



N.º 2934

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

QUISTES HIDATÍDICOS DEL PULMÓN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALEJANDRO LLAMOSAS

Ex - practicante externo é interno del Hospital Español (1910 á 1915)



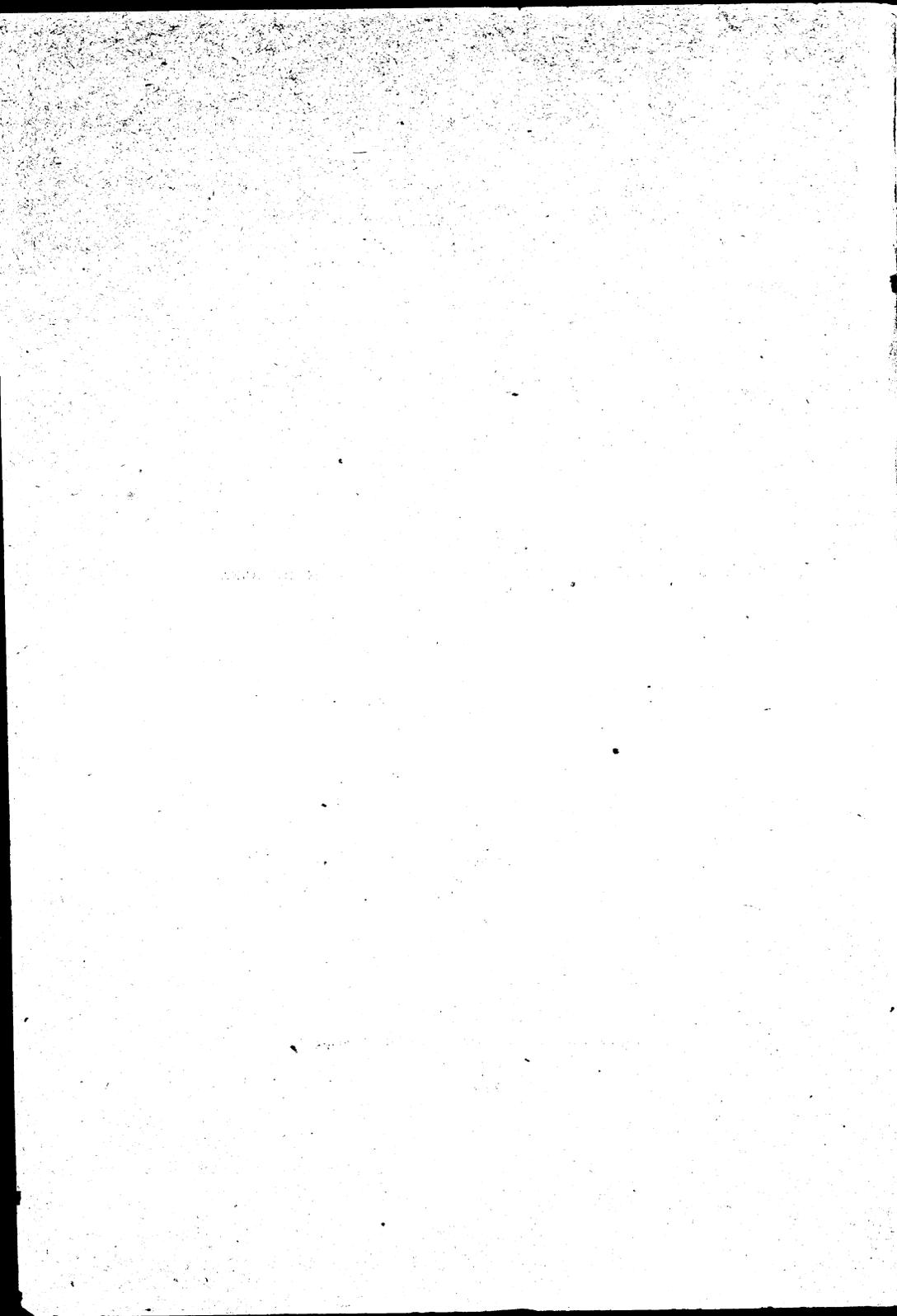
BUENOS AIRES

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

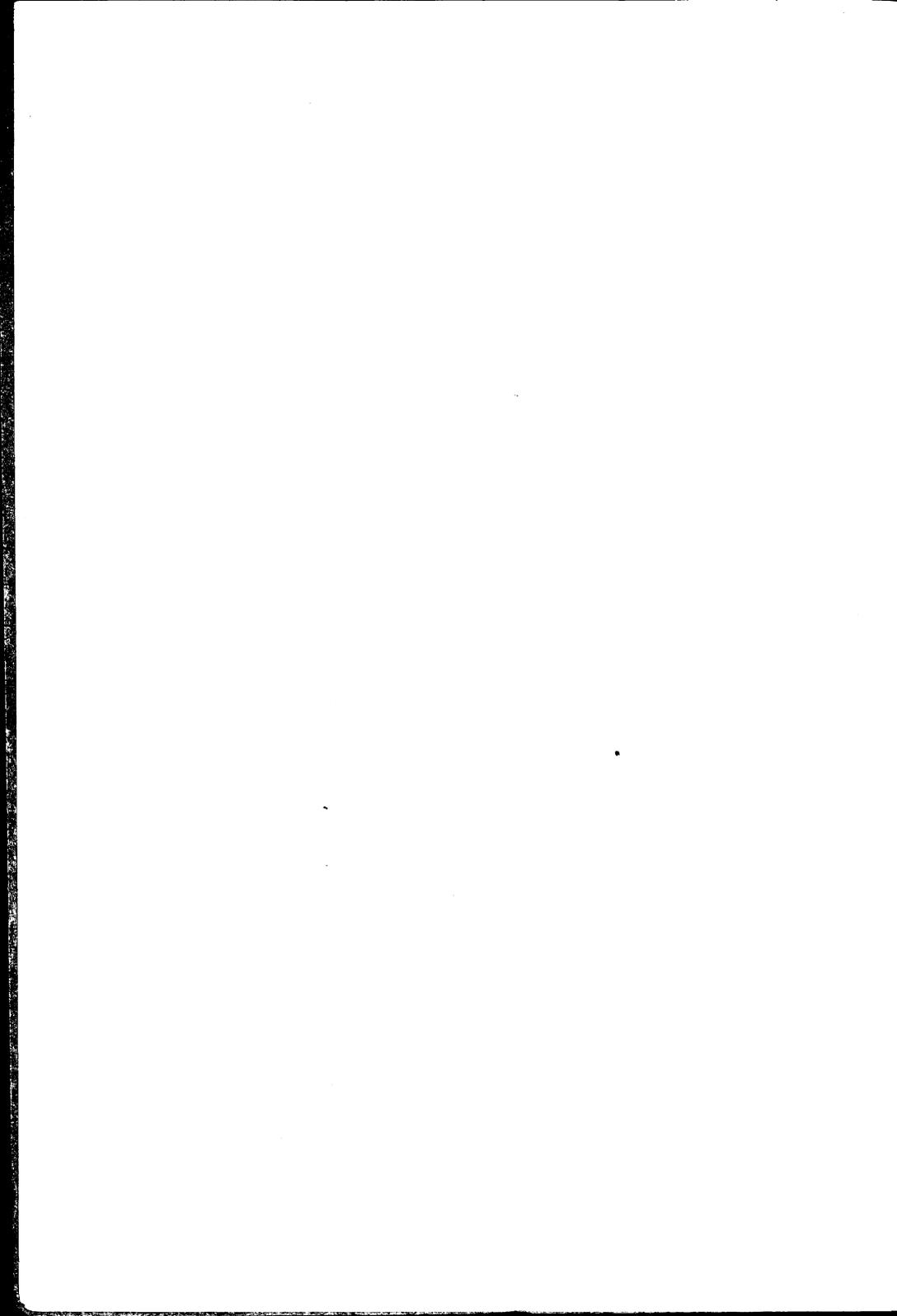
845 ← Junin — 845

1915

Mano A. 455/10



QUISTES HIDATÍDICOS DEL PULMÓN



Año 1915

N.º 2934

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

QUISTES HIDATÍDICOS DEL PULMÓN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALEJANDRO LLAMOSAS

EN - practicante externo e interno del Hospital Español (1910 á 1915)



BUENOS AIRES

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

845 — Junin — 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 MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

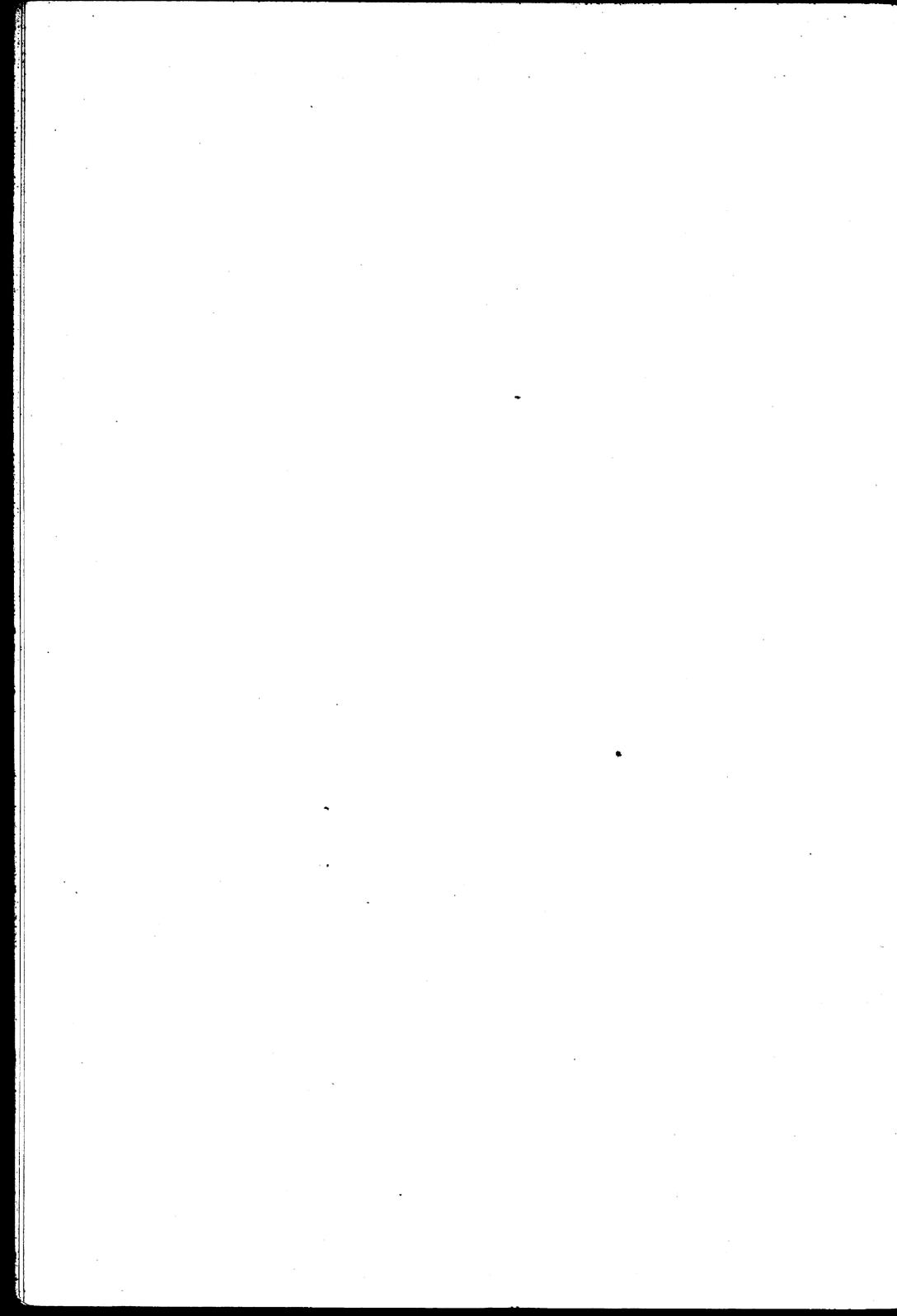
DR. D. JOSÉ PENNA

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

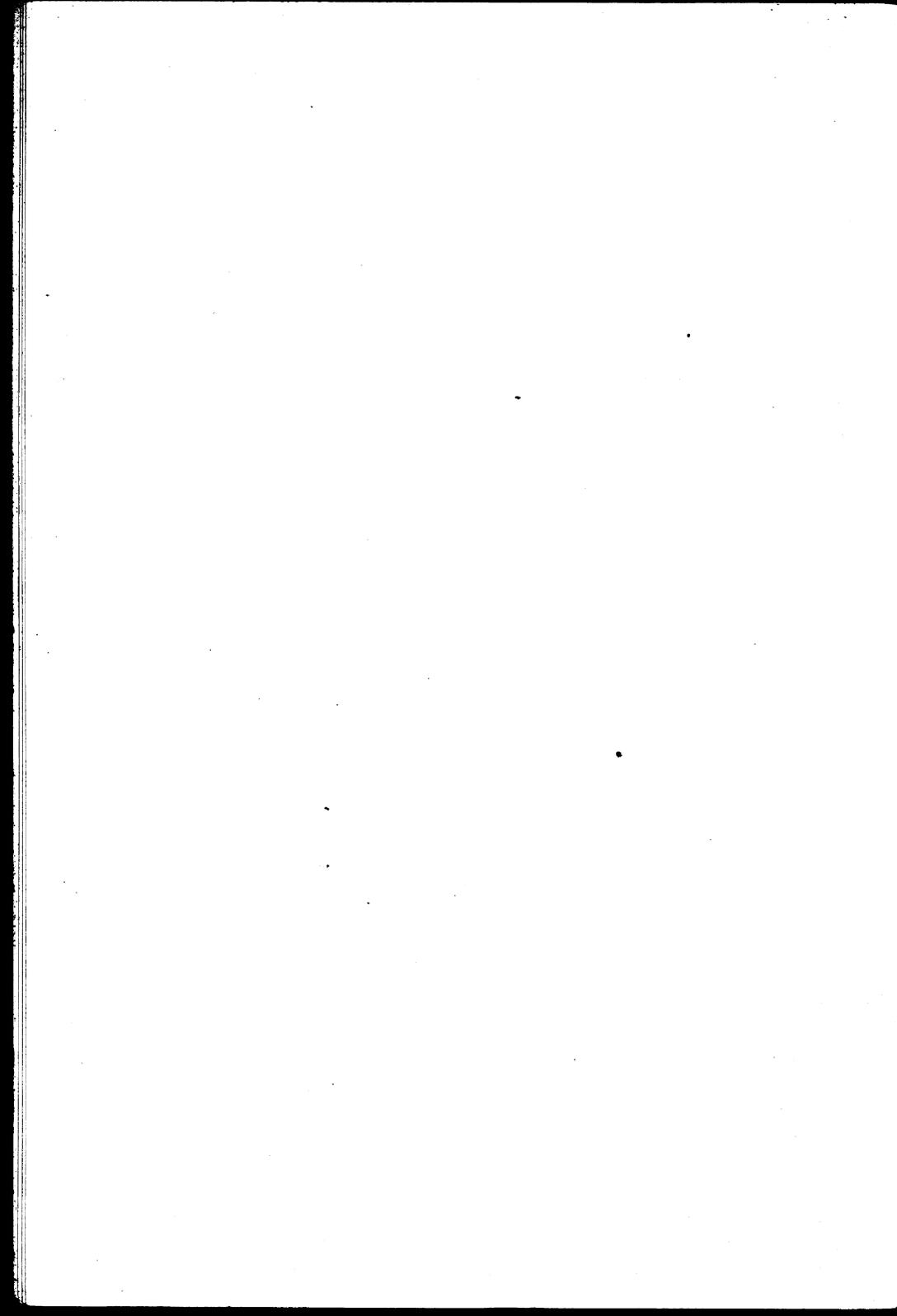


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. 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

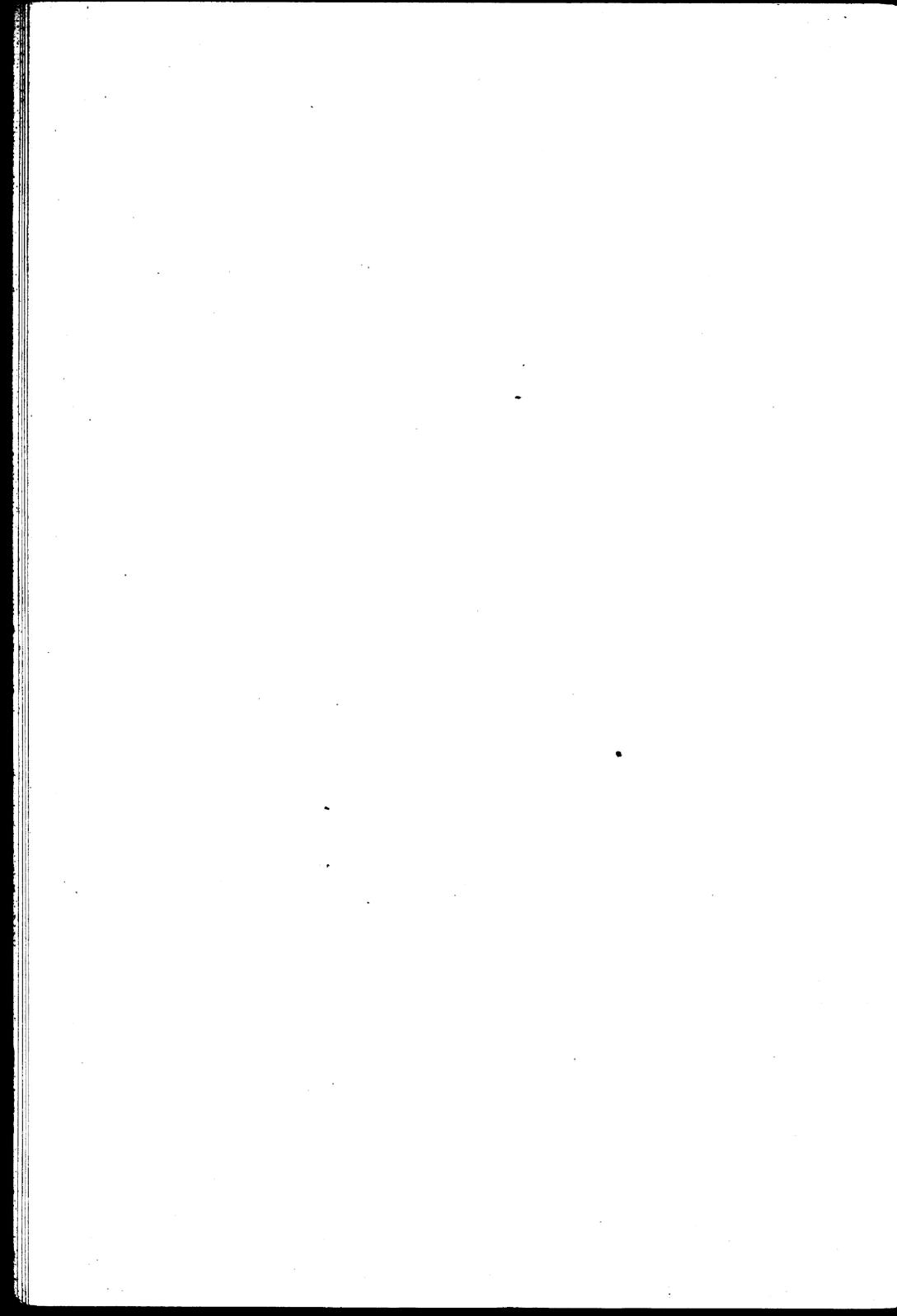
DR. D. PEDRO LACAVERA

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. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

