intestino y los vasos mesentéricos. Esta enucleación suele ser a menudo muy difícil, siendo su principal peligro el de la ruptura del quiste; pues si hubiese adherencias con el intestino o con los vasos, es de suponer que el cirujano operaría con muchísimo cuidado, ya que no hubiese elegido el método anterior, es decir, la *masurpialización*.

Tiene este método sobre el anterior, la ventaja de que por la extirpación completa de la bolsa quística,

no se observan jamás recidivas, cosa que aunque raramente, como en el caso de Schwartz, puede producirse con la marsupialización.

La *extirpación* del quiste con *resección* de una porción del intestino delgado, constituye una operación grave, indicada solamente por las adherencias íntimas, indestructibles, del tumor con el intestino o por la necesidad en la cual a veces se halla el cirujano de sacrificar, voluntariamente o no, uno de los gruesos vasos mesentéricos. Esta lesión vascular produce fatalmente la necrosis ulterior del intestino. En estos casos la enterectomía es indispensable, pero por supuesto agrava sensiblemente el pronóstico. Algunos son de opinión de que debe hacerse siempre resección intestinal, cuando hay adherencias íntimas, porque se han observado casos de gangrena del intestino y peritonitis por perforación. Sin embargo, se puede admitir, que respetando los vasos mesentéricos, la gangrena no tiene por qué producirse; así el caso publicado por el doctor Pini en la *Semana Médica*, año XX, núm. 38, en el cual se trataba de un tumor voluminoso y adherente que pudo extirparse por completo sin resección del intestino y cuya marcha post-operatoria fué excelente.

En resumen, es la enucleación el método de elección. A él se debe recurrir, siempre que el quiste no sea muy voluminoso y esté rodeado por tejido celular laxo. Si, por el contrario, el tumor es grande y muy adherente, el cirujano podrá, sea marsupializar,

sea practicar la extirpación con resección del ansa intestinal que la recubra.

Es la edad del enfermo, su resistencia, el volumen del quiste y sus conexiones, las que decidirán la conducta a seguir y es por razón de su mayor benignidad que la mayoría de los cirujanos se deciden por la marsupialización.

Resultados. — Según Braquehay, la marsupialización de los quistes suministraría una mortalidad de 7 por 100, en tanto que la extirpación elevaría esta cifra a un 40 por 100. Una estadística posterior de Brinsmade, en 1908, daba una mortalidad más elevada aún, pues sobre 15 intervenciones resultaron 5 muertos. Es necesario hacer notar que estas estadísticas se refieren a los quistes de mesenterio en general, englobando todas sus variedades. De manera que no podemos sacar de ellas conclusiones respecto a los quistes hidatídicos.

En cuanto a los casos observados entre nosotros, es grato consignar que sus resultados post-operatorios han sido excelentes, insuperables hasta el punto de que la mortalidad queda en nuestra estadística reducida a 0 por 100, es decir, es nula.

HISTORIAS CLINICAS

Observación personal n.º 1.

Hospital Rivadavia. Servicio del doctor Beláustegui. Pabellón 3, arriba; cama 37.

P. G., 31 años, argentina, casada; domicilio, Juárez.

Antecedentes hereditarios. — Madre viva y sana; padre muerto de neumonia hace doce años; tiene ocho hermanos sanos.

Antecedentes personales. — Tuvo sarampión en su infancia; no recuerda haber tenido otra enfermedad; regló por primera vez a los 11 años, reglas periódicas, escasa cantidad, sin dolor. Se casó a los 17 años, reglando desde entonces más abundante. Ha tenido cuatro hijos a término, de los cuales dos están sanos y dos muertos, de neumonia uno y de congestión cerebral el otro. No ha tenido ningún aborto. Desde hace siete años no ha tenido familia.

Enfermedad actual. — Desde hace más de un año comenzó a sufrir dolores y sensación de pesantez en el epigastrio, una o dos horas después de comer, acompañados de dolor de cabeza y de depresión general de fuerzas. Enseguida le sobrevenían vómitos que se cal-

maban al rato. Estas descomposturas se repetían con muchos días de intervalo al principio, pero cada vez se iban haciendo más frecuentes. Contemporáneamente, notó que su abdomen iba aumentando de volumen, haciéndose doloroso a la presión y tomando forma globulosa.