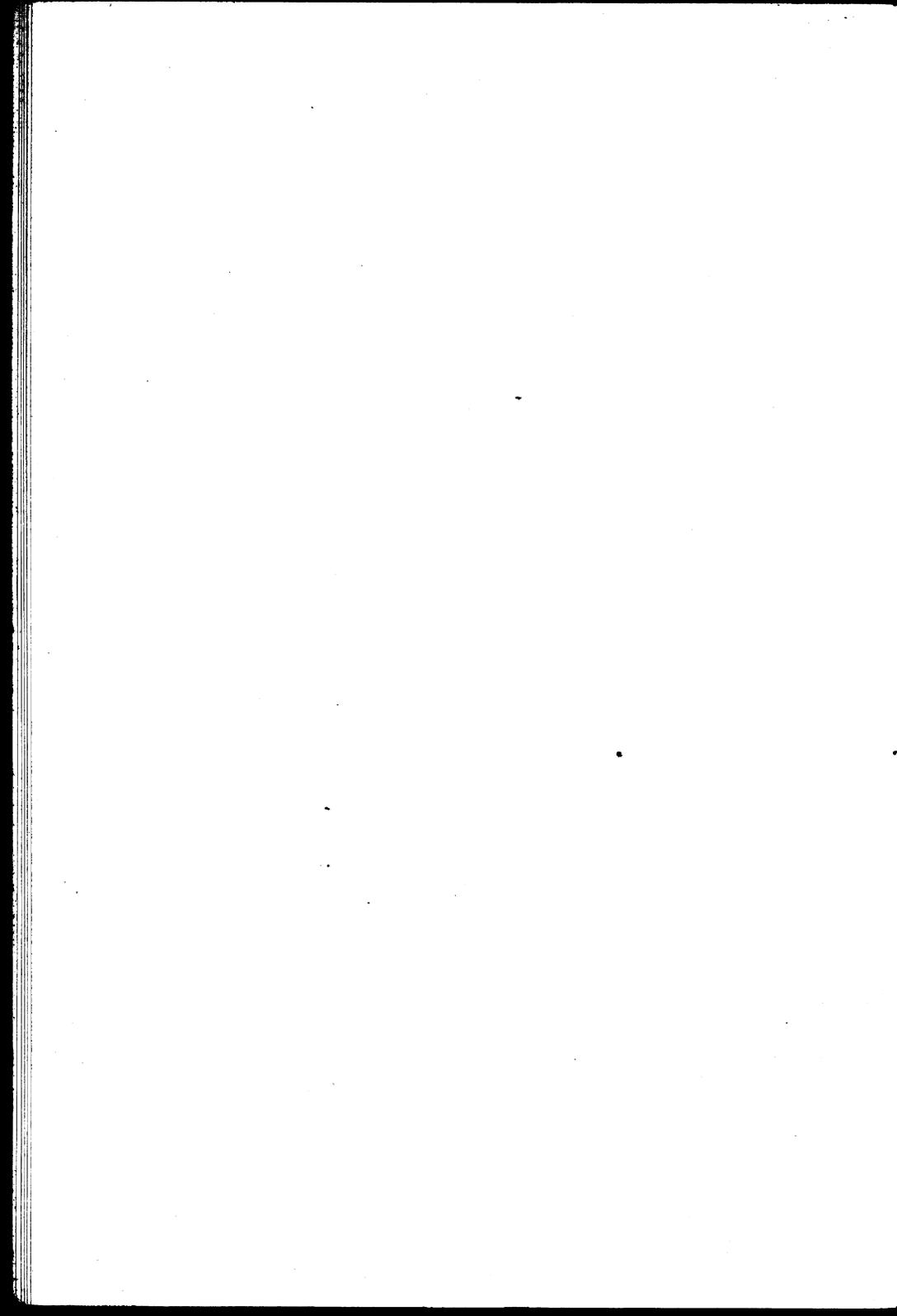
» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

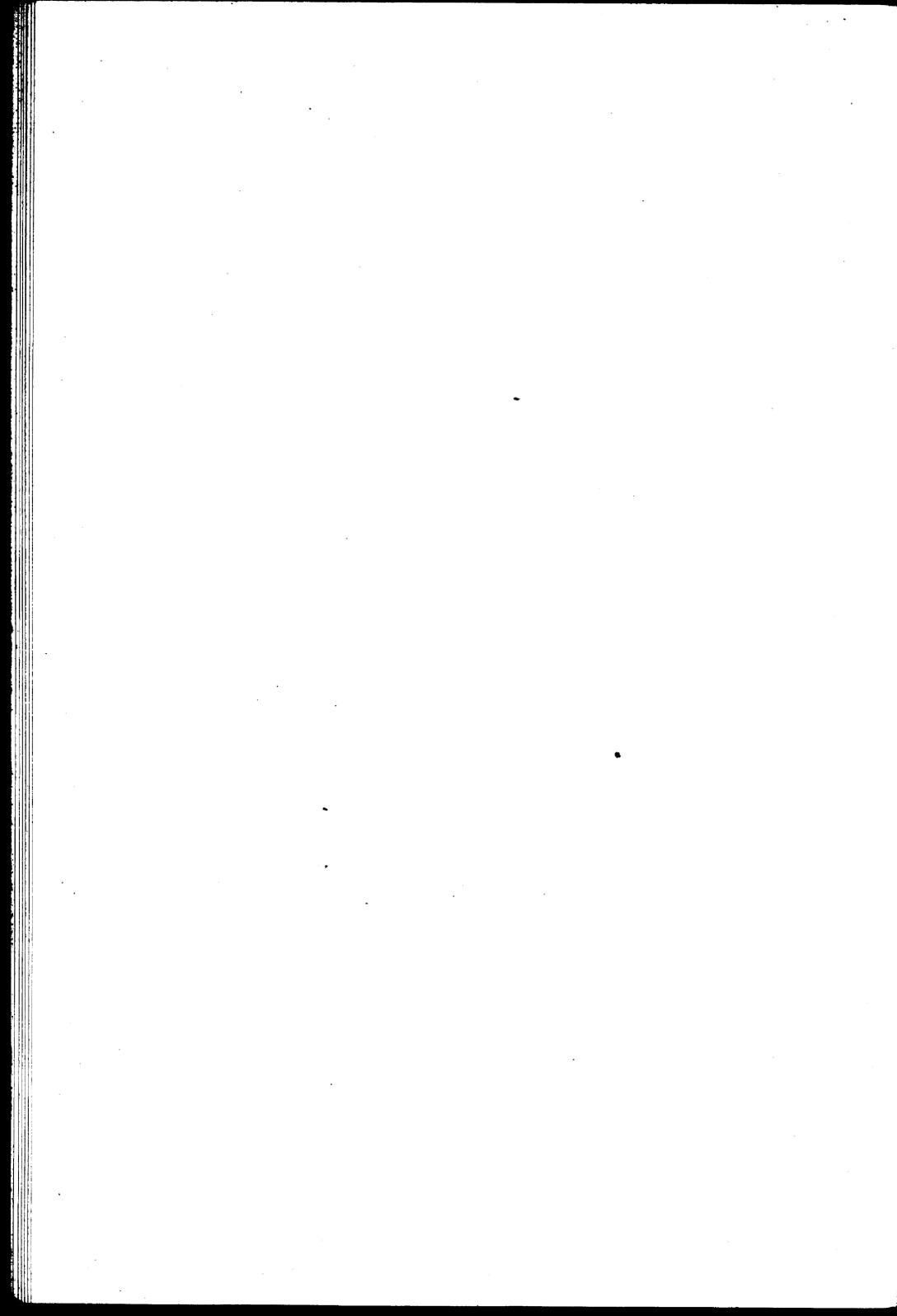
» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE
	» 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 Terapia	» 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	» (Vacante)
» 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. CAVIA
Clinica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA

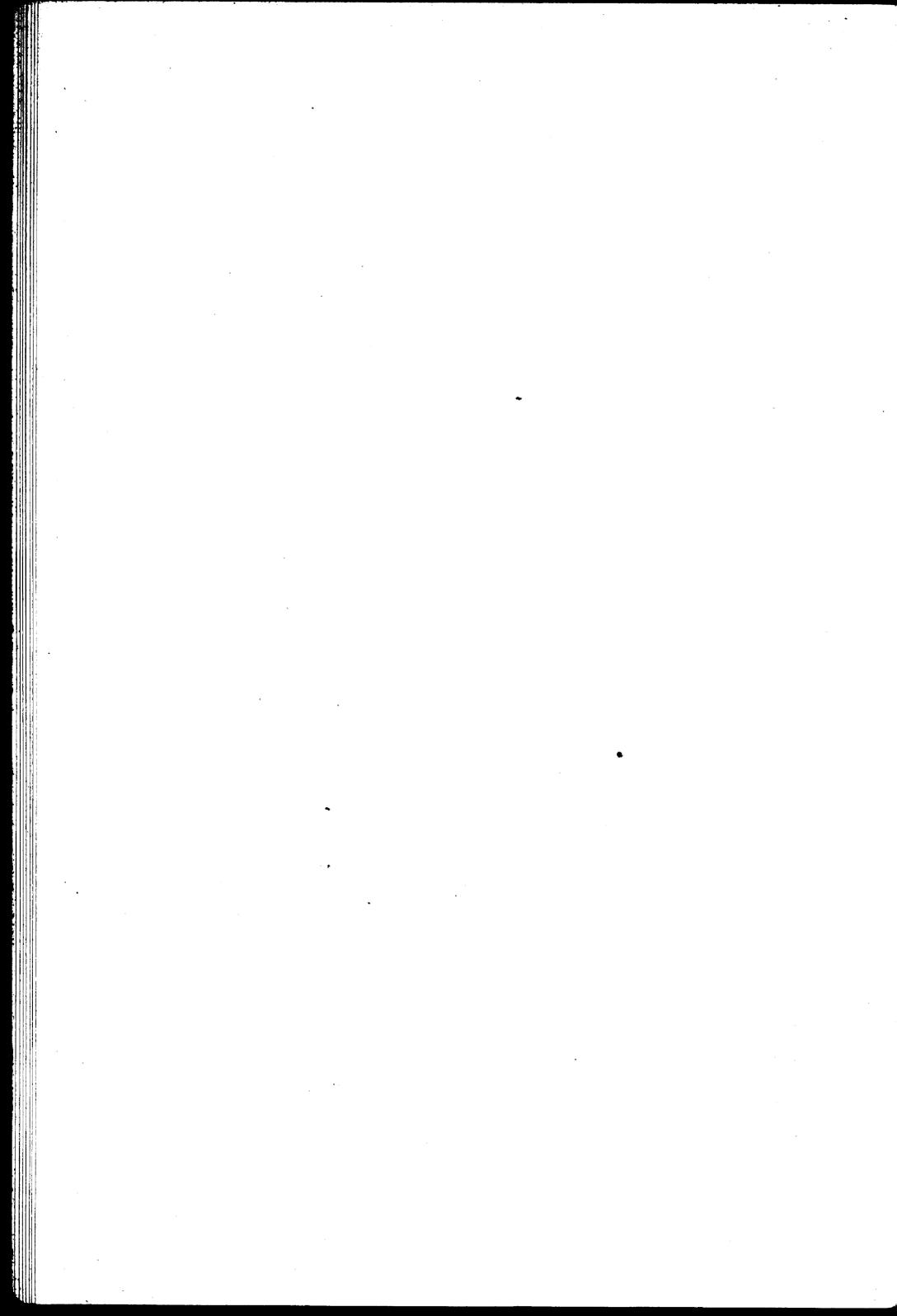


PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas

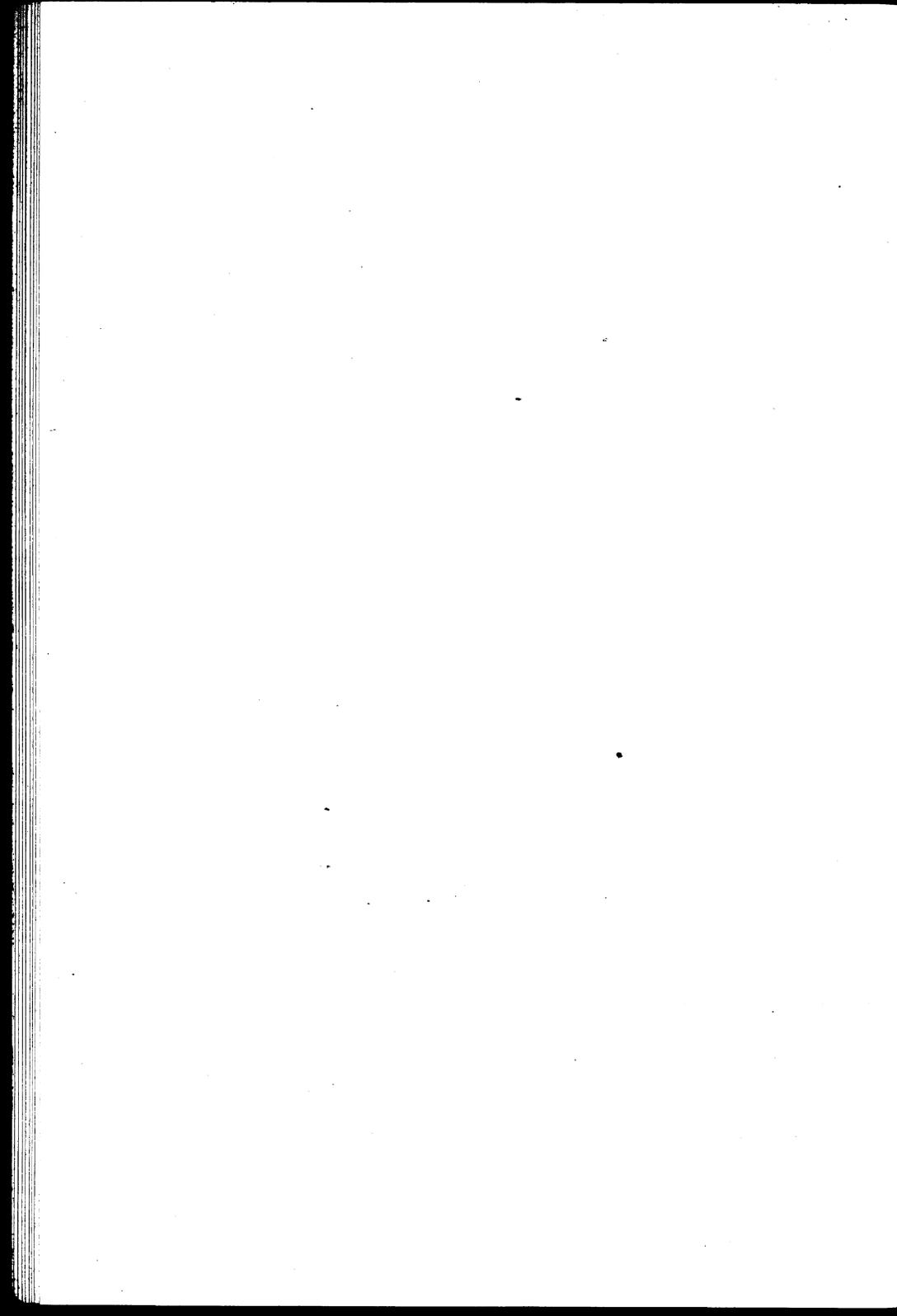
Catedráticos extraordinarios

Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CARLOS 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. SEMPRÚN
	{ » 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
» Psiquiátrica.....	» JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Anatomía descriptiva.....	» EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana..	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
Semiología.....	» MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Materia Médica y Terapia.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Medicina Operatoria.....	» JOSÉ MORENO
Patología externa.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
Clinica Dermat. ^a Sifilográfica..	» CARLOS ROBERTSON
	» NICOLÁS V. GRECO
» Génito-urinaria.....	» PEDRO L. BALIÑA
	» BERNARDINO MARAINI
Clinica Epidemiológica.....	» JOAQUIN NIN POSADAS
	» FERNANDO R. TORRES
Patología interna.....	» PEDRO LABAQUI
	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
Clinica Oftalmologica.....	» ENRIQUE DEMARÍA
» oto-rino-laringológica..	» ADOLFO NOCETI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» ARMANDO MAROTTA
» Quirúrgica.....	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» JOSÉ ARCE
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
» Médica.....	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTEFANO
	» RAUL R. GOYENA
	» MANUEL A. SANTAS
» Pediátrica.....	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
» Ginecológica.....	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
» Obstétrica.....	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JUAN A. GABASTOU
Medicina Legal.....	» JOAQUIN V. GNECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÁ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

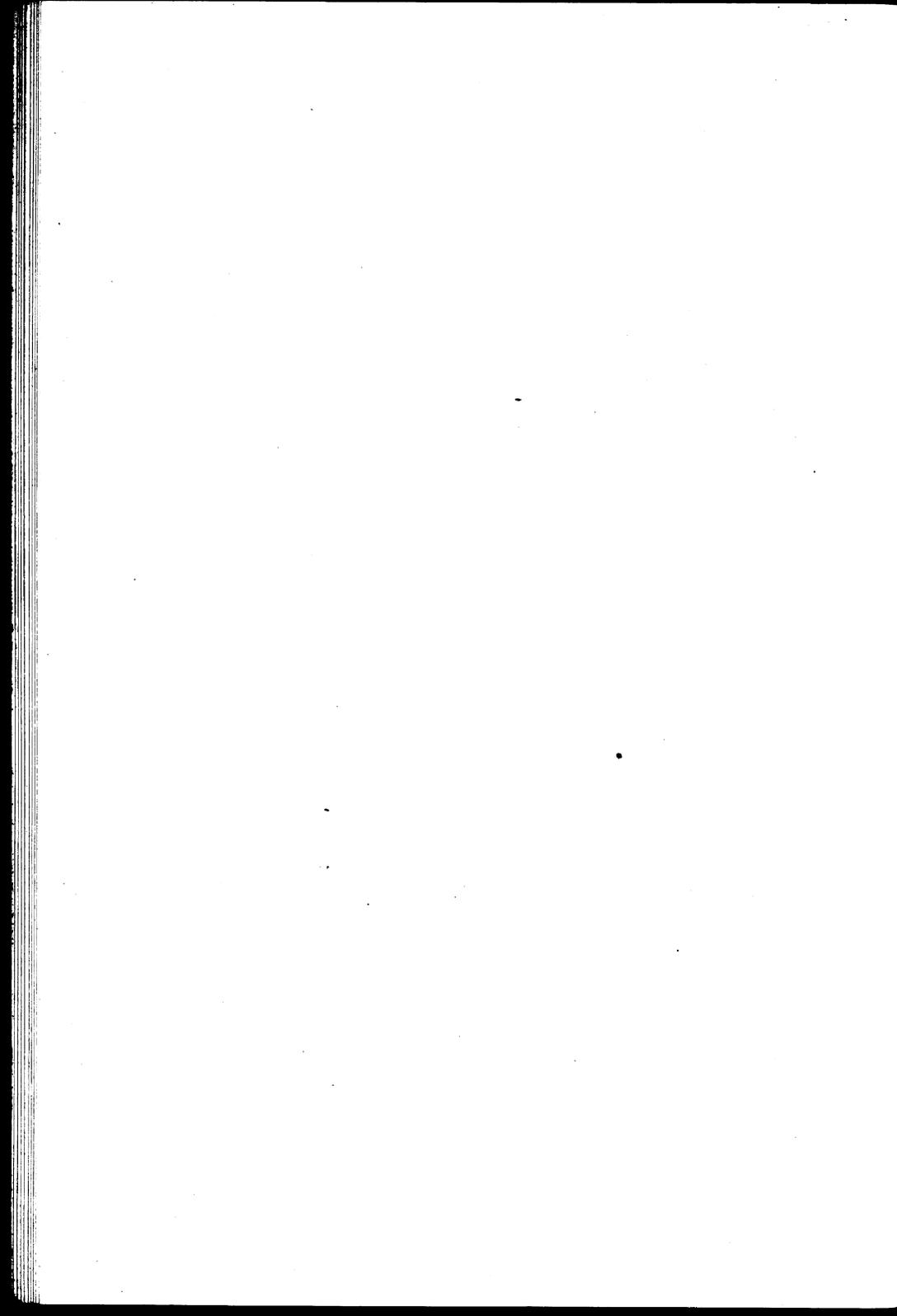
Catedráticos titulares

Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	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 » PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..	
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS » LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año.....	Vacante
Segundo año.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Tercer año.....	DR. FANOR VELARDE