Estado actual. — Buen estado de nutrición. Piel y mucosas bien coloreadas. Regiones ganglionares normales. Esqueleto de configuración general excelente, glándulas mamarias bien desarrolladas y simétricas.

Aparato circulatorio y respiratorio normales.

Abdomen globuloso, tenso, poco doloroso a la presión, dejando palpar un tumor móvil en sentido lateral y poco desplazable en sentido vertical, tumor del tamaño de una cabeza de feto, que ocupa la región umbilical y epigástrica inferior. De consistencia algo renitente, dando a la percusión un sonido mate, que contrasta con el timpanismo intestinal.

Aparato *genital*, nada anormal.

Diagnóstico clínico. — Por la tensión del líquido y por haberse constatado temblor hidatídico, se diagnosticó quiste hidatídico del mesenterio.

Operación.—(Diciembre 9 de 1913). Operador, doctor Antonio Luzuriaga. Ayudante, Marcos R. Suárez.

Anestesia clorofórmica: cantidad, 30 gramos; duración, 40 minutos; sueño regular.

Laparotomía mediana supra-umbilical. Abierta la cavidad peritoneal, se encuentra un tumor englobado

entre las hojas del mesenterio y que lleva unido a uno de sus lados, ansas de intestino delgado. Explorando, se ve que la extirpación total del quiste es imposible, por la relación que guardan los vasos con su pared, razón por la cual, después de haber abierto la cavidad quística y dado salida a numerosas vesículas hijas, se procede a marsupializar en el sitio más declive.

Drenaje: tubos y gasa.

Se le mantuvo drenaje durante dos meses, en el transcurso de los cuales, con intermitencias, salían vesículas hidáticas, mezcladas con escasa cantidad de sero-pus. Quitado el drenaje, en vista de que la cavidad parecía vaciada, la herida fué cicatrizando hasta quedar completamente cerrada, dándose de alta a la enferma, curada, el 5 de Marzo de 1914.

Observación personal n.º 2.

Hospital Rivadavia. Servicio del doctor Caballero. Pabellón 2, arriba; cama 22.

R. C., 34 años, española, casada; domicilio, Tres Arroyos.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Ha sido siempre sana; ha reglado a los 13 años, normales. Ha tenido 9 embarazos, con partos y puerperios normales. No ha tenido abortos.

Enfermedad actual. — Hace próximamente un año y medio que comienza por sentir trastornos del lado de su estómago, consistentes en dolores y repugnancia por

ciertos alimentos; frecuentemente, después de las comidas, tiene calambres de estómago. No es constipada. Al mismo tiempo nota que en el epigastrio va creciendo un pequeño tumor, que a medida que aumenta de volumen, va descendiendo en la cavidad abdominal.

En este estado ingresa al servicio.

Estado actual. — Bien constituída, piel y mucosas pálidas.

Abdomen. — Globuloso y asimétrico, en el hipo-gastrio y sobre todo hacia el lado izquierdo, se observa y palpa un tumor del tamaño de una cabeza de adulto, muy móvil en todo sentido y especialmente en dirección transversal, indoloro y mate a la percusión. Entre el tumor y el pubis hay timpánismo. Este tumor no tiene relación con sus órganos genitales internos que se encuentran sanos, ni con el hígado, bazo o riñones.

Diagnóstico clínico. — Quiste del mesenterio.

Operación. — (Mayo 22 de 1914.)

Operador: Doctor Enrique Manson.

Ayudante: Doctor Edgardo Nicholson.

Laparatomía mediana infra-umbical. Se encuentra un tumor con algunas adherencias, no muy firmes, que permiten ser destruídas y después de punzado el quiste que resulta ser hidatídico, se estirpa por completo.

La marcha post-operatoria es excelente, dándose de alta el 6 de Junio, es decir, quince días después de operada.

BIBLIOGRAFIA

Auché et Peyre. — Kyste muqueux juxta-intestinal.

(Arch. de méd. des enfants, Abril de 1908).

Axtell. — Annals of Surgery, 1911.

Blanc. — Diagnostic des tumeurs du mésentère. (Rev.

Med. y cirg. pract., Madrid 1907).

Braqueaye. — Des Kystes du mésentère. (Arch. gen. de méd., 1892).

Capurro A. — Contribución al estudio de los quistes quilíferos del mesenterio. (Tesis Buenos Aires, 1909).

Colby. — Kyste du mésentère, ayant déterminé de l'occlusion intestinal. (Brit. méd. Journ, 1906).

Cúneo. — Un cas du Kyste du mésentère. (Arch. gen. de méd., 1909).

Collet. — Kystes du mésentère. (Thèse de París, 1887).

Deffains. — Etude clinique et therapeutique sur les Kystes du mésentère. (Thèse de París, 1896).

Delagenière. — Sur un cas de Kyste du mésentère. (Soc. de Chir., 1909).

Détmez. — Kystes du mésentère. (Thèse de Paris, 1891).

Dowd. — Mesentery cystes. (Annals of surgery, 1900).

Drucbert. — Kyste du mésentère. (Echo.méd. du Nord. Lille, 1908).

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Galozzi. — Kyste hidatique du mésentère. (Gaz. di osped. Milano, 1906).

Garassino. — Tesis. Buenos Aires, 1903.

Gilbert et Thonot. — Maladie du peritoine.

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

Keen. — Cirujía.

Kirmisson. — Volumineux Kyste du mésentère chez un enfant de trois ans. (Soc. de chir., 1904).

Kirmison et Tuffer. — (Soc. de Chir. 1912).

Le Dantu et Delbet. — Maladies du pancréas, de la rate et du mésentère.

Lobet. — Ablation d'une tumeur du mésentère et resection d'un metre et demi d'intestin grele. (Revue de chir 1891).

Masi Alfonso. — Tesis, Buenos Aires (1893).

Mc. Murtry. — Cystes of the mesentery, (med. Journ, 1905).

Niosi. — Des Kystes du mésentère. (Arch. f. path. Ant., 1907).

Pean. — Diagnostic et traitement des tumeurs abdominales, 1896.

Pini R. — Consideraciones sobre un caso de quiste quilífero de mesenterio. (Semana Médica N.º 58, 1913).

Proust et Monod. — Contribución al estudio de los quistes del mesenterio y especialmente de los quistes quilíferos. (Revue de gynecologie. Año 1912. Tomo II.)

Sacconaghi. — Diagnostico dei tumori abdominali.

Salvador J. — Los quistes hidáticos de la pelvis en la mujer. (Semana Médica 1912, N.º 10).

Schmidt. — Kyste dermoide du mésentère. (Soc. de chir., 1909).

Terrier. — (Soc. de Chir. 1890).

Timbal. — Les kystes sanguins du mésentère. (Revue de chir., 1890).

Tolét. — Kyste du mésentère. (Echo. méd. du nor. Lille, 1902).





Buenos Aires, Junio 15 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero Dr. José Arce, al profesor titular Dr. Leandro Valle y al profesor extraordinario Dr. Francisco Llobet para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

LUIS GÜEMES
J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Paralelo entre la extirpación completa y el procedimiento de Posadas en los quistes limpios del mesenterio.

J. ARCE

II

La movilidad como criterio de diagnóstico diferencial en los tumores del mesenterio.

LEANDRO VALLE

III

La solución inmediata en los quistes hidatídicos y especialmente en los del hígado es un procedimiento imprudente y que olvida un principio general de cirugía, que establece que no se debe dejar espacios o cavidades libres en el seno de los tejidos donde se acumulen líquidos susceptibles de infectarse. Como corolario de esta proposición se deduce que la fijación de la membrana periquística a la pared y el **drenaje temporario** debe ser el procedimiento de elección en el tratamiento de los quistes hidatídicos en general.

F. LLOBET

Buenos Aires, Junio 30 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2851 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

LUIS GÜEMES

J. A. Gabastou.

Secretario

30 JUN 1914