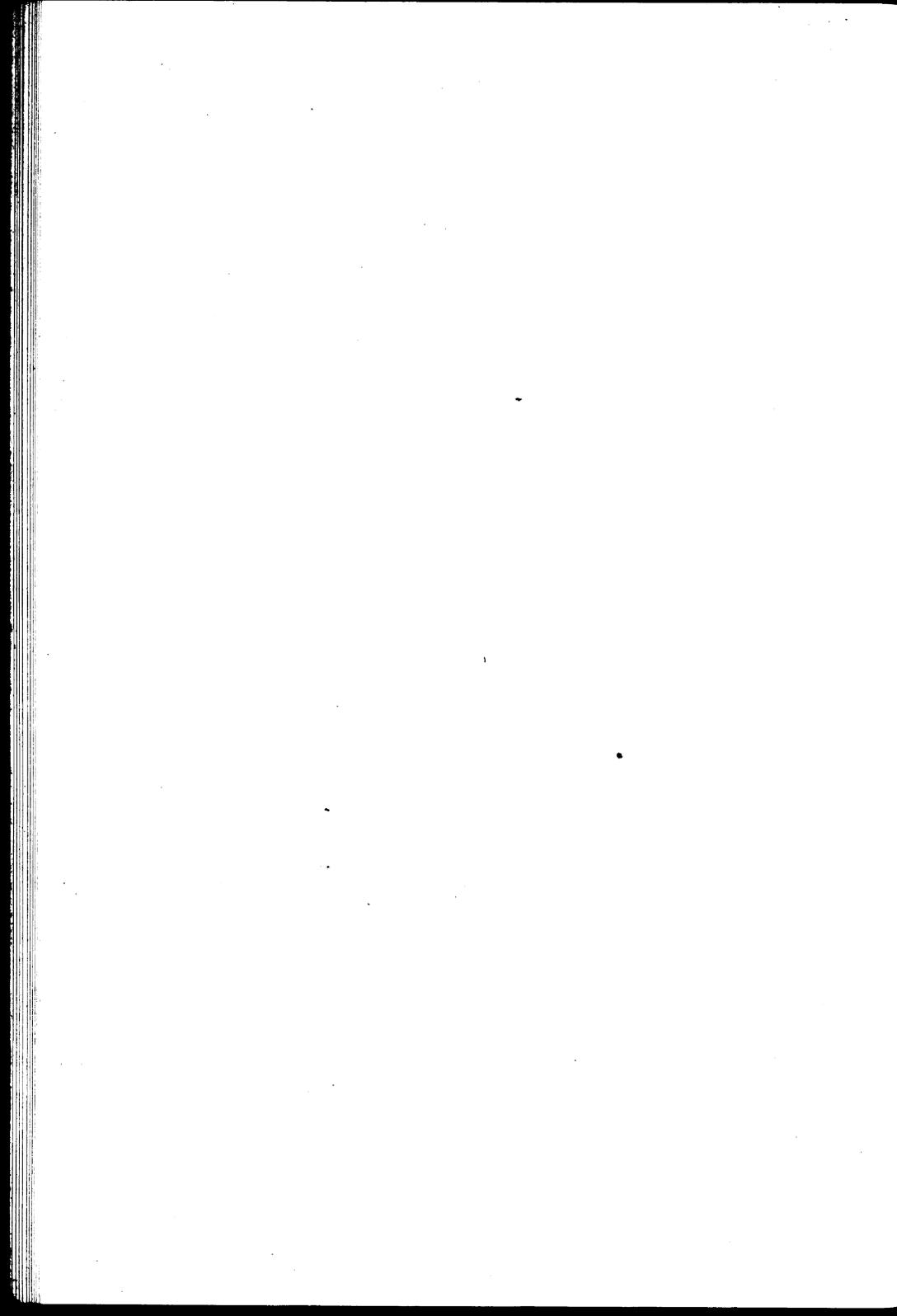
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Segundo año.....	DR. UBALDO FERNANDEZ
Tercer año.....	» J. C. LLAMES MASSINI

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

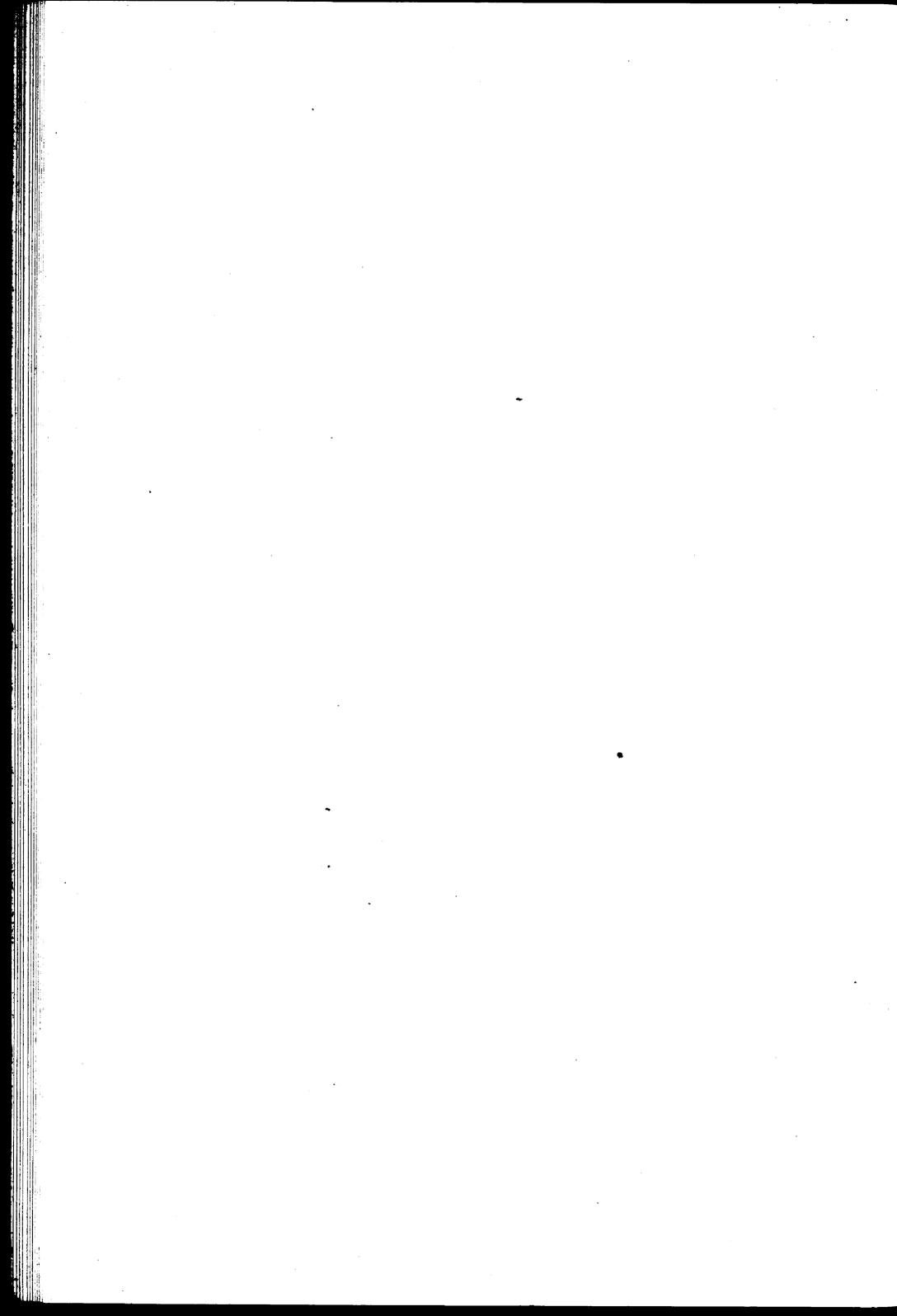
DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS

DOCTOR JOSÉ GONZALEZ PELLICER

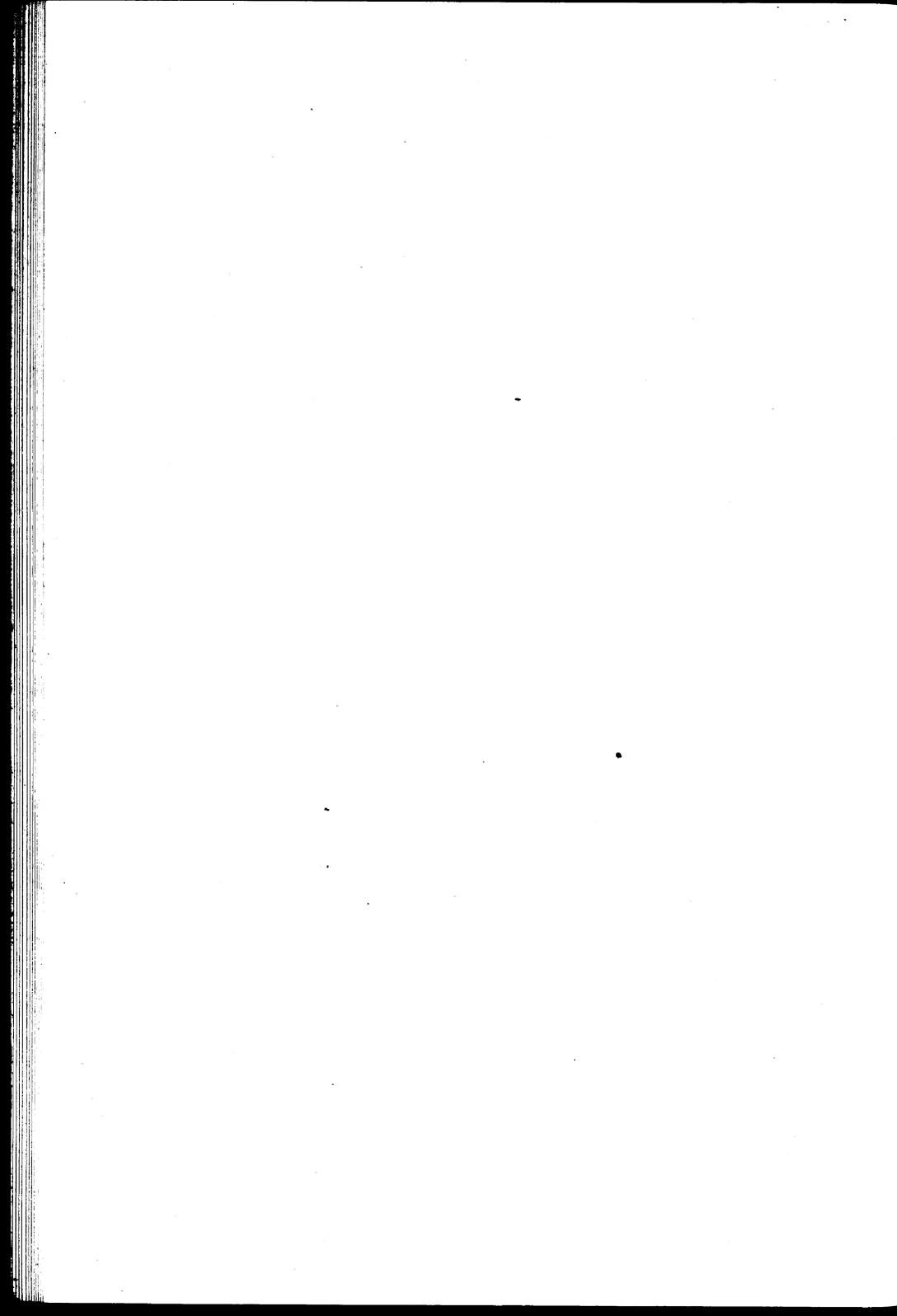
Cirujano del Hospital Español



A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

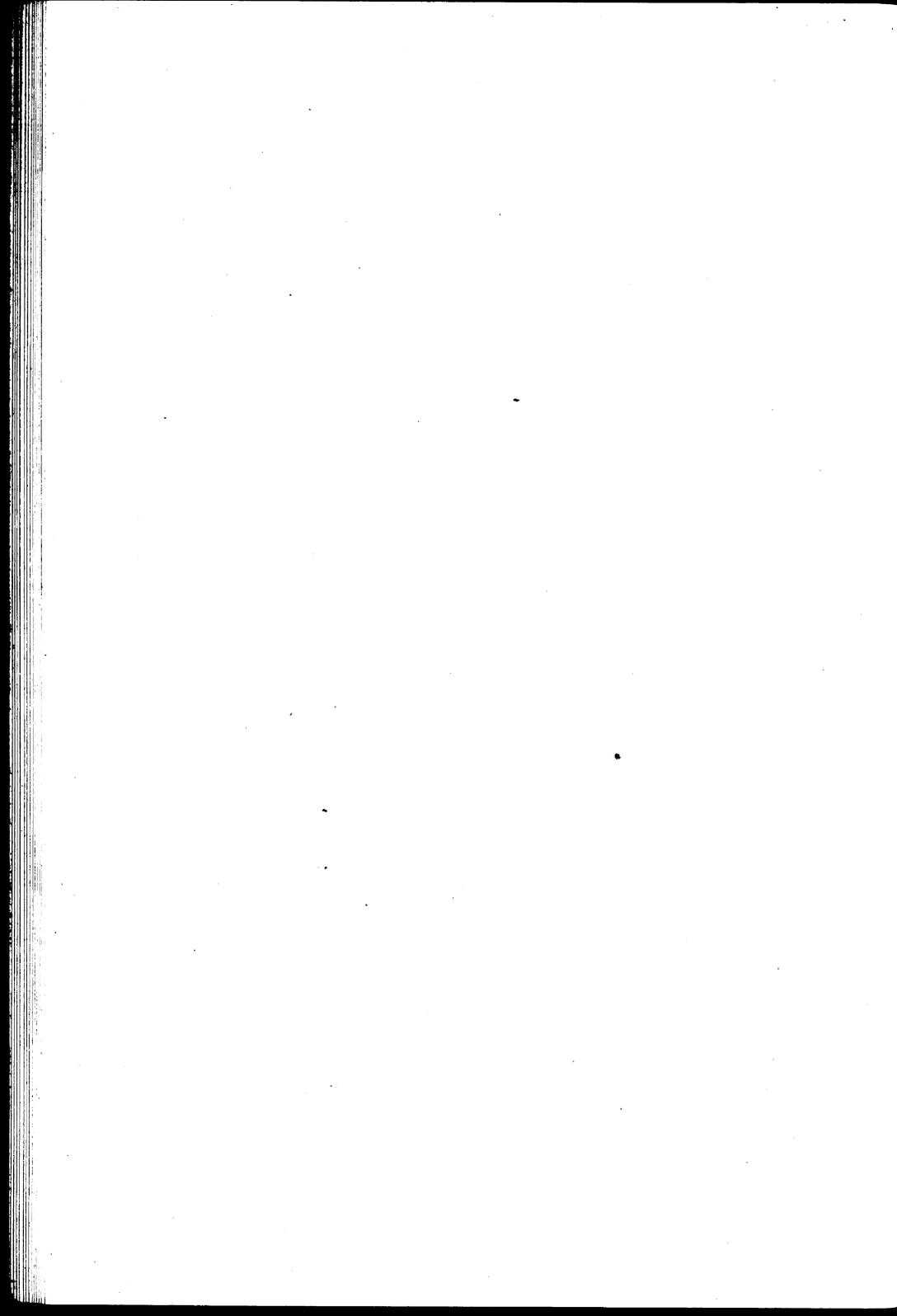
A LOS MÍOS



A MIS COMPAÑEROS DE INTERNADO

DEL HOSPITAL ESPAÑOL

A MIS AMIGOS



SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Someto á vuestra elevada consideración este modesto trabajo, que sólo es fruto de un estudio perseverante y de una corta experiencia adquirida á vuestro lado.

El tema que abordo no es nuevo en los anales de nuestra literatura médica; pero el haber observado varios casos en mi internado, me han inducido á tratarlo.

Mucho agradezco á mis maestros sus sabias lecciones, que á cada paso tendré que poner en práctica.

Al Dr. González Pellicer le quedaré vivamente agradecido, no solamente por el honor que me dispensa acompañándome en estos momentos, sino también por las provechosas enseñanzas que de él recibí mientras fui su practicante.

Al Dr. José Badía, digno director del Hospital Español, lo recordaré siempre con cariño y respeto.

Al Dr. Angel Gutiérrez, á quien no debo más que numerosas atenciones, mis reconocimientos.

A los doctores Blanes, Orcoyen, Sardá y á todos los médicos del Hospital Español, les doy las gracias por todas las atenciones que han tenido conmigo durante mi internado.

CONSIDERACIONES GENERALES

El quiste hidatídico se adquiere por la ingestión de los huevos de una tenia, que es considerada como una de las más pequeñas, llamada tenia equinococo. Mide de dos y medio á tres milímetros, y consta de una cabeza armada, á la que la siguen tres ó cuatro apillos, midiendo el último, cuando está á punto de desprenderse, un largo igual casi á la mitad de la tenia.

La cabeza, una de las partes más interesantes de este parásito, se encuentra munida de cuatro ventosas y en cuya base se inserta una doble corona de ganchos. A la cabeza le sigue un cuello corto, al que continúa un primer anillo, en el que no se observa nada de particular, pues recién en el segundo anillo aparecen rudimentos de órganos genitales, para hacerse más completo en el tercero, en que, llegado á la madurez completa, contiene en su interior alrededor de unos 500 á 800 huevos esféricos ó ligeramente ovalados, presentando una ligera membra-

na vitelina y en el interior del huevo se encuentra el embrión exacanto.

Este parásito vive en el intestino del perro, zorro y, en general, en todos los animales de la raza canina; es en estos animales en que la tenia, merced á la ayuda de sus ventosas y ganchos, adhiriéndose á las tunicas intestinales, va á adquirir su completo desarrollo, hasta el momento en que el último anillo, ya maduro, se desprende para ser arrastrado al exterior con las materias fecales, pudiendo así, por la acción del sol y de la humedad, poner en libertad los numerosos huevos contenidos en su interior, para ser más tarde introducidos en el organismo humano.

¿Por qué mecanismo pueden estos huevos introducirse en el organismo humano?

Bird de Melbourne piensa que puede hacerse por la vía aérea, y lo explica diciendo que las materias excrementicias de los perros, desecadas y pulverizadas, mezcladas al polvo levantado por el viento, penetrarían hasta el pulmón, realizando así la infección por vía bronquial. Esta teoría tendría en su contra la opinión generalmente admitida de la necesidad de la disolución de la cáscara para poner el embrión en libertad.

La vía que hoy se acepta es la digestiva; siendo llevados los huevos á la boca, ya directamente por las manos que acarician al perro ó por las distintas verduras y el agua misma de los pozos, que no se filtra ni esteriliza; por cualquiera de estos medios pasan los huevos al estómago del hombre, en que el jugo gástrico disuelve la envoltu-

ra, dejando el embrión exacanto en libertad, pasando luego con los alimentos al duodeno, donde se adhiere á la pared, atraviesa las paredes de este órgano con sus ganchos y, penetrando en las pequeñas ramas de la porta, van vehiculizados en ella á la manera de una embolia, llegando al hígado, donde se detienen y generalmente se fijan, dando lugar á la variedad más común de los quistes hidáticos; pero otras veces continúa y pasa á las venas supra-hepáticas, por las anastomosis que las unen á la vena porta, llegan á la vena cava, de allí al corazón derecho, de donde pasan por los vasos pulmonares al pulmón, se fijan en este órgano para dar lugar á los quistes hidáticos del pulmón, ó bien pasan á la circulación general para distribuirse en los diferentes órganos de la economía.

Algunos sostienen la emigración activa del embrión, el cual, valiéndose de sus ganchos, atravesaría los tejidos para localizarse en cualquier punto de la economía.

También puede el embrión penetrar en un vaso quillífero, de donde es transportado por el canal torácico al corazón derecho y luego al pulmón.

Una vez fijado el embrión exacanto, da origen al estado larvado de la tenia equinococcus, que es lo que llamamos quiste hidatídico.

El quiste hidatídico puede ubicarse en cualquiera de los pulmones y de sus lóbulos, siendo lo común encontrarlos en el lóbulo inferior del pulmón derecho; esto se explica si recordamos que la arteria pulmonar del lado de-

recho es de calibre superior al del lado izquierdo; además á la mayor intensidad de la circulación y á razones de gravedad.

El volumen es variable, pudiendo oscilar desde el tamaño de un huevo de gallina al de una cabeza de adulto.

El quiste se compone de una membrana externa, la cutícula; otra interna, la germinativa, y por último un contenido líquido.

La membrana externa, cuando está distendida por el contenido del quiste, se presenta clara y transparente, de superficie lisa y de consistencia elástica. Cuando el quiste se rompe y pierde gran parte de su contenido, la membrana se encoge y se presenta opaca, de un color blanco, comparable á la clara de huevo cocido.

La membrana interna ó germinativa que tapiza en su interior el quiste hidatídico, es esta membrana fértil la que va á dar lugar más tarde á la formación de cabezas de tenia.

El contenido líquido es incoloro y transparente como agua de roca, conteniendo cloruro de sodio, ácido sulfúrico, no tiene albúmina. Cuando el quiste es supurado el líquido toma un aspecto turbio y á veces es verdadero pus, conteniendo albúmina; la membrana que lo contiene toma un color oscuro y se desgarrá fácilmente.

En el líquido de los quistes, algunos investigadores han encontrado una ptomania que, cristalizada, tenía la forma de largas agujas prismáticas como hojas de helecho, lo que explicaría que esas toxinas serían las causan-

tes de los estados graves sincopales y de la urticaria, pero la experimentación demuestra que la toxicidad directa del líquido, está muy lejos de ser constante, y más bien podríamos relacionar estos accidentes á fenómenos netamente anafilácticos.

El Dr. Viñas inyectó líquido hidático proveniente de un sujeto que presentaba urticaria, y sin embargo, el animal no presentó ninguna alteración.

El Dr. Lagos García ha inyectado en varias ocasiones en la cavidad peritoneal de chanchitos y conejos, de cinco á cincuenta gramos de líquido hidático, sin que estos animales revelaran mayores trastornos; en un sólo caso un conejo al cual inyectó en la cavidad peritoneal una mezcla de líquido hidático y suero artificial en cantidad de cuarenta gramos, el animal presentó síntomas variados, muriendo á los pocos días, encontrándose en la autopsia una peritonitis generalizada.

A medida que el quiste se va desarrollando se rodea de una membrana formada por tejido fibroso que forma lo que se conoce por membrana periquística.

Sobre el origen de esta membrana no hay igualdad de opiniones; el Dr. Viñas ha estudiado cortes de membrana periquísticas, tanto de quistes intrapulmonares como pleuropulmonares, y de sus estudios deduce que la periquística es la resultante del parénquima pulmonar atrofiado por compresión y que se ha degenerado en tejido fibroso.

Los doctores Cranwell y Herrera Vegas dicen: «En el

corte de la periquística de un quiste intrapulmonar observan que las partes próximas á la membrana quística hay gran cantidad de estrías fibrosas colocadas paralelamente las unas á las otras, y entre medio de ellas se nota la presencia de gran cantidad de pequeñas células redondas con protoplasma escaso, mononucleares y además otras fusiformes, siendo los vasos numerosos. Este conjunto de fibrillas conjuntivas con infiltración celular, hace la impresión de que sean los antiguos alveolos que, comprimidos por el quiste en su desarrollo progresivo, se han aplastado poniendo casi en contacto sus paredes, las que se han espesado y adherido entre sí, desapareciendo por lo tanto la cavidad del alveolo. Los bronquios y los bronquiolos se presentan aplastados y rodeados por estrías conjuntivas.

El Dr. Alsina en su tesis, sostiene que la periquística se forma por un proceso más complicado, y según él, tres son las fases por que pasa este proceso: 1.º, inflamación de defensa; 2.º, extensión de la membrana, neoformada á expensas de células embrionarias, en cuyo desarrollo se adaptan á las condiciones de presión del tumor hidático, y 3.º; reforzamiento de la misma por el tejido pulmonar condensado. En los hidátides de mayor volumen predominan los fenómenos de condensación sobre los de inflamación.

La reacción inflamatoria de defensa se produce en el primer tiempo cuando el hidátide es pequeño; pasado este primer período, la actividad defensiva no es la misma, y

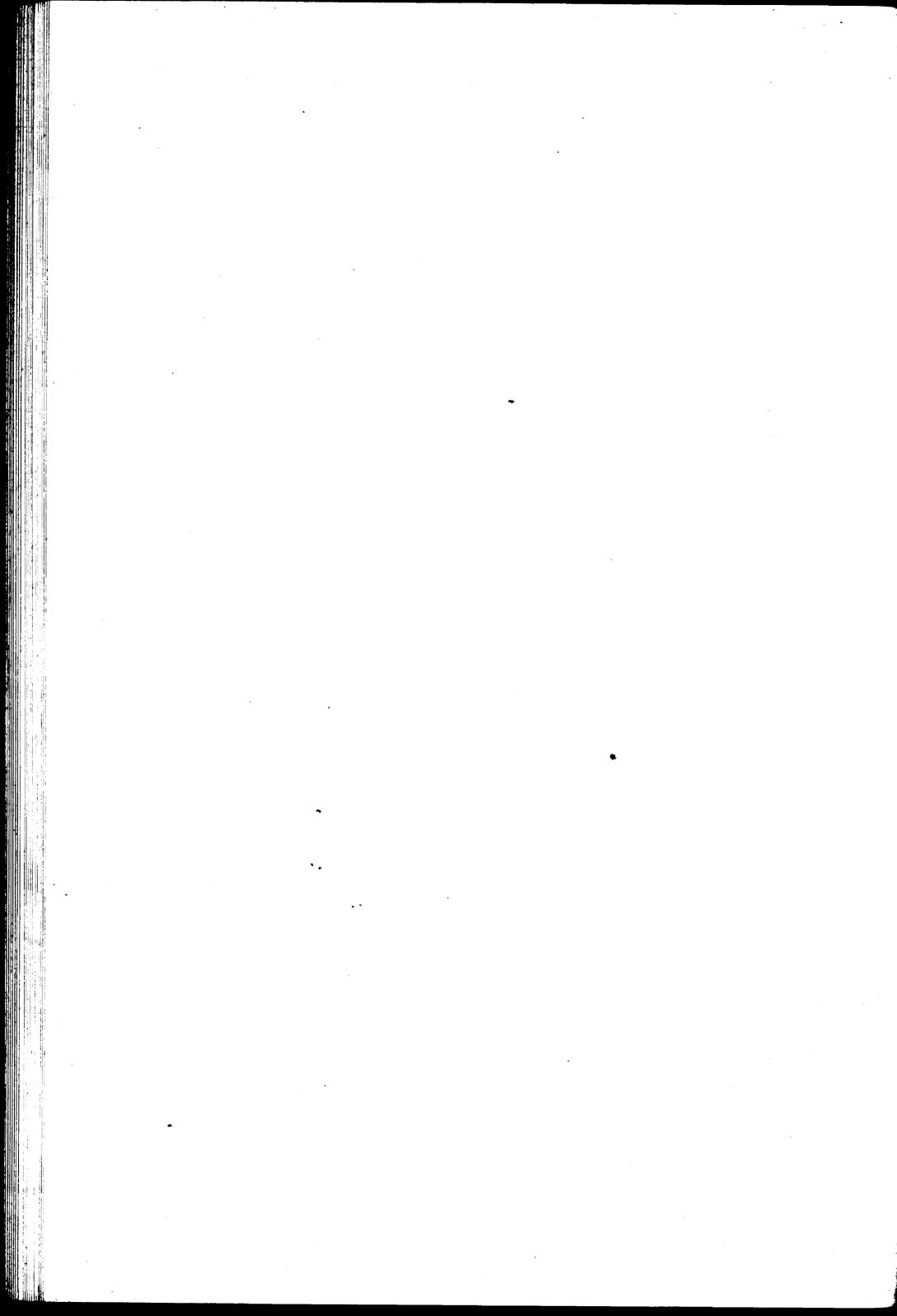
de ahí el desequilibrio entre la distensión del tumor y dicha actividad, lo que trae un adelgazamiento notable de la membrana primitiva, que es doblada de una capa de tejido pulmonar condensado que aumenta progresivamente.

En el espesor mismo de la condensación pulmonar, próximamente á la periquística, se nota gran cantidad de vasos dilatados de paredes delgadas, á los que probablemente son debidas las hemóptisis tan frecuentes en los quistes.»

Los bronquios también sufren la acción del quiste, y así los vemos que son rechazados, adelgazados en ciertos puntos y á veces abiertos en la cavidad del quiste, siendo la característica de estar abiertos en bisel, como en pico de flauta.

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

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



SINTOMATOLOGÍA

Los quistes hidatídicos del pulmón manifiestan su presencia por dos clases de síntomas: funcionales y físico.

Síntomas funcionales.—La tos es á menudo el primer síntoma que incomoda al enfermo, puede existir sola, durante semanas ante otros síntoma. Esta tos tiene al principio los caracteres de ser seca y quintosa, simulando los de la coqueluche, y á veces es tal la semejanza, que en una enfermita de ocho años observada y operada por los doctores Herrera Vegas y Cranwell, algunos médicos que no la habían examinado con detención, hicieron el diagnóstico de coqueluche.

Este carácter quintoso se explicaría según Hearn y Roger porque el quiste provoca una irritación sobre los filetes terminales del neumogástrico, la cual transmitida al bulbo determina contracciones espasmódicas de los músculos expiradores, destinados á expulsar el obstáculo; ahora bien: este obstáculo no pudiendo ser expul-

sado como lo sería una mucosidad bronquial, los esfuerzos de tos se suceden sin interrupción y toman así el carácter quintoso.

Más tarde cuando el quiste, en su acrecentamiento progresivo, irrita el parenquima pulmonar y los bronquios se acompaña de una expectoracion mucosa ó mucopurulenta, revistiendo los caracteres de la tos de la tuberculosis.

Dolor.—Es un síntoma casi constante en los quistes periféricos, poco frecuente en los centrales; es debido á inflamaciones de vecindad del quistes, por lo general á pleuresias secas.

En cuanto á su intensidad puede variar de un enfermo á otro, algunos sienten incomodidad y pesantez, otras veces un dolor fijo localizado en el sitio que ocupa el quiste, sin irradiación y en otros tienen irradiaciones multiples al hombro, cuello y al epigástrico.

Hearn dá su explicación diciendo que son producidos por compresiones nerviosas y en otros casos por neuralgias de los nervios intercostales.

Disnea.—Es un síntoma que se observa en la mayoría de los casos, cuando los quistes adquieren un gran desarrollo y dificultan la hematosis comprimiendo los bronquios y vasos sanguíneo.

Vigla le da gran importancia y dice hablando de este punto «es un síntoma infaltable y el más digno de llamar la atención, que se desarrolla progresiva, lenta pero

fatalmente y sin interrupción hasta el momento en que se termina por asfixia, fin natural de la enfermedad».

El carácter de esta disnea es manifestarse sobre todo después de una marcha ó de un esfuerzo.

Su intensidad aumenta cuando son de gran tamaño y cuando están situado en la parte superior.

Hay casos en que los quistes pequeños producen mayores fenómenos disneicos que los de gran volumen. El Dr. Escudero piensa que en estos casos la disnea puede ser atribuida á la absorción de toxinas hidáticas que producirían una alteración hemática. En las mujeres á observado Dougan Bird que toleran muy mal los quistes de las partes superiores del pulmón y esto se explicaría por el tipo respiratorio que es costal superior en la mujer.

Hemóptisis.—Es unos de los síntomas de mayor importancia y casi nunca faltan en los hidátides pulmonares. Hearn no los ha visto faltar más que en un 20 %.

En Islandia, donde la tuberculosis es rara, Fisen considera á este signo como patognomónico de quiste. Las hemóptisis pueden establecerse desde el comienzo de la enfermedad ó como muy bien dice Dieulafoy desde que se fija el embrión en el parénquima pulmonar. Se presentan bajo el aspecto de color rojizo, parduzcos ó estriados con sangre rutilante, otras veces es como jalea de grossella parecida á lo que se observa en el cáncer del pulmón. Estas hemóptisis expuisadas con la tos se

repiten varias veces por día durante semanas y meses, de una manera continua ó con ligeros intervalos, su cantidad es pequeña algunas veces, otras llegan á expulsar cien, doscientos y cuatrocientos gramos de sangre.

Las hemóptisis tardías son aquellas que acompañan á la ruptura del quiste, son mucho más abundante y más tenaces, á tal punto que suelen ser seguidas de muerte.

Patogenia de las hemóptisis hidáticas.— Hay varias teorías para explicar el mecanismo de su producción, el Dr. Viñas piensa que la hemóptisis provienen de la ruptura de los pequeños vasos que existen en gran número en la periquística. Dienlafoy se limita á considerarla como el primer grito de revuelta del pulmón ante el invasor, considerándolos como un medio de defensa del pulmon, tratando por este medio, de desembarazarse de su adversario.

El Dr. Escudero la explica de la manera siguiente: Los quistes pulmonares se hallan rodeados de una verdadera corona vascular, formada por vasos de neoformación, de paredes delgadas, y durante los esfuerzos de la tos, el tumor hidático golpea su corona vascular y la rompe; añádase á ello el aumento de tensión vásculopulmonar por las inspiraciones repetidas.

Chachereau dice que el quiste, á medida que se desarrolla, comprime los vasos pulmonares y consecutivamente se produce hiperemia á su alrededor. La sangre entonces transuda á través del epitelio bronquial.

Expectoración.—Se observa en los quistes cerrados cuando van acompañados de una bronquitis y dan al principio expectoración mucosa, para volverse más tarde mucopurulenta.

En los quistes abiertos la expectoración es purulenta y fétida, pudiendo verse macroscópicamente segmentos de membranas, y microscópicamente escolex, ganchos y glóbulos eosinófilos.

Urticaria.—Es un signo que se observa á consecuencia de punción ó de ruptura de un quiste. Es debido á la absorción de productos tóxicos que se encuentran contenidos en el líquido hidático.

Pleuresía.—Se observan en muchos casos, como uno de los primeros síntomas del hidátide pulmonar, pudiendo ser secas ó con derrame, como en las historias de Marconet, Chachereau y la relatada por Dieulafoy en un enfermo de su servicio.

En nuestros enfermos, la observación II fué un caso de quiste hidatídico de pulmón con derrame pleural.

Sobre su patogenia se han descrito varias hipótesis, entre ellas la de Behr, que dice que son debidas á exósmosis de líquido hidático, determinando cierta inflamación en la pleura.

Estado general.—Los enfermos portadores de pequeños y medianos quistes, cuyos síntomas funcionales son insignificantes, conservan un estado general bueno; en cambio,

los grandes quistes dificultando la hematosiis por compresi3n de los bronquios y acompa1ados de grandes y repetidas hem3ptiis, se adelgazan, palidecen y pierden el apetito. Por 3ltimo, los quistes abiertos y con gangrena pulmonar, presentan un p3simo estado general, tomando el aspecto de un tuberculoso en su per3odo de caquexia.

Signos f3sicos.—A la inspecci3n del t3rax notamos, en los quistes de gran tama1o, un abovedamiento general en el hemit3rax correspondiente, un ensanchamiento de los espacios intercostales y una disminuci3n en la amplitud de la excursi3n respiratoria.

En los quistes que se encuentran localizados, ya sea en la base 3 v3rtice del t3rax, forman un abovedamiento circunserito en dichas regiones.

Estas ectasias las observamos en los ni1os con mayor frecuencia que en el adulto, debido 3 la elasticidad de las costillas que ceden 3 las presiones que ejerce el quiste.

Los doctores Herrera Vegas y Cranwell han observado conjuntamente con el abovedamiento de t3rax, en los casos de quiste de gran volumen, un desarrollo venoso bastante marcado.

La observaci3n V de esta tesis, es un enfermo joven, portador de un gran quiste del pulm3n izquierdo, y presenta en el hemit3rax izquierdo adem3s del gran abovedamiento, un desarrollo venoso muy marcado.

Palpaci3n.—Por este medio f3sico podemos tomar las

vibraciones vocales, y confirmar los datos suministrados por la inspección.

Las vibraciones vocales se encuentran abolidas en los quistes periféricos que están en contacto con la pared torácica, ó cuando éste comprime la porción de parénquima que lo separa de la pared. Cuando está abierto y el tejido pulmonar que lo rodea es muy denso, por haber sufrido un proceso de neumonía fibrosa intersticial, las vibraciones se modifican aumentando la intensidad.

En los casos en que el quiste se encuentre localizado en el centro del parénquima pulmonar, las vibraciones se encuentran normales.

Percusión.—En los quistes periféricos que están en contacto con la pared torácica obtenemos por la percusión una zona de matitez absoluta, separada de la sonoridad pulmonar por un límite bien marcado.

Cuando el quiste es central y está separado de la pared torácica por una lengüeta pulmonar aereada menos de cinco centímetros de espesor, obtenemos por medio de la percusión fuerte, una zona de submatitez.

La forma de la matitez es variable; en los quistes del vértice el límite de la sonoridad pulmonar y de la matitez está indicado por una línea curva de convexidad inferior, en los de la parte media del pulmón es circular ovalada ú oblonga. y en los quistes situados en la base, es una línea curva á convexidad superior.

Cuando el quiste se desarrolla en la base ó en el vér-

tice del pulmón, dice el Dr. Escudero que puede observarse una zona mate mayor que la correspondiente al quiste; lo que sería debido á que á esta zona se agrega la parte de atelectasia pulmonar supraquística en los quistes del vértice é infraquística en los de la base.

Auscultación.—Los resultados que obtendremos por este medio depende del tamaño y de la situación del quiste; cuando los hidátides recién comienzan á desarrollarse, serán negativos, pero á medida que vaya aumentando de tamaño, el murmullo vesicular irá disminuyendo de intensidad de una manera gradual, hasta desaparecer por completo, en los casos en que la lámina pulmonar interpuesta entre el tumor y la pared torácica se vuelva impermeable.

Al auscultar las partes superiores del quiste oiremos respiración pueril y soplante.

La egofonía y pectoriloquia afona se observa en los casos de pleuresía concomitante; sin embargo, el doctor Escudero cita un caso en que había egofonía, á pesar de no haber derrame pleural. En nuestro enfermo de la observación V, portador de un gran quiste del lado izquierdo, encontramos en la región supraespinal soplo expiratorio, broncofonía y pectoriloquia afona sin haber derrame pleural.

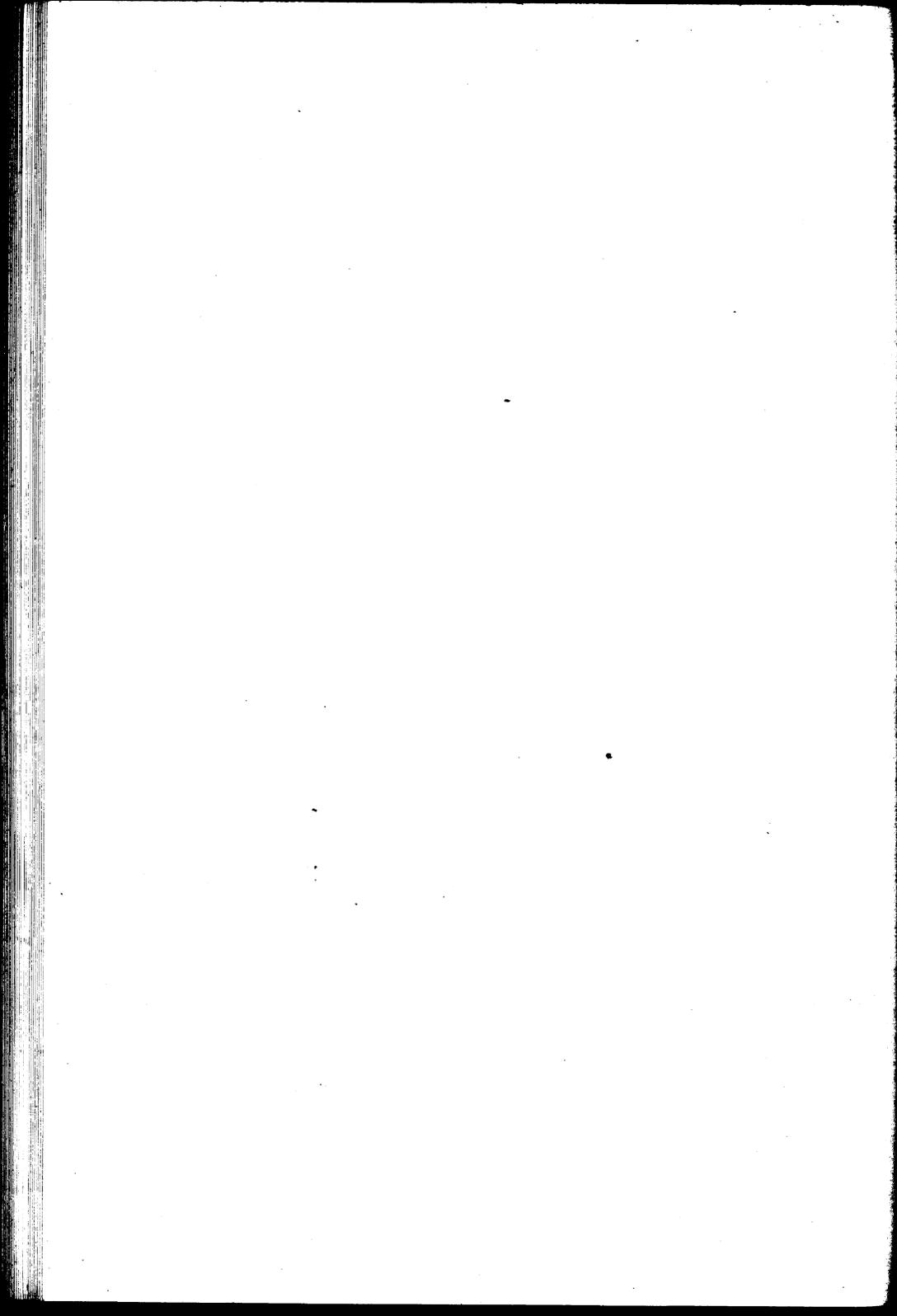
Fenómenos de compresión.—Los grandes quistes desarrollados en la cavidad torácica producen algunas veces desplazamiento del corazón y compresión de los grandes vasos.

Cuando se localizan en el pulmón izquierdo, por lo general rechazan el corazón hacia la derecha, y los del pulmón derecho hacia la izquierda. Sin embargo, los quistes del pulmón izquierdo pueden producir desviación hacia la izquierda, como el caso de Toeplitz; esto lo explica Mirallie diciendo que es debida á que no hay simple rechazamiento del corazón, sino rotación y torsión alrededor de su eje.

Los doctores Herrera Vegas y Aguilar han publicado un caso de destrocardia, donde encontraron los siguientes síntomas en la percusión: á la derecha, la sonoridad era normal, pero en una región colocada entre el borde derecho del esternón y la vertical mamaria existía matitez y se percibían á este nivel las pulsaciones cardíacas; este espacio de forma triangular, iba en altura desde la tercera costilla hasta el quinto espacio intercostal. En la auscultación, á nivel del sitio normal del corazón no se percibía nada, mientras que á la derecha, en la zona de matitez triangular se oían los ruidos característicos normales.

El Dr. Castro intervino en una enferma con quiste hidático del mediastino, encontrando la vena cava superior comprimida contra la pared del tórax. Estos casos de compresión de los grandes vasos es muy rara.

En las observaciones V, VIII y IX de nuestras enfermas, el corazón y los órganos del mediastino estaban rechazados hacia el lado derecho, el choque cardíaco se sentía á la derecha por fuera del apéndice xifoide.



EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

El quiste hidatídico del pulmón abandonado á sí mismo puede evolucionar de tres maneras: 1.º, progresivamente; 2.º, regresivamente y 3.º, sufrir complicaciones como ser la infección del quiste y la ruptura del mismo.

Evolución progresiva.—El quiste aumentando gradualmente de volumen, provoca deformaciones torácicas, desplazamientos del mediastino, descenso del hígado y compresión del pulmón. Este último accidente se manifiesta especialmente por disnea que va progresivamente aumentando, pudiendo llegar si no se interviene oportunamente á la asfixia y aún á la muerte.

Evolución regresiva.—Consiste en la degeneración de las paredes y del contenido del quiste, transformándolo en lo que se ha denominado quiste seco.

Las causas que producen este fenómeno las explica el doctor Tolosa en su tesis, diciendo: «Debido á causas es-

peciales aún no conocidas, y á las que indudablemente contribuye la reacción de defensa del organismo hacia el cuerpo extraño representado por el parásito, éste se vería atacado en su vitalidad, y tanto su contenido como sus membranas se modificarían.

Es un hecho de observación constante la lucha entre el parásito que invade rechazando los tejidos y produciendo una estratificación por desplazamiento, y los mismos elementos que reaccionan.

La congestión es el fenómeno pulmonar más constante; á ella le siguen las hemorragias que llegan á veces á exteriorizarse de una manera alarmante, y que traducen la lucha del pulmón para desembarazarse del tumor que lo irrita.

Con menor frecuencia es la neoformación, la esclerosis, la calcificación de la periquística que dominan, limitando el desenvolvimiento y ahogando al parásito.

Para Bard, el contenido de los quistes normales sólo se transforma ó degenera después de la muerte. Los fenómenos que entonces se observan son variables.

En primer lugar, el líquido se hace albuminoso, debido á la permeabilidad de la membrana germinativa; más tarde cárgase tan pronto de grasa y colestearina, tan pronto de sales calcáreas, al mismo tiempo que el líquido poco á poco se reabsorbe.

Muerto el parásito, el quiste cesa en su crecimiento y disminuye de volumen. Es así que cuando se examina un quiste llegado al término de su transformación, sólo se

encuentra en el interior de la membrana germinativa degenerada una masa pastosa ó calcárea más ó menos blanda ó consistente de color variable y cuyo volumen es menor que el quiste en su estado anterior. Sin embargo, es de suponer que no todos los quistes deben morir para degenerar. El quiste degenerado puede eliminarse, reabsorberse, permanecer enquistado de una manera definitiva ó supurar.

La eliminación puede ser parcial ó total, lenta ó brusca. En la lenta se va eliminando la membrana, después el contenido, reconociendo al análisis, grasas, colestearina pequeños fragmentos del tumor y á veces ganchos.

Cuando la eliminación es completa, la cavidad se llena de tejido de cicatriz y el enfermo queda curado.

Los quistes pequeños de consistencia dura ó que han sufrido la degeneración calcárea, pueden eliminarse de una manera brusca, como lo haría un cálculo en la litiasis pulmonar, en medio de fenómenos graves, de tos, hemóptisis, y asfixia.

Las membranas casi siempre preceden ó acompañan esta eliminación,

Cuando los quistes son voluminosos y su contenido es tal, que no es posible el desgaste lento, ni su eliminación brusca, los fenómenos pulmonares, solo puede conducir á la expulsión de la membrana, el contenido queda de una manera definitiva, como un cuerpo extraño aislado por el tejido de reacción. En casos especiales, cuando los quistes son muy pequeños, pueden reabsorberse. Los quistes

degenerados cuando se infectan puede terminar por supuración».

Supuración del quiste.—Esta complicación es más frecuente en los quistes del pulmón que en otras regiones de la economía; esto se explicaría, porque la periquística formada por la atrofia del tejido pulmonar es muy delgado y sin ninguna vitalidad; unido á la íntima relación que guarda con los bronquios, cualquiera infección de estas puede determinar su inflamación, como se observa muy á menudo en los enfermos portadores de afecciones crónicas ó agudas sobrevenidas durante la evolución de un hidátide.

En estas condiciones los enfermos presentan el cuadro sintomático de una infección piógena con temperatura á grandes oscilaciones que suelen alcanzar á 39° y aún más, por la tarde, palidez, adelgazamiento, espectoración purulenta con grandes hemoptisis que algunas veces son fulminante, el examen de la sangre da una leucocitosis marcada.

A estos síntomas generales se agregan los de vecindad con focos de congestión ó de bronco-neumonía, pleuresias secas ó con derrames y bronquitis á repetición.

Ruptura del quiste.—Puede hacerse ya sea en bronquio ó en la cavidad pleural, más raramente en el pericardio, estómago ó peritoneo.

El mecanismo por el cual el quiste se abre en los bronquios es el siguiente, las paredes de los bronquios

se desgastan en algunos puntos á medida que el quiste aumenta de volumen y basta entonces un exceso de tos, una punción exploradora, ó un traumatismo cualquiera para originar la ruptura en el quiste.

La ruptura se hace por lo general bruscamente y sintiendo los enfermos un dolor agudo y una sensación de desgarradura en el interior del tórax, las extremidades se ponen frías, la cara y labios cianóticos, el pulso frecuente y filiforme, arrojando de repente por la boca y nariz un líquido espumoso con membranas y vesículas, en medio de fuerte accesos de tos. La consecuencia de este accidente puede ser la muerte por asfixia ó por síncope.

Esta ruptura puede hacerse lentamente, y el enfermo expulsar de cuando en cuando vesículas ó fragmentos de membranas sin producirle dolor ni hemóptisis.

Por lo general la vómica está compuesta por un líquido claro y espumoso que deja un sabor salado en la boca del enfermo y por fragmentos de membranas y vesículas ó por pus cuando el quiste es supurado.

Una vez producida la vómica queda en el pulmón una cavidad que puede evolucionar de dos maneras, hacia la curación espontánea siguiendo un tratamiento médico, ó infectarse llenándose de pus.

Los enfermos en estas condiciones tienen temperaturas altas; expectoración purulenta y fétida como en la gangrena del pulmón, sucumbiendo cuando la infección progresa por una bronconeumonía intercurrente.

La ruptura del quiste en la cavidad pleural no es tan rara para la mayoría de los autores.

El mecanismo que la produce es análogo á la anterior, la periquística se adelgaza en algunos puntos á medida que el quiste aumenta de volumen, y basta entonces un acceso de tos ó un traumatismo cualquiera para originar la ruptura en la pleura, produciendo un hidrotórax; conjuntamente los bronquios que se encuentran desgastados se suelen romper al mismo tiempo, produciendo un hidroneumotórax, éste se transforma rápidamente en pioneumotórax por infección del líquido derramado en pleura.

La ruptura se produce bruscamente en medio de un acceso de tos, sintiendo el enfermo una fuerte puntada de costado, acompañado de un estado sincopal, pudiendo producirse la muerte.

De nuestros enfermos, el de la observación VIII fué un quiste de pulmón abierto en la cavidad pleural; fué intervenido en seguida por los síntomas de asfixia que presentaba.

Otra complicación es la tuberculosis en un enfermo con hidatidosis, esto se observa en los quistes abiertos en bronquios y cuya cavidad no se evacua, de evolución larga y supuración prolongada, preparando de este modo el terreno para injertarse fácilmente una tuberculosis.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del quiste hidatídico del pulmón no siempre es fácil, confundiéndosele con otras afecciones que pueden simularlo. En nuestro país, donde á semejanza de Australia y Argelia, se encuentra tan extendida esta afección, el médico está obligado á pensar siempre en ella.

El diagnóstico no es difícil en aquellos casos en que el enfermo con un buen estado general se nos queja de tos seca, hemóptisis, abovedamiento limitado que coincida con abolición de vibraciones, matitez y ausencia de murmullo vesicular, ó cuando el enfermo nos dice haber arrojado por la boca una membrana comparada á la clara del huevo cocido.

Sin embargo, las dificultades del diagnóstico preciso son posibles, teniendo en esos casos que recurrir al laboratorio para la investigación de los anticuerpos que es una reacción específica; la eosinofilia, signo probable de hidatidosis y por fin á los Rayos Röntgen, que permiten

reconocer la sombra característica de un quiste pulmonar.

Las enfermedades que se pueden confundir con el quiste de pulmón son las tuberculosis. Pleuresías con derrames libres ó enquistada, neoplasma del pulmón y quiste hidático de la cara superior de hígado.

El diagnóstico diferencial con la tuberculosis lo resumimos en el siguiente cuadro:

TUBERCULOSIS	QUISTE HIDÁTICO
1. ^o Procedencia del enfermo: sin importancia.	1. ^o Procedencia del enfermo: de la campaña por lo general.
2. ^o Antecedentes hereditarios: muy importantes.	2. ^o Antecedentes hereditarios: sin importancia.
3. ^o Antecedentes personales: frecuentes resfrios.	3. ^o Antecedentes personales: sin importancia.
4. ^o Evolución: larga, que se inicia por decaimiento, falta de apetito, trastornos gástricos, temperatura vespéral y sudores nocturnos.	4. ^o Evolución: lenta, que se inicia por tos, dolor torácico, disnea, hemoptisis y vómica.
5. ^o Estado general: malo.	5. ^o Estado general: bueno.
6. ^o Localización: generalmente vértice izquierdo.	6. ^o Localización: generalmente base derecha.
7. ^o Inspección: espacios supra é infraclaviculares é intercostales deprimidos.	7. ^o Inspección: tórax abovedado.
8. ^o Palpación: vibraciones vocales aumentadas.	8. ^o Palpación: vibraciones vocales disminuidas ó abolidas.
9. ^o Percusión: submatitez ó matitez con bordes difusos.	9. ^o Percusión: submatitez ó matitez con bordes curvos netos.
10. ^o Auscultación: inspiración ruda, expiración soplante con rales secos craquemient ó rales húmedos finos ó medianos en la zona de matitez.	10. ^o Auscultación: silencio respiratorio ó murmullo vesicular alejado en la zona mate; en las zonas vecinas respiración pueril.
11. ^o Examen de esputos: hay bacilos de Koch.	11. ^o Examen de esputos: no hay bacilos de Koch, salvo que tenga las dos afecciones; hay ganchos.
12. ^o Reacción de anticuerpos: negativa.	12. ^o Reacción de anticuerpos: positiva.
13. ^o Dermorreacción: positiva.	13. ^o Dermorreacción: negativa.
14. ^o Radioscopia: sombras á límite difuso.	14. ^o Radioscopia: sombra á límites redondeados.

El diagnóstico diferencial con las pleuresías de evolución crónica lo hacemos teniendo en cuenta: 1.º Los síntomas tuberculosos como ser: enflaquecimiento, fiebre vespéral, dispepsia, anemia ligera, dermo-reacción positiva que los encontramos en las pleuresías y que por lo general no se encuentran en el quiste. 2.º La deformación torácica, en los casos de quiste es más localizada; en los derrames es uniforme y se extiende á todo el hemitórax. 3.º La línea superior de percusión en los derrames es casi horizontal; en el quiste es curva y neta. 4.º La zona de matitez en el quiste toma una parte del hemitórax; en las pleuresías todo el hemitórax. 5.º El triángulo de Grocco en los derrames aumenta ó desaparece en el decúbito; en el quiste queda inmóvil. 6.º El límite de percusión se modifica por la respiración en el quiste; en la pleuresía no hay influencia. 7.º En los derrames la forma de matitez cambia en el decúbito; en el quiste se conserva. 8.º La sombra radioscópica en los derrames es limitada por una línea horizontal y que es inmóvil en las grandes inspiraciones; en los quistes se limita la sombra por una línea curva de convexidad mirando hacia arriba.

El cáncer de pulmón se distinguiría por su evolución más rápida, la caquexia precoz, la coloración amarillo-paja de la piel, la adenopatía en la región supra-clavicular y axilar, los esputos jalea de grosella, el derrame pleural sanguinolento y además porque ataca á los individuos de una edad avanzada.

El diagnóstico diferencial entre la pleuresía interlobar



y un quiste supurado es fácil cuando el enfermo ha tenido vómica, por el examen, encontrando en la primera neumococos y en el otro ganchos de equinococos, pero cuando no existe este gran síntoma, las dificultades son mayores. Sin embargo en los casos de pleuresía hay antecedentes de neumonía y además hay una matitez que corresponde á la cisura interlobar.

La adenopatía traqueo-brónquica podría confundirse con el quiste de pulmón, pero tiene síntomas especiales, localizados en la región esternal é inter-escapular, además hay disnea paroxística, afonía, tos espasmódica y quintosa, voz bitonal, desarrollo venoso torácico y edema en el tórax.

El aneurisma de la aorta se diferencia por ser un tumor pulsátil, con latidos isócronos á los del corazón y soplo, produciendo comunmente alteraciones del pulso, desigualdad pupilar, etc.

El diagnóstico diferencial entre el quiste de la base del pulmón derecho con los de la cara superior y posterior del hígado, no ofrece dificultades, cuando entre el quiste y el hígado hay tejido pulmonar aereado que nos da sonoridad pulmonar á la percusión, pero difícil en el caso contrario.

Tomamos del Dr. Escudero el siguiente cuadro diferencial, por creerlo el más completo:

SIGNOS FUNCIONALES

QUISTE DE LA BASE DEL PULMÓN	QUISTE DE LA CARA SUPERIOR Y POSTERIOR DEL HÍGADO
Tos: seca al principio, mucosa ó mucopurulenta después.	No hay tos.
Reacciones pleurales, febriles y dolorosas.	No hay.
En su ausencia, dolor persistente, continuado, á veces exagerado por la respiración.	Generalmente falta. Cuando existe es escaso y transitorio, indice de una reacción pleural de vecindad.
Hemoptisis, expectoración sangui-nolenta.	No hay.
No hay.	Perturbaciones gastro-intestinales leves muy á menudo.
No hay.	Dolor en la región hepática cuando son grandes y viejos.
No hay.	Glicosuria experimental.
No hay.	Posibilidad de hallar bilis en las orinas.
	Hígado frecuentemente aumentado de volumen, el lóbulo derecho sobre todo.

INSPECCIÓN

Deformación torácica; ectasia circunscrita.	No existe. Con los grandes quistes deformación bilateral de la base del tórax.
Ensanchamiento desigual de los espacios intercostales de la región afectada.	No existe. En los grandes quistes es de ambas bases.
Disminución ó abolición de la excursión respiratoria del lado afectado únicamente.	Disminución bilateral en los grandes quistes.

PALPACIÓN

Indolora por lo general: cuando lo es, se reduce á la región torácica.	Indolora. Cuando lo es, se descubren también zonas dolorosas en otros puntos del hígado.
Las vibraciones vocales disminuidas y desaparecidas en el límite de la matitez.	Conservadas en la parte superior de la matitez: sólo desaparecen en la base.
No es constante.	No es constante.

PERCUSIÓN

Transición brusca de la sonoridad á la matitez.	Zona de transición entre la sonoridad pulmonar y la matitez del quiste.
La línea de percusión no se modifica ni por la respiración ni por el decúbito.	Se modifica. Falta en los quistes muy grandes.
La percusión abarca una capacidad del tórax, sin modificar la totalidad del límite inferior del pulmón.	Modifica la totalidad del límite inferior del pulmón, aunque la parte más alta de la percusión comprenda una cara del tórax.
La forma de la percusión es exageradamente curva.	Curva más suave y extendida.
Triángulo de Grocco, en los que asientan contra la columna.	No hay.

AUSCULTACIÓN

Coincidencia del límite percutorio con la ausencia de murmullo. No es constante.	Se ausculta murmullo por debajo del límite superior de la percusión.
Posibilidad de egofonía fuera de toda complicación pulmonar.	No hay.

RADIOSCOPÍA

Sombra inmóvil durante la respiración.	Sombra móvil.
Ausencia del seno costodiafragmático.	Presencia.

El diagnóstico entre quiste hidático del pulmón con el de la pleura es muy difícil; sin embargo, podemos sospechar en este último cuando faltan la expectoración y hemoptisis, persistiendo un dolor muy agudo en el tórax.

En los casos de quiste de pulmón y de hígado, abiertos en el bronquio, el diagnóstico diferencial se hace por la expectoración; en los de hígado, los esputos son amargos y verdosos, debido á la bilis, mientras que en los de pulmón son salados, purulentos, fétidos y con restos de membranas.

Terminaré este capítulo haciendo una pequeña reseña sobre la reacción de anticuerpos hidatídicos, la eosinofilia y el examen radioscópico y radiográfico, medios que prestan grandes servicios en la hidatidosis, y que el médico recurre como ayuda y precisión del diagnóstico.

La reacción de anticuerpos hidáticos, está basada en el principio de la desviación del complemento, de gran valor por ser específica.

Imaz Appattie y Lorenz, son los que más se han ocupado entre nosotros, llegan á las siguientes conclusiones:

1.º En el suero de los enfermos portadores de quiste hidático existen anticuerpos específicos.

2.º La presencia de los anticuerpos pueden ponerse en evidencia hasta un mes y diez días después de haber evacuado el quiste (no podrían afirmar por el momento si duraba más tiempo).

3.º La investigación de los anticuerpos específicos en una hidatidosis no exige una técnica complicada, pero si excesivamente delicada.

4.º La presencia de anticuerpos confirma ó provoca un diagnóstico de quiste hidatídico, su ausencia la excluyen (no sabemos aún si en la totalidad de los casos).

5.º La investigación de anticuerpos según el procedimiento de Bordet y Gengon, dá indicaciones más constante que en la suero-precipitación de Flerg y Lisbonne.

Eosinofilia.—Se denomina así, cuando el examen de la sangre, de un enfermo portador de quiste, encontramos aumentado los leucocitos eosinofilos.

Los eosinófilos como cifras absoluta encontramos un porcentaje de setenta ó cientocincuenta por milímetro cúbico y como cifra relativa de 0,4 á 2,5 por ciento.

Se considera como eosinófilos cuando pasan del cuatro por ciento.

Para que este signo tenga valor diagnóstico es necesario eliminar las otras causas que también la producen. Tales son en primer lugar algunas afecciones parasitarias como los oxiuros, ascaride, tenias, anquilostoma, filaria, trichina y landreria: ciertas enfermedades de la piel psoriasis, prurigo de Hebra, dermatitis de Hallopeau, de Durhing, pénfigo, urticaria, liquen plano, eczema crónico; enfermedades eruptivas: escarlatina, sarampión, tétano, viruela y algunas afecciones crónicas como la lepra y el asma.

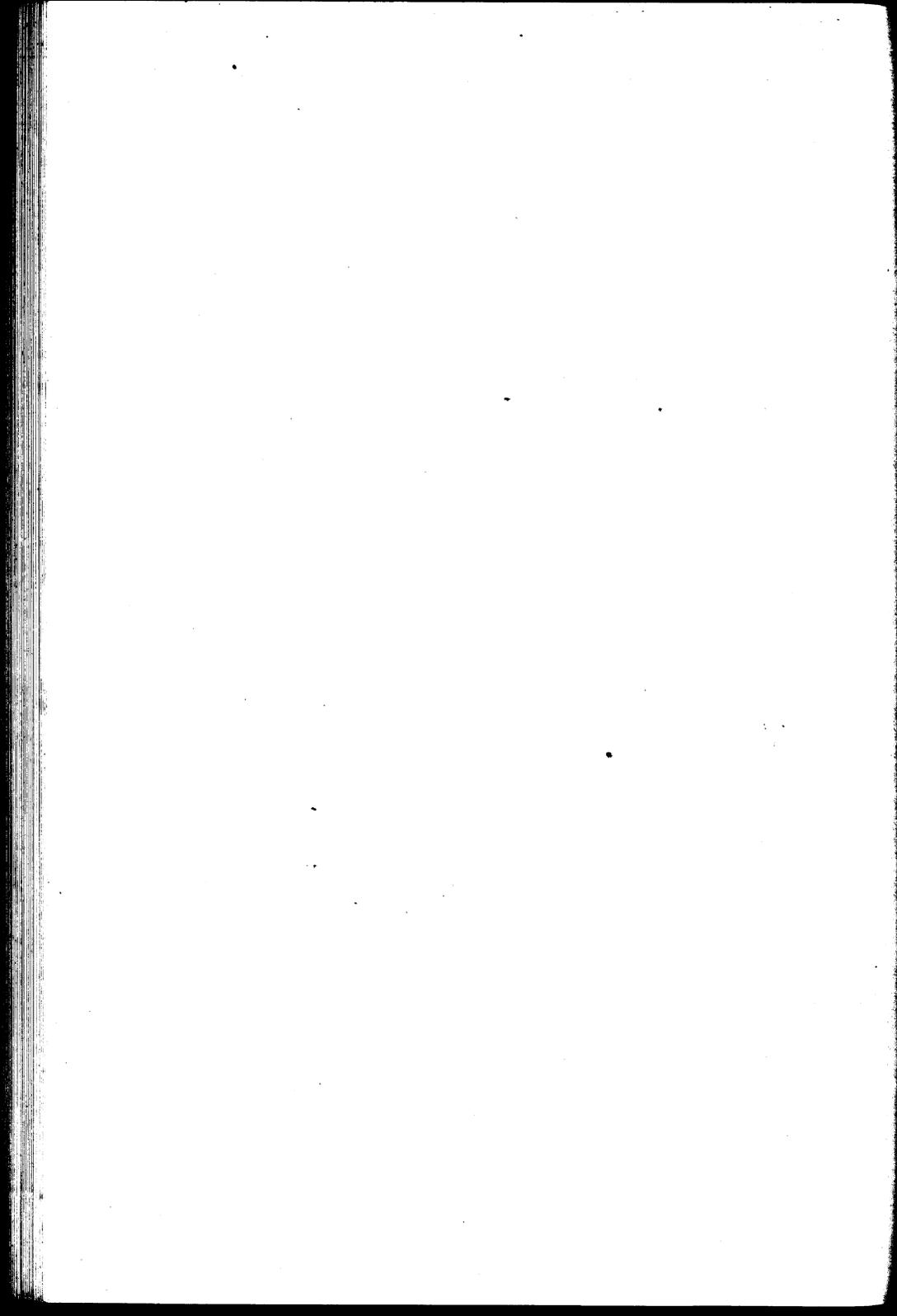
La eosinófilia falta en los quistes supurados, siendo reemplazados por una leucositosis polinuclear.

No todos los autores le atribuyen gran importancia á la eosinófilia. Acuña que es entre nosotros uno de los que más se han ocupado en este asunto, le dá gran importancia á la presencia de la eosinófilia, su ausencia rigurosamente constatada debe, según él pensar mucho contra la existencia de un quiste hidático.

El mismo autor dice «es necesario hacer la numeración total del leucocitos para determinar el numero de eosinófilos por milímetro cúbico de sangre, dicha operación es tan importante como el porcentaje relativo de los mismos, pues á veces sucedería que, esta última cifra

parezca normal, mientras que de la determinación del número absoluto resulta una eosinofilia franca».

Radiología.—Los quistes hidáticos del pulmón proyectan sobre la pantalla fluoroscópica una sombra uniformemente oscura, de forma esférica ú oblonga, con bordes netos que resaltan de la transparencia normal del pulmón; en cambio en la pleuresía con derrame y en la tuberculosis es diferente, en la primera la sombra también es oscura, pero el límite superior es horizontal y cambia con las distintas posiciones que se le dá al enfermo. En la tuberculosis dá una opacidad difusa sin límite neto.



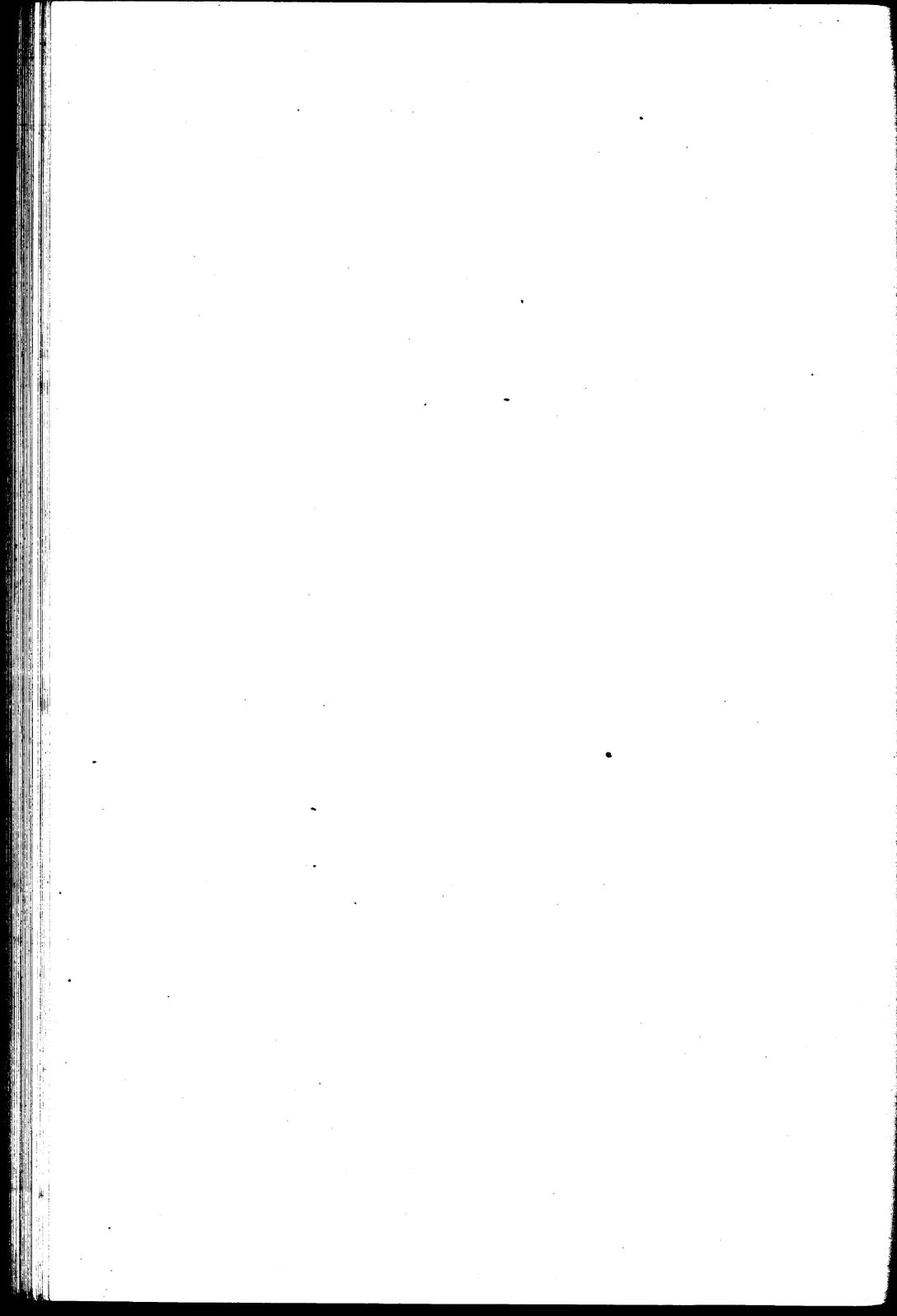
PRONÓSTICO

Cuando los quistes pulmonares, evolucionan siguiendo una marcha progresiva, el pronóstico es grave, pues llega un momento en que la compresión y el rechazo- miento de los órganos intratorácicos es tan grande, que pueden terminar por la asfixia ó el síncope, sino sobre- viene una vómica salvadora que lo lleve á la curación.

Cuando la marcha es regresiva y muere el hidátide por calcificación el pronóstico es más favorable.

Lo mismo que en los casos en que el quiste se abre en un bronquio, produciendo la curación del enfermo, siempre que no tenga complicaciones de parte del apa- rato broncopulmonar haciendo cambiar el pronóstico.

En los enfermos operados debe hacerse un pronóstico reservado, por los peligros durante la intervención y las complicaciones post-operatorias.



TRATAMIENTO

El tratamiento de los quistes hidatídicos del pulmón podemos dividirlo en médico y quirúrgico.

Tratamiento médico.—Se han propuesto varios medicamentos que únicamente tienen acción sobre algunos síntomas como ser la tos y la disnea, entre ellos figuran las inhalaciones de ácido fénico propuesto por Contatin Paul; la esencia de trementina por Skoda; la tintura de eucaliptus por Bucquoy, y el éter por Marccone. Todos estos medicamentos han sido completamente abandonados por ser ineficaces para reemplazarlo por el tratamiento quirúrgico.

Tratamiento quirúrgico.—Se inició con la punción aspiradora propuesta y practicada en una época en que el tratamiento quirúrgico era más peligroso que los mismos quistes; fué un método benéfico, preconizado por Dieulafoy. La curación por este método la explicaban dicién-

do que la punción producía la muerte del parásito privándolo de su líquido por insuficiencia de materiales nutritivos.

A este método le siguió el de la punción é inyección parasitocida, que tenía por objeto matar el parásito empleando substancias diversas: bilis, tintura de yodo, alcohol, extracto de hebrecho macho, ácido fénico, naftol y el sublimado.

Mesnaid y Devobe lavan el quiste, después de evacuado, con una solución de sublimado al uno por mil. Hanot, después de aspiración completa, inyectaba 15 á 40 gramos de licor de Van Swieten; Bacelli y Senet extraen 10 á 20 centímetros cúbicos de líquido hidático, que reemplazan por una cantidad igual de licor de Van Swieten.

Chaput ha practicado en varios casos una inyección de 2 centímetros cúbicos de formol puro.

El método de la punción simple y el de la punción con inyección parasitocida, han sido abandonados por completo por la mayoría de los cirujanos, por lo ineficaz y los graves peligros que puede aportar, como ser: 1.º, la intoxicación del líquido hidático ó del líquido parasitocida; 2.º, la supuración del quiste; 3.º, la equinococosis secundaria, y 4.º, hemorragias por heridas de los grandes vasos.

La intoxicación hidática es producida por el derrame de líquido en la cavidad pleural, saliendo del quiste por el orificio producido por la punción ó la ruptura del quiste. Los accidentes consecutivos á la ruptura pueden

ser ligero, graves y algunas veces mortales. En la primera se reduce á erupción de urticaria, que desaparece en poco tiempo.

En los casos graves el enfermo es atacado de disnea, cianosis, enfriamiento de las extremidades, tendencia al colapso, temperatura alta de 40 grados y taquicardia.

Estos síntomas se calman lentamente, apareciendo una erupción de urticaria, volviendo en pocos días á su estado normal. En otros casos puede producir la muerte. Chauffard refiere un caso de muerte media hora después de la punción.

La punción con inyección parasiticida es tal vez más peligrosa que la punción simple, porque á la intoxicación hidática hay que agregar la intoxicación por la inyección.

El Dr. Gutiérrez publicó en los «Anales del Círculo Médico Argentino» en el año 1895, un caso de muerte; había extraído 1450 gramos de líquido, inyectando únicamente 20 gramos de una solución de sublimado al uno por mil.

La supuración del quiste es originada por falta de asepsia, ó que la aguja al atravesar la adventicia cubierta de parénquima pulmonar, podría llevarse con la aguja microbios patógenos, y sembrarlos en el líquido hidático, excelente medio de cultivo.

La equinocosis secundaria consiste en el desarrollo de nuevos quistes á expensas de los elementos contenidos en el quiste hidático, los scolex y vesículas prolíferas.

Entre nosotros se han practicado experiencias tendientes á demostrar la equinococosis secundaria. El Dr. Viñas en el año 1899 practicó en un cobayo la inoculación subcutánea de un fragmento de membrana germinativa, en la autopsia del animal, practicada á los tres meses encuentra un quiste del tamaño de un huevo de paloma con líquido transparente. Por la inoculación de scolex no tuvo resultado positivo.

El Dr. Cranwell en 1902 inocula un fragmento de membrana madre en la cavidad peritoneal de un conejo, á los cuatro meses hace la autopsia y encuentra el fragmento sin haber aumentado de volumen.

La herida de un grueso vaso, puede originar hemorragias graves como el caso de Bryant en que la muerte se produjo inmediatamente después de la punción; en la autopsia se encontró el quiste lleno de sangre, la hemorragia había sido producida por la herida de una rama de la vena porta.

Nos ocuparemos ahora del procedimiento de elección, es decir, de la neumotomía. Comprende tres tiempos.

Primero. Incisión y apertura del tórax.

Segundo. Apertura de la pleura,

Tercero. Incisión del pulmón y tratamiento del quiste.

Primer tiempo.—Para llegar al quiste se han propuesto diversas operaciones de la pared torácica. Algunos hacen una simple incisión á través de un espacio intercos-

tal; otros resecan una costilla é incinden en su lugar para evitar la herida de los vasos intercostales, y otros abren una amplia brecha en la pared torácica por medio de colgajos osteomusculocutáneos de distintas formas. Así Israel y Bouilly practican la reseccion costal. Lawson Tait hace lo mismo. Delorme levanta un colgajo que comprende las partes blandas y las costillas desde la tercera hasta la sexta inclusive, que le da acceso á la cavidad torácica; una vez terminada la intervención, el colgajo es reaplicado nuevamente y suturado; el Dr. Repetto propone la toracotomía de Postemsky, y el Dr. Posadas hace una modificacion del procedimiento de Delorme, comprendiendo dos costillas en el colgajo en lugar de cuatro.

Los quistes operables son, en general, quistes de un cierto volumen, están cerca de la pared ó en contacto con ella, á la cual adhieren muchas veces; se comprende que con una simple resección costal se abre una brecha suficiente para llegar al quiste; en los casos en que el quiste está más profundamente colocado y es necesario explorar el pulmón, tendrá sus ventajas el procedimiento osteoplástico, levantando en la pared un colgajo osteomusculocutáneo que comprenda dos ó tres costillas.

Segundo tiempo.—Resecada la costilla, se llega sobre la pleura parietal, que es necesario atravesar para llegar al pulmón; si las pleuras se adhieren entre sí, nada más sencillo; pero si no existen adherencias, el aire penetraría, produciendo un pneumotórax, y retrayendo el pulmón haría más difícil llegar al quiste.

Con el objeto de evitar el pneumotorax, accidente grave según algunos autores, se han propuesto diferentes medios; ninguno de ellos es perfecto, sea porque no pongan seguramente al abrigo del pneumotorax ó porque presentan inconvenientes, bajo el punto de vista de la busca y del tratamiento de la lesion pulmonar.

Entre los métodos propuestos para evitar la produccion del pneumotorax tenemos:

El procedimiento de Roux, que consiste en rodear el sitio de la lesion por medio de una sutura continua á puntos retrógrados que toman la pleura parietal y el pulmón recubierto por la hoja visceral.

Delagenier, basándose en experiencias en animales que demuestran que, si una vez producido el pneumotorax, se vuelve á cerrar la abertura pleural con el pulmón atraído á la herida por medio de pinzas, se consigue evitar los accidentes graves; aplica estos conocimientos á la cirugía pulmonar, siendo seguido por algunos cirujanos.

Hay otro procedimiento que permite la abertura inmediata de la pleura y la exploracion fácil del pulmón, pero se necesita un instrumental especial y una operacion complicada. Tiene por principio hacer aumentar la presion intrapulmonar, sea haciendo respirar aire comprimido, sea insuflando en el pulmón aire bajo presión en el momento de la apertura de la pleura, á favor de una traqueotomía. Otros bajan la presion del aire que penetra en la pleura, operando en cámaras pneumáticas como la de Sauerbruch. donde la presion está disminuida.

Hay otro método antiguo que busca formar adherencias entre las hojas pleurales antes de incidir la pleura parietal, por medio de taponos embebidos en cloruro de zinc (Quinue), gasa yodoformada (Krause).

Esta neumotomía en dos secciones, ventajosa bajo cierto punto de vista, presenta el inconveniente de retardar la apertura de colecciones que hay interés en abrir lo más pronto posible y no nos da tampoco indicaciones sobre el sitio exacto de la lesión pulmonar. Por estas razones ha sido abandonado en favor de neumotomía simple.

El procedimiento que se usa en práctica, además del de Roux, es el arponamiento del pulmón, que consiste en atravesar con un hilo de catgut la pared, tomando las pleuras parietal y visceral y parte de parénquima pulmonar, por dos puntos en U y colocados en dos puntos opuestos; esto impide el retraimiento del pulmón en el momento de la apertura de la pleura parietal.

Tercer tiempo.—Abierta la pleura parietal se llega sobre el pulmón.

Cuando existen adherencias pleurales no hay más que introducir el bisturí en el pulmón para evacuar el quiste, pero cuando estas adherencias no existen, puede abrirse el pulmón previa fijación de éste, ó sin fijarlo á la herida pleural; si no ha sido fijado, después de aislar el campo operatorio, se extrae por medio de pinzas á la abertura pleural, se incinde, se evacúa el quiste, se seca la cavidad con gasa esterilizada, se sutura los bordes del quiste á la

pared y se procede al drenaje ó á la redacción sin drenaje.

Cuando el quiste se encuentra profundamente colocado, conviene primeramente punzar y una vez que la aguja nos dé líquido, introducir el bisturí sirviéndonos de guía la misma aguja hasta llegar al quiste é incindirle ampliamente.

El momento de la abertura y vaciamiento del quiste deben hacerse lo más rápidamente posible, para que no penetre líquido en los bronquios y produzca fenómenos de asfixia siempre terribles, al mismo tiempo se coloca el enfermo medio sentado ó acostado del lado del quiste, de manera que la herida quede declive y pueda salir el líquido lo más pronto posible. En el momento de la apertura del quiste se suspende la anestesia.

El procedimiento con drenaje está indicado cuando el quiste es grande, cuando está supurado ó cuando hay una caverna hidática abierta en bronquío que no drene bien, teniendo el enfermo, temperaturas á grandes oscilaciones, y expectoración purulenta.

Se hace la reducción sin drenaje en los casos de quiste pequeño y que su contenido sea aséptico.

Este último sería el procedimiento ideal por su rápida curación en menos de veinte días, pero tiene el grave inconveniente que algunas veces supuran, á pesar de tener un contenido claro, estando el enfermo expuesto á graves complicaciones de parte del aparato pleuro-pulmonar.

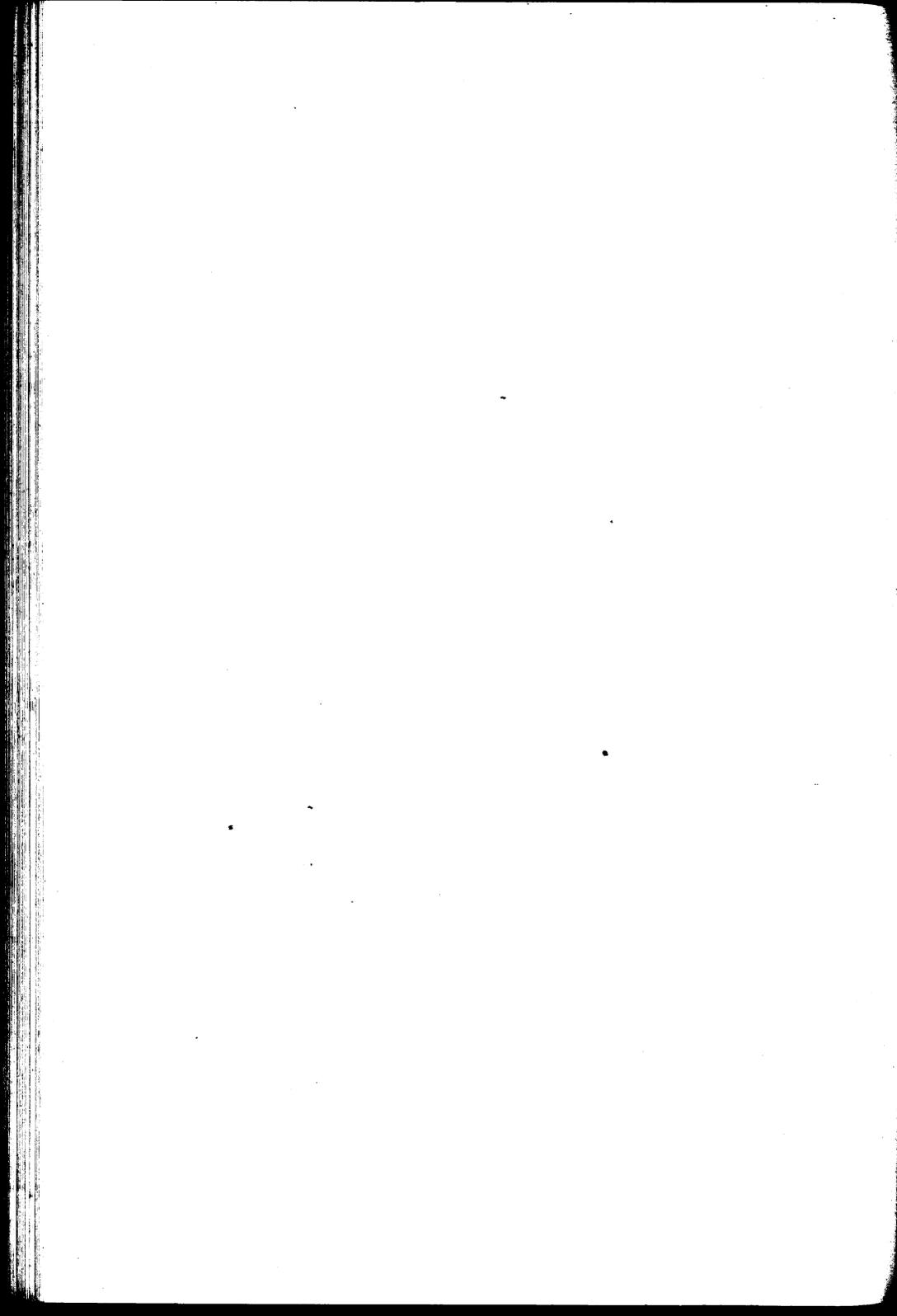
El Dr. Viñas, buscando de explicar la causa de la su-

puración de algunos quistes á contenido claro, operados con toda precaución y cerrados, que obligaron su reapertura y drenaje ó provocaron la muerte, encontró que si bien algunos quistes no tienen gérmenes piógenos en su líquido, éstos se encuentran en la periquística, y que el líquido puede contener gérmenes piógenos sin alterar en lo más mínimo la transparencia.

Además de ser á contenido aséptico se necesita que la periquística sea flácida, con el fin de que una vez evacuado el quiste, permita la desaparición de la cavidad; si tiene paredes rígidas queda esta cavidad en el interior del pulmón, como un espacio muerto, donde puede producir exudados serosos ó sanguinolentos que pueden infectarse ó supurar.

El método con drenaje es el más seguro y el que he visto emplear con buenos resultados en el Hospital Español, durante mi internado, tanto en los supurados como en los grandes y pequeños quistes asépticos.

Los cuidados post-operatorios se reducen á curaciones diarias, esperando la cicatrización que se hace por granulación.



HISTORIAS CLÍNICAS

Observación I

HOSPITAL ESPAÑOL

SERVICIO DEL DOCTOR JOSÉ GONZÁLEZ PELLICER

J. M. O., 22 años, soltero, argentino. Ayacucho.

Ingresó el 15 de Marzo de 1915.

Diagnóstico.—Quiste hidático del pulmón derecho.

Tratamiento.—Pneumotomía y drenaje.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión en la infancia.

Enfermedad actual.—Hace un mes y medio se inició su enfermedad por un dolor muy agudo, localizado en todo el costado derecho del tórax; á los ocho días el dolor se le calmó, sintiéndolo solamente cuando hacía inspiraciones profundas.

Hace diez días le apareció tos seca al principio, des-

pués con expectoración mucosa, y algunas veces sanguinolenta.

Estado actual.—Buen estado de nutrición. Piel y mucosa coloración normal.

Temperatura.—Ingresa con 38 grados por la tarde y 37 á la mañana.

Aparato respiratorio.—Tórax regular. Cirtometría mediana, 98 centímetros. Hemitórax derecho, 51 centímetros. Hemitórax izquierdo, 47 centímetros.

Respiración.—Regular, igual, algo superficial, frecuencia 22 respiraciones por minuto.

Tipo respiratorio.—Costo-abdominal á predominio del último.

Pulmones por delante.—Pulmón derecho. Inspección. Excursión respiratoria disminuída en la base. Percusión: matitez absoluta por debajo del tercer espacio intercostal; la línea de percusión se modifica por la respiración y queda inmóvil en el decúbito. Palpación: vibraciones abolidas en la zona de matitez. Auscultación: murmullo vesicular alejado en la zona de matitez.

Pulmones por detrás.—Pulmón derecho: excursión respiratoria disminuída en la base. Percusión: matitez relativa á nivel de la 5.^a vértebra dorsal, matitez absoluta por debajo de la 6.^a vértebra; la línea percutoria es ligeramente curva á convexidad superior se modifica con la respiración, desciende en la inspiración forzada y sube

en la expiración, en el decúbito queda inmóvil. Palpación: las vibraciones vocales se encuentran abolidas en la zona de matitez. Auscultación: abolición del murmullo vesicular en la matitez, por encima respiración pueril.

Examen de esputos.—No hay bacilos de Koch, ni ganchos de equinococcus.

Aparato circulatorio.—Corazón: la punta late en el 5.º espacio intercostal línea mamaria. A la auscultación: tonos normales. Pulso: regular, igual, frecuencia 80 pulsaciones por minuto.

Aparato digestivo.—Lengua saburral. Apetito conservado. Digestiones fáciles. Función intestinal, normal.

Higado.—Límite inferior á la percusión un centímetro por debajo del reborde costal. Bazo no se palpa.

Análisis de sangre.—Polinucleares neutrófilos, 65 %
Eosinófilos, 3 %
Linfocitos, 27.66 %
Formas de transición, 3.66 %
Grandes mononucleares, 0.66 %

Sero-reacción de anticuerpos hidáticos.—Positiva.

Examen radioscópico.—Se nota en la pantalla una sombra que abarca casi todo el pulmón derecho, empezando de la 4.ª costilla hacia la base; durante la respiración queda inmóvil. No hay seno costodiafragmático.

Operación.—19 Marzo de 1915.—Se reseca la 8.ª costilla derecha en una extensión de 10 centímetros, entre la línea escapular y axilar anterior. Se abre la cavidad del quiste, cuya periquística está adherida á la pleura parietal, sale como 2 litros de líquido claro y junto la

membrana madre. El tamaño de la cavidad es como una cabeza de adulto, con paredes gruesas.

Se seca la cavidad con gasa esterilizada y se taponan con tres compresas, que se retiran al segundo día.

Curaciones diarias, el enfermo sigue mejorando hasta la fecha, en que todavía se encuentra drenando.

Observación II

HOSPITAL ESPAÑOL

SERVICIO DEL DOCTOR JOSÉ GONZÁLES PELLICER

A. P., 34 años, soltero, jornalero, español. Río Negro.
Ingresó el 4 de Marzo de 1915.

Diagnóstico.—Quiste hidático del pulmón derecho.

Tratamiento.—Pneumotomía y drenaje.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión cuando niño.

Enfermedad actual.—Se encuentra enfermo desde hace 5 meses empezándole por tos seca por la noche; al toser mucho consigue espectorar flemas con estrias de sangre, sintiendo al mismo tiempo un estorbo en la región esternal, que por medio de la tos quiere sacarlo.

A los 15 días de iniciada su enfermedad, fué presa de una gran puntada de costado, situada por debajo de la tetilla izquierda, acompañada de escalofríos, fiebre y tos con esputos sanguinolentos. A los 8 días se le calmaron

los dolores y la fiebre, pero le persistía la tos con esputos sanguinolentos.

Estado actual.—Sujeto de buen estado de nutrición. Piel y mucosas normales.

Temperatura.—Ingresa con 38 grados por la tarde y 37 por la mañana.

Aparato respiratorio.—Tórax: Cirtometría mediana 94 centímetros, hemitórax derecho 48, hemitórax izquierdo 46.

Respiración.—Regular, igual, algo superficial, frecuencia 40 respiraciones por minuto.

Tiporespiratorio.—Costoabdominal con predominio del último.

Pulmones.—Pulmón derecho por delante. Excursión respiratoria algo disminuída en la base. Percusión: Matitez por debajo del 4.^o espacio intercostal, movable con los cambios de posición, inmovil durante la respiración. Palpación: vibraciones vocales abolida. Auscultación: En la zona de matitez respiración vesicular abolida no hay ruidos agregados.

Pulmón derecho por detrás. Inspección: Excursión respiratoria abolida en la base. Percusión: Matitez absoluta por debajo del plano que pasa á la altura de la 4.^a vertebra dorsal, la linea de percusión es de forma casi horizontal y se modifica por el decúbito. Palpación: vibraciones vocales abolidas en la zona de matitez. Auscultación: Expiración soplante por encima del plano horizontal que pasa por la 7.^a vertebra dorsal, por debajo murmullo vesicular abolido, no hay ruidos agregados.

Tiene tos con expectoración mucosanguinolenta.

Aparato circulatorio.—Corazón: La punta late en el 5.º espacio por dentro del mamelón. Auscultación: Tonos cardíacos normales.

Aparato digestivo.—Lengua ligeramente saburral. Apetito algo disminuído. Digestiones: normales. Función intestinal: mueve su vientre con regularidad.

Higado.—Límite inferior se percute en el reborde costal.

Bazo.—No es palpable.

Examen radioscópico.—En el pulmón derecho se ve una sombra oscura que ocupa la base; el límite superior forma una línea horizontal, que se mueve con los cambios de posición del enfermo.

Punción. - Se hace una punción creyendo que se trataba de un derrame pleural, por los síntomas físicos, y sale un líquido cristal de roca. Se manda examinar dicho líquido y se encuentran ganchos de equinococcus. El enfermo no presentó ningún síntoma alarmante.

Operación.—*Marzo 6 de 1915.*—Se reseca un fragmento de 10 centímetros de la 9.ª costilla, entre las líneas axilar media y anterior.

Se incide la pleura parietal, salen unos 500 gramos de líquido ligeramente citrino; el quiste se encuentra en la periferia del pulmón, sin adherencias, se ve moverse con los movimientos respiratorios, se fija el pulmón á la herida y se incide la periquística, saliendo un líquido

transparente en cantidad de un litro, se extrae la membrana germinal.

Para drenar la cavidad pleural se hace una abertura en el 11.º espacio intercostal, poniendo un tubo de drenaje.

Se suturan los bordes de la periquística á la pared y se ponen dos tubos de drenaje dentro de la cavidad.

Curaciones diarias; en la actualidad el enfermo sigue bien, drenando todavía.

Observación III

HOSPITAL ESPAÑOL

SERVICIO DEL DOCTOR JOSÉ GONZÁLEZ PELLICER

A. F., 13 años, soltero, estudiante, argentino. Balcarce. Ingresó el 21 de Agosto de 1912. Salida el 2 de Enero de 1913.

Estado á la salida.—Curado.

Diagnóstico.—Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Tratamiento.—Pneumotomía y drenaje.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hace 5 meses tuvo una caída de un caballo, golpeándose el tórax. Al mes siguiente sintió una puntada en la espalda, acompañada de tos con esputos estriados con sangre.

A los 20 días, al acostarse, tuvo un acceso de tos, esgarrando mucha sangre roja; al día siguiente por la noche, una nueva hemóptisis abundante; llamó á un médico, quien le dió tratamiento sintomático, sin conseguir disminuir las hemóptisis.

Estado actual.—Sujeto de regular estado de nutrición. Piel y mucosas pálidas.

Aparato respiratorio.—Tórax: regular, igual y simétrico.

Respiración.—Regular, igual; frecuencia, 24 respiraciones por minuto.

Pulmón izquierdo por delante.—Nada de particular.

Pulmón izquierdo por detrás.—Excursión respiratoria normal.

Percusión.—La matitez comienza por debajo de la 6.^a costilla, ocupando una anchura que empieza á dos traveses de dedo por fuera de la línea de las apófisis dorsales y terminando en la línea axilar posterior; esta matitez tiene la forma de un ovoide alargado. Las bases se encuentran libres y movibles.

Palpación.—Vibraciones disminuidas en la zona mate.

Auscultación.—Murmullo vesicular alejado en la zona mate.

Examen radioscópico.—A la altura del ángulo de la escápula se ve una sombra á bordes curvos, separada de la base del pulmón izquierdo por una zona clara de parénquima normal.

Aparato circulatorio.—Corazón: la punta late en el 4.^o espacio línea mamaria. Los tonos son normales.

Análisis de sangre.—Eosinofilia, 4 ‰.

Reacción de anticuerpos hidáticos.—Débilmente positiva.

Operación.—*Agosto 22 de 1912.*—Se hace un colgajo en U á nivel del ángulo de la escápula, con la abertura mirando hacia la columna vertebral; se incide la 8.^a y 9.^a costilla al nivel de la línea escapular, se ranversan y se entra en la cavidad pleural; se encuentra una serie de adherencias pleuropulmonares, se desprenden y se encuentra un quiste en el límite del lóbulo inferior con el superior. El tamaño del quiste es como un huevo de avestruz; se incide, sale un poco de líquido claro y se extrae la membrana germinativa. Se taponan la cavidad con dos gasas ribeteadas, que se sacan al segundo día, poniendo en su lugar un tubo drenaje.

Observación IV

HOSPITAL ESPAÑOL

SERVICIO DEL DOCTOR JOSÉ GONZÁLEZ PELLICER

B. F., 25 años, español. Ayacucho.

Ingresó el 27 de Agosto de 1913. Salida el 15 de Enero de 1914.

Estado á la salida.—Curado.

Diagnóstico.—Quiste hidático de pulmón abierto en bronquio.

Tratamiento.—Pneumotomía y drenaje.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hace 8 meses tuvo una gran puntada en el lado derecho del tórax, que le duró una semana, acompañada de tos y esputos sanguinolentos.

A los 6 meses tiene un fuerte ataque de tos, expulsando por la boca un líquido salado y membranas.

En la actualidad tiene tos y esputos purulentos, sobre todo cuando se acuesta del lado izquierdo.

Estado actual.—Sujeto de regular estado de nutrición. Piel y mucosas pálidas.

Temperatura.—Ingresa con 38 grados y medio por la tarde y 37 por la mañana.

Aparato respiratorio.—Pulmón derecho por delante: normal. Pulmón derecho por detrás. Inspección: excursión disminuída en la base. Percusión: matitez por debajo de un plano que pase por debajo del ángulo de la escápula. Palpación: vibraciones abolidas en la matitez: Auscultación: soplo anfórico en la zona mate.

Examen de esputos.—No se observan ganchos de equinococcus.

Aparato circulatorio.—Corazón: tonos normales.

Examen de sangre.—Reacción de anticuerpos: negativa.

Operación.—*Setiembre 20 de 1913.*—Se reseca un fragmento de 8 centímetros de la 9.^a costilla. Se punza el pulmón sacando pus; se incinde la pleura parietal y periquística que se encuentran adheridas, se cae en una cavidad conteniendo un líquido purulento con membranas; evacuado el contenido se colocan dos tubos de drenaje.

Curaciones diarias; el enfermo fué dado de alta curado el 15 de Enero de 1914.

Observación V

HOSPITAL ESPAÑOL

SERVICIO DEL DOCTOR JOSÉ GONZÁLEZ PELLICER

R. A., 12 años, estudiante, español, de Coronel Dorrego. Ingresó el 10 de Julio de 1913. Salida 5 de Noviembre 1913. Estado á la salida: curado.

Diagnóstico.—Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Tratamiento.—Pneumotomía y drenaje.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Dice el enfermito que lo único que le molesta es la tos desde hace dos años, es seca sin expectoración. Esa tos se acentúa en el decúbito lateral derecho. No acusa ningún dolor. Se fatiga fácilmente al caminar ó ejecutar cualquier movimiento.

Estado actual.—Buen estado de nutrición. Panículo adiposo escaso. Regular desarrollo muscular.

Piel.—Blanca, elástica sin desarrollo piloso.

Temperatura.—Ingresa con 38 grados con 7 décimas

á la tarde, al día siguiente por la mañana 37 grados; luego oscilaciones por debajo de 37 grados.

Cabeza.—Labios cianóticos.

Aparato respiratorio.—Tórax, abovedamiento general del hemitórax izquierdo.

Respiración.—Regular, igual, superficial, frecuencia 32 respiraciones por minuto.

Tipo respiratorio.—Costo abdominal con predominio del último. Pulmones por delante: pulmón derecho, normal.

Pulmón izquierdo: Inspección: desarrollo de una red venosa suplementaria en el hemitórax de ese lado. Excursión respiratoria abolida. Percusión: skodismo en la fosa infraclavicular, desde aquí hasta la base, matitez absoluta. Espacio de Traube libre. Palpación: vibraciones vocales: abolidas. Auscultación: en la fosa infraclavicular, soplo respiratorio; en la zona mate ausencia de murmullo vesicular, siendo reemplazado por broncofonía, egofonía y pectoriloquia áfona. Pulmón izquierdo por detrás: Percusión: matitez absoluta por encima de un plano oblicuo que pase por la 3.^a vértebra dorsal y el ángulo de la escápula, por debajo de este plano la sonoridad es normal, en el diámetro vertical, hasta la 11.^a costilla, y en el diámetro transversal, desde, la columna hasta la línea escapular. Auscultación: en la región suprapleural se percibe soplo expiratorio, broncofonía y pectoriloquia. Bases libres y móviles.

Aparato circulatorio.—Corazón: en la inspección se nota latidos á la derecha, á un través de dedo por fuera

del apéndice xifoide, el choque cardíaco es difuso. Percusión: se nota el corazón completamente rechazado á la derecha, lo mismo que los órganos del mediastino. Auscultación. Tonos normales.

Grandes vasos.—Matitez preaórtica á la derecha.

Pulso.—Regular, igual, poco tenso, frecuencia 100 pulsaciones por minuto.

Reacción anticuerpos hidáticos.—Positiva.

Aparato digestivo.—Labios cianóticos, lengua ligeramente sabural.

Higado.—Límite superior se percute en la 7.^a costilla, línea mamaria, límite inferior; se palpa á tres traveses de dedo por debajo del reborde costal, superficie lisa, no dolorosa á la presión.

Bazo.—No es palpable.

Radiografía.—En la placa se vé, el hemitórax izquierdo, casi todo ocupado, por una sombra oscura, salvo la fosa infra-clavicular que hay una pequeña zona clara; el hemitórax derecho está ocupado, una parte por la sombra triangular que dá el corazón, resaltando sobre el resto que es claro.

Operación.—Julio 15 de 1913.—Se reseca un fragmento de 8 centímetros de la 7.^a costilla en la línea mamaria y axilar media se encinde la pleura parietal. La pleura visceral se encuentra sin adherencias, el quiste ocupa la periferie del pulmón, se le vé ascender y descender con los movimientos de la respiración. Se punza con un trocar el quiste, para evacuarlo lentamente, en este momen-

to el enfermo es presa de un acceso de tos, terminando en una vómica, en la que arroja unos 200 gramos de líquido. Se incinde la periquística, se evacúa y se marsupializa. Se ponen dentro de la cavidad dos tubos de goma.

Curaciones.—Después de operado el enfermo tiene mucha disnea llegando la frecuencia respiratoria á 50 por minuto, el pulso pequeño, con 140 pulsaciones, se le hace una inyección de 5 centímetros cúbicos de aceite alcanforado, que se repite en la misma forma por la noche. Al día siguiente el pulso llega 140; se le hace la misma medicación. A los 3 días se encuentra con un pulso tenso de 100 pulsaciones. El 5 de Noviembre es dado de alta curado.

Observación VI

HOSPITAL ESPAÑOL
SERVICIO DEL DOCTOR ANGEL GUTIERREZ

M. B. S.—39 años, casada, española.—Tres Arroyos.
Ingresó el 8 de Julio de 1914.—Salida 22 de Octubre
de 1914. Estado á la salida: curada.

Diagnóstico.—Quiste hidatídico del pulmón derecho.

Tratamiento.—Pneumotomía y drenaje.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hace tres meses, sintió dolor en el hipòcondrio derecho, con irradiaciones hacia el hemitorax, que le dificultaban hacer movimientos respiratorios; le durában tres horas, quedando, al cabo de los cuales bien, al mismo tiempo le apareció expectoración acompañada de hemóptisis.

En la actualidad tiene tos con esputos sanguinolentos.

Estado actual.—Regular estado de nutrición. Piel y mucosas pálidas.

Pulmones por delante.—Sonoridad pulmonar normal.

Pulmones por detrás. — Pulmón derecho. — Base: excursión disminuída. Palpación: vibraciones vocales abolidas. Percusión: matitez absoluta. Auscultación: murmullo vesicular alejado.

Examen radioscópico. — El 9 de Julio se examina con los rayos, se ve en la base del pulmón derecho una sombra que se confunde con el hígado; límite bastante redondeado que llega por detrás hasta la 7.^a costilla.

Operación. — *Julio 10 de 1914.* — Se reseca un fragmento de la 9.^a y 10.^a costilla, se punza en varias alturas y da pús espeso. Se abre saliendo gran cantidad de pús y vesículas hijas con olor á hidrógeno sulfurado, el pús está teñido con sangre. Se tapona la cavidad con gasas ribeteadas.

Curaciones dos veces por día. La enferma es dada de alta curada.

Observación VII

HOSPITAL ESPAÑOL

SERVICIO DEL DOCTOR ANGEL GUTIERREZ

V. B.—40 años, casada.—Pampa Central.

Ingresó el 18 Enero de 1913.

Diagnóstico.—Quiste hidatídico de pulmón abierto en bronquio.

Tratamiento.—Pneumotomía y drenaje.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hace un año tuvo un gran resfriado con tos sin expectoración, á los pocos meses arrojó sangre por la boca en cuajarones. Refiere la enferma que desde que empezó á tomar medicamentos la sangre disminuyó en cantidad y empezó á expulsar vejigas pequeñas en cantidad numerosa. Se queja además de una puntada que le aparece de vez en cuando en la región pectoral derecha, lado externo, á la altura del 4.º espacio intercostal.

Cuando camina se fatiga mucho.

Estado actual.—Regular estado de nutrición. Piel y mucosas pálidas.

Temperatura.—Ingresa con 38 grados por la tarde.

Aparato respiratorio.—Pulmones por detrás: En la base del pulmón derecho, las vibraciones se encuentran disminuidas. La percusión nos da matitez. A la auscultación, sopro anfórico.

Examen radioscópico.—Examinada con los rayos, se nota una sombra como si fuera de cavidad, localizada en la base del pulmón derecho.

Abdomen.—A la inspección se nota en el epigastrio un abultamiento que llega hasta cerca del ombligo. A la palpación el bulto es liso, redondeado y renitente. A la percusión es mate y se nota frémito hidático.

Reacción anticuerpos hidáticos.—Positivos.

Examen de esputos.—No hay ganchos de equinococcus.

Operación.—Enero 22 de 1913.—Se reseca un fragmento de la 8.^a costilla, línea escapular posterior, se hacen varias punciones que resultan negativos. Se incinde la pleura parietal, la pleura visceral se encuentra con adherencias. Se incinde el parénquima pulmonar y se cae en una cavidad del tamaño de un huevo de avestruz; se tapona con gasas.

Observación VIII

HOSPITAL ESPAÑOL
SERVICIO DEL DR. ANGEL GUTIERREZ.

A. L., 12 años, argentina. Tres Arroyos.

Ingresó el 21 de Agosto de 1914.

Diagnóstico.—Quiste hidatídico de pulmón izquierdo, abierto en la cavidad pleural.

Tratamiento.—Pneumotomía y drenaje.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión en la infancia.

Enfermedad actual.—Hace dos años empezó á sentir, una puntada en el lado izquierdo del tórax, por fuera de la tétilla izquierda, sintiendo alivio cuando se acostaba de ese lado.

Dice no haber tenido nunca esputos sanguinolentos.

Hace veinte días, es presa bruscamente de gran fatiga, tos y expulsión de un contenido acuoso de muy mal gusto. Después de este accidente, siguió algo aliviada, con un poco de tos sin expectoración.

En la actualidad tiene tos con esputos espumosos y teñidos de sangre.

Estado actual.—Regular estado de nutrición. Piel y mucosas algo cianóticas.

Temperatura.—Ingresa con 37 grados y medio por la tarde.

Aparato respiratorio.—Tórax: abovedamiento del hemitórax izquierdo.

Tipo respiratorio.—Corto-abdominal con predominio del último.

Respiración.—Regular, igual, superficial, frecuencia 40 respiraciones por minuto.

Pulmones por delante. Respiración pueril.

Pulmones por detrás. Pulmón izquierdo. Excursión respiratoria disminuída en la base. Percusión: Matitez por debajo de un plano horizontal que pase por el ángulo de escápula; en la línea axilar media por debajo de la 6.^a costilla y en la axilar anterior no hay modificación. Palpación: vibraciones vocales abolidas en la zona de matitez. Auscultación: murmullo vesicular alejado; en el ángulo de la escápula y línea axilar media se oye un soplo expiratorio.

Aparato circulatorio.—Corazón: la punta se siente latir entre el esternón y la línea mamaria derecha. Auscultación: taquicardia.

Pulso.—Regular, pequeño, frecuencia 140 por minuto.

Aparato digestivo.—Labios cianóticos. Lengua saburral.

Examen radioscópico.—Se ve en la pantalla una sombra que ocupa la mitad del hemitórax izquierdo, desde la base hasta un través de dedo por encima del ángulo de la escápula. Dándole movimientos de lateralidad á la enferma se mueve el límite superior de la sombra. El corazón se ve rechazado hacia la derecha.

Examen de sangre.—Eosinofilia, 2 %.

Sero-reacción de anticuerpos.—Positiva.

Operación—Agosto 22 de 1914.—Se reseca un fragmento de 5 centímetros de la 7.^a costilla en la línea axilar media. Se abre la pleura parietal, saliendo líquido purulento. Un quiste se rompe al introducir la pinza, saliendo una gran membrana germinal. De otro quiste sale una nueva bolsa, sin que se haya visto romper, se supone que le pertenece el líquido que salió primeramente de la cavidad pleural. Se colocan dos tubos.

Al día siguiente de operada se observa en la enfermita un pulso frecuente, que llega á veces hasta 160 pulsaciones y no baja de 140.

Ha tenido cuatro ataques con desfallecimiento y dolor en la región precordial.

El día 16 de Septiembre falleció de miocarditis.

Observación IX

HOSPITAL ESPAÑOL

SERVICIO DEL DOCTOR ÁNGEL GUTIÉRREZ

R. O., 21 años, soltera, argentina. Laprida.

Ingresó el 5 de Agosto de 1912. Salida el 15 de Noviembre.

Estado á la salida.—Curada.

Diagnóstico.—Quiste hidático de pulmón izquierdo.

Tratamiento.—Neumotomía y drenaje.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hace tres meses fué atacada de un gran resfrío, con tos, abundante expectoración y una puntada en el hemitórax izquierdo; esgarró algunos espantos con sangre muy roja, varias veces y en pequeñas cantidades; poco después tiene dolores en ambos lados del tórax, pero siempre más intensos los del hemitórax izquierdo; la tos continúa y la expectoración se hace más límpida. Siente algunos dolores en el brazo izquierdo, que lo llega á tener como paralizado.

Estado actual.—Buen estado de nutrición. Piel y mucosas rosadas.

Temperatura.—Ingresa con 37 grados y medio por la tarde y 37 grados por la mañana.

Aparato respiratorio.—Se nota más abultado el hemitórax izquierdo que el derecho.

Respiración.—Regular, igual; frecuencia 30 respiraciones por minuto.

Pulmones por delante.—Pulmón izquierdo: inspección: excursión respiratoria disminuida en la base. Percusión: matitez desde la 3.^a costilla hasta la base. Palpación: vibraciones vocales, abolidas en la zona mate. Auscultación: ausencia de murmullo vesicular.

Pulmón izquierdo por detrás.—Inspección: excursión disminuida en la base. Percusión: matitez absoluta desde la punta de la escápula hasta la base. Palpación: vibraciones vocales abolidas. Auscultación: murmullo vesicular ha desaparecido en la zona mate; por encima se oye soplo tubario en los dos tiempos, broncofonía y pectoriloquia áfona.

Aparato circulatorio.—Corazón: se encuentra rechazado junto con los órganos del mediastino á la derecha; la punta se siente latir á la derecha de la línea media.

Auscultación.—Tonos cardíacos débiles; hay taquicardia.

Pulso.—Regular, igual, frecuencia 130 por minuto.

Examen radioscópico.—Se ve en la pantalla una zona oscura que ocupa todo el hemitórax izquierdo, el límite

superior es horizontal y se mueve con los cambios de posición en la enferma. El corazón se ve á la derecha de la línea media.

Examen de esputos.—No hay ganchos, ni bacilos de Koch.

Examen de sangre.—Eosinofilia, 3 %.

Sero-reaccion de anticuerpos.—Positiva.

Operacion.—19 Agosto de 1914.—Se reseca un fragmento de la 8.^a costilla en la línea escapular, se incide la pleura parietal, y junto con ella la visceral que se encuentra adherida, sale gran cantidad de líquido cristal de roca, se extrae la membrana germinal. Se colocan dos tubos drenaje.

Curaciones.—Se cambian dos veces por día los apósitos.

Observación X

HOSPITAL ESPAÑOL

SERVICIO DEL DOCTOR ANGEL GUTIÉRIZ

M. L., 28 años, soltero, argentino, de Estrecho de Magallanes. Ingresó el 31 de Enero de 1915.

Diagnóstico.—Quiste hidático del pulmón izquierdo abierto en bronquio.

Tratamiento.—Pneumotomía y drenaje.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual. Hace como un año, notó la aparición de una puntada en la pared posterior izquierda del tórax, dolor inconstante que aparece y desaparece hasta un mes. En este estado ha seguido hasta 6 meses, que es presa de un fuerte ataque de tos con vómica en la que expulsa un líquido espeso. Hace 15 días tiene la segunda vómica con expulsión de membranas y líquido claro.

En la actualidad tiene puntada cuando hace grandes

inspiraciones y tos con esputos purulentos teñida con sangre.

Estado actual.—Regular estado de nutrición. Piel y mucosas ligeramente pálidas.

Temperatura.—Ingresa con 38 grados por la tarde y 37 por la mañana.

Aparato respiratorio.—Tórax: Inspección. Base izquierda. Excursión respiratoria normal. Percusión: la matitez absoluta comienza en la línea para-espinosa, en la 9.^a costilla, en la línea escapular 8.^a costilla, línea axilar 7.^a costilla, en el resto del pulmón sonoro. Espacio de Traube libre. Palpación: vibraciones vocales abolida. Auscultación: En la zona mate hay ausencia completa de murmullo vesicular.

Aparato circulatorio.—Corazón: la punta late en el 5.^o espacio intercostal línea mamaria. Auscultación: Tonos normales.

Hígado. Límite superior 6.^a costilla, límite inferior reborde costal.

Reacción antiuerpos.—Positiva.

Examen de esputos.—No hay bacilos de Koch ni ganchos.

Operación.—*Feb. 5 de 1915.* Se hace una incisión curva á concavidad superior desde la línea escapular hasta la línea axilar media. Se reseca un fragmento de 5 centímetros de la 9.^o y 10.^a costilla. Se punza y se saca pús, dejando colocada la aguja y se abre cayendo en una gran cavidad irregular con pús y membranas, habiendo tenido que atra-

vesar el parenquima pulmonar. La pleura visceral está adherida á la parietal.

Se colocan dos tubos de drenaje y gasas.

Curaciones diarias, la enferma sigue mejorando hasta la fecha.

ALEJANDRO LLAMOSAS

Buenos Aires, Abril 6 de 1915

Nómbrese al señor Académico Dr. Diógenes Decoud, al profesor titular Dr. Marcelo Viñas y al profesor suplente doctor Enrique Finochietto, 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 Airès, Abril 17 de 1915

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2934 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza vigente.

P. LACAVERA

J. A. Gabastou

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Valor de la reacción de Imaz Apathie en el diagnóstico de los quistes hidatídicos.

D. Decoud

II

¿Cuál es el método operatorio de elección para el tratamiento de los quistes hidatídicos del pulmón?

Marcelo Viñas

III

Tratamiento post-operatorio de los quistes hidáticos del pulmón.

Enrique Finochietto

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña M.*—Valor semiológico de la eosinofilia. Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1906.
- Alsina.*—Quiste hidático del pulmón. Tesis, 1903.
- Berisso.*—Quiste hidático del pulmón. Tesis, 1907.
- Bertagnolio.*—Equinococosis secundaria. Tesis, 1904.
- Bullrich.*—La naturaleza de la eosinofilia en los quistes hidatídicos. Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1908.
- Cranwell.*—Quistes hidatídicos intratorácicos. Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1899.
- Cranwell y Herrera Vegas.*—Tratamiento de los quistes hidáticos del año, 1910.
- Cranwell y Herrera Vegas.*—Quistes hidáticos intratorácicos. Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1899.
- Cranwell y Herrera Vegas.*—Los quistes hidatídicos en la República Argentina. Sociedad Médica.
- Castro Escalada.*—Neumotomías y neumectomías. Tesis, 1897.
- Cantón.*—Tratado de zoo parásitos, 1897.
- Cieza Rodríguez.*—Quistes hidatídicos del pulmón. Tesis, 1909.
- Dieulafoy.*—Patologie interna.
- Escudero.*—La percusión en los quistes hidatídicos de pulmón. Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1908.
- Escudero.*—La percusión en los quistes hidatídicos cerrados del pulmón. Argentina Médica, 1909.

Escudero.—Introducción al estudio de los quistes hidatídicos del pulmón, 1909.

Escudero.—Concomitancia de quistes hidatídicos y tuberculosis pulmonar. Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1909.

Escudero.—Kystes Hydatiques du Poumon, 1912.

Espil C.—Quistes hidatídicos del pulmón en la infancia. Tesis, 1913.

Ferrari A.—Neumotórax por quiste hidático de pulmón. Tesis, 1892.

Ferri.—Quistes hidatídicos del pulmón. Tesis, 1905.

Gutiérrez A.—Tratamiento de los quistes hidáticos.

Gutiérrez A.—Caso de muerte súbita después de una punción de un quiste del pulmón. Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1895.

Gutiérrez M.—Hidátides del pulmón. Tesis, 1882.

Herrera Vegas y Aguilar.—Dextrocardia consecutiva á un quiste hidático. Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1904.

Herrera Vegas y Cranwell.—Los quistes hidatídicos en la República Argentina, 1901.

Hemmingsen.—Quistes hidatídicos del pulmón. Tesis, 1911.

Imaz Aplatie y Lorentz.—Sur l'existence d'anticorps spécifiques dans l'hydridose et son application diagnostique, 1908.

Lagoz García.—Equinocosis secundaria experimental, 1906.

Llobet A.—Quistes del pulmón. La Semana Médica, 1896.

Llobet A.—Traitement des kystes hydatiques, 1902.

Llobet A.—Tratamiento de los quistes hidatídicos, 1900.

Monod y Vauverts.—Traité de technique opératoire.

Mohando.—Hemo y sero-diagnóstico de la equinocosis. Tesis, 1909.

Olmos A.—Quistes hidáticos (diagnóstico de laboratorio y rayos X). Tesis, 1913.

Posadas.—Traitement des kystes hydatiques. Revue de Chirurgie, 1909.

Posadas.—Quistes hidatídicos del pulmón. Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1902.

Repetto.—Toracotomía de Postemsky en el tratamiento de los quistes de pulmón. A. C. M., 1899.

Tolosa.—Quistes hidatídicos sin líquido del pulmón. Tesis, 1908.

Tuffier y J. Martin.—Kystes hydatiques du poumon, 1897.

Terrier.—Chirurgie de la pleura et du poumon, 1897.

Viñas.—Bacteriología de los quistes hidáticos, 1900.

Viñas.—Quiste hidático del mediastino.

Vigliano.—Quistes hidáticos. Tratamiento por la oclusión completa y sin drenaje. Tesis, 1901.



30778



