

RÉSUMÉ

L'auteur attire l'attention sur la probable existence d'une hernie inguinale de la vessie, en insistant sur la valeur diagnostique de l'examen radiologique qui peut éviter des complications désagréables au moment de l'opération.

ENSAYOS DE UN TRATAMIENTO MEDICO DEL QUISTE HIDATIDICO (*)

C. CUERVO GARCÍA.

Profesor adjunto de la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Medicina de Salamanca.

El quiste hidatídico es una enfermedad parasitaria enormemente difundida por el mundo, que cada vez adquiere mayor frecuencia, principalmente en algunos países, sobre todo en Australia, Repúblicas Sudamericanas y España.

Su tratamiento hasta la fecha fué siempre quirúrgico, y la mortalidad, no obstante la pericia y la técnica quirúrgica, es grande, y la curación, cuando se obtiene, muchas veces requiere largo tiempo, con alternativas desagradables.

Vamos en el presente trabajo a limitarnos a exponer escuetamente nuestras experiencias sobre un tratamiento médico de esta parasitosis y los resultados obtenidos sin ninguna pretensión dogmática.

Prescindiendo de la descripción histórica y fisiológica del parásito, su ciclo evolutivo, propagación, localizaciones más frecuentes, así como sus consecuencias locales y generales que como cuerpo extraño produce, expondremos las bases científicas en que fundamos la acción del medicamento, forma en que se pone en contacto con la larva quística, produciendo su muerte, y cómo destruye el poder prolífico de la membrana germinativa del quiste.

Entre el quiste hidatídico y el organismo se establece un intercambio recíproco por diálisis, con el fin de que la larva pueda atender a su nutrición y crecimiento para restaurar las proteínas, etc. de sus tejidos desgastados, como sucede en una célula cualquiera. Todos los productos necesarios para el metabolismo del parásito: aminoácidos, sales, etc. atraviesan por diálisis la capa cuticular hidatídica y pasan al líquido que contiene el quiste, que será el vehículo que ha de llevar los elementos nutritivos al parásito.

Inversamente se producen procesos catabólicos, cuerpos terminales, en sus cambios nutritivos, que se mezclan con el líquido y se diali-

zan hacia la sangre para ser expulsados al exterior. El líquido hidatídico actúa como un líquido intersticial.

Estas escorias parasitarias sensibilizan al organismo, explicando las distintas reacciones biológicas que tienen una finalidad diagnóstica y los cambios o alteraciones hemáticas, como la eosinofilia, que tienden al mismo fin.

La toxicidad del citado líquido, a veces muy grande por contener leucomáinas o toxoalbúminas (SCHELAGDENCHAUFFEN), produce al pasar a la sangre fenómenos anafilácticos muy graves y a veces mortales.

Podemos citar como ejemplo de nutrición por diálisis en nuestro organismo el globo ocular, que rodeado de una red capilar dializa en su interior (humor vítreo) los compuestos del plasma sanguíneo (DUKE-ELER) mediante formaciones de tejido conjuntivo, a través del cual (SCHADE) se verifica el paso regulado por mecanismos físicos (membranas y vasos) y químicos (hialuronidasa y ácido hialurónico). Podemos afirmar que lo mismo sucede en la membrana quística. En el globo ocular, como fenómeno fisiológico, existe un proceso formativo; en el quiste, como episodio patológico, de neoformación.

Al introducir en la sangre un medicamento no tóxico, si conseguimos que éste se dialice igualmente que los elementos nutricios que anteriormente enumeramos y se mezcle con el líquido quístico, destruya la fertilidad de la membrana germinativa y actúe como parasitocida, bien directamente o sobre el metabolismo de la larva, podremos decir que este fármaco es un quimioterápico antiquístico.

La sustancia antiquística a emplear tiene que tener, aparte de sus propiedades antiparasitarias, otra importantísima e indispensable: la de ser fácilmente dializable. Sin ella no obtendríamos ningún resultado terapéutico por grande que fuese su concentración en la sangre.

Según HOBSON, STEPHENSON y MÜLLER las sustancias no electrolíticas penetran muy bien. La velocidad de penetración decrece con el peso molecular (COLLANDER). Estando dicho paso también condicionado a la concentración, pH del medio, del O_2 y la temperatura.

También sabemos que las fuerzas que rigen la permeabilidad son: la ósmosis, difusión y carga electrostática.

Tiene importancia decisiva el grado de imbibición, la absorción, la solubilidad en el agua y en los lípoides, y sobre todo en el cociente de estas dos cualidades (cociente de partición).

Como en el organismo existen fases acuosas y fases lipoideas, la penetración depende no sólo de estas propiedades aisladas, sino de su asociación óptima.

La adición de sales a un medicamento liposoluble facilita la penetración (SPIRO y BRUMS). Todas estas circunstancias concurren en nuestro fármaco, que es liposoluble y está en el plasma sanguíneo y tiene un favorable cociente de partición.

(*) Trabajo presentado en el Congreso Mundial del Quiste Hidatídico, de Argel (mayo, 1951).

Experiencias realizadas por varios autores, especialmente por BENNHOLD, por medio de la cataforesis, demostraron que muchas sustancias "viajan" en la sangre vehiculadas en la fracción albumínica y globulínica como medio de transporte organizado en virtud de una "adhesión" que impide que pequeñas cantidades de un medicamento administrado se pierdan en el inmenso territorio de la circulación sanguínea. Tal sucede con los lipoides y algunos cuerpos solubles en ellos, como el Timol, que se hallan vinculados a las proteínas y globulinas en la fracción B de estas últimas.

Es ésta una explicación más del mecanismo de entrada del medicamento empleado por nosotros: Vehiculación en las proteínas y lipoides que de la sangre penetran a través de la membrana quística y sirven de nutrición al parásito.

EXPERIENCIAS "IN VITRO" PARA DEMOSTRAR LA DIFUSIBILIDAD DEL FÁRMACO.

1.^a En un cristalizador conteniendo un líquido isotónico con el plasma sanguíneo con disolución del fármaco al 1 por 1.000 se introduce otro desfondado, cuyo fondo está sustituido por una membrana quística íntegra y lleno de líquido hidatídico (ver fig. 1).

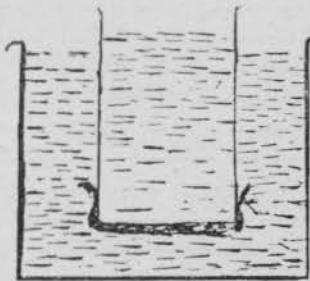


Fig. 1.

A las diez horas se ha encontrado el medicamento en el vaso interior, que ha pasado por diálisis.

2.^a Se introdujeron varios quistes hidatídicos, recientemente extraídos del animal en líquido nutriente, suero (BALDIVIN y MOYLE, con plasma de gallina), en el que se ha disuelto el medicamento problema al 5 por 100. A las doce horas estaba éste dentro de los quistes, a una concentración casi igual que en el exterior.

3.^a *Cultivo de parásitos en medio nutriente.*— Los quistes fueron separados del animal recién sacrificado. Se introdujeron en líquido nutriente (BALDIVIN-MOYLE a 38 grados). Se les quitaron cuidadosamente los trozos de parénquima adheridos y lavados con una solución de ácido salicílico al 1 por 1.000 durante cinco minutos. Hecha esta operación se le introduce en el citado líquido, al que agregamos plasma de gallina y vitamina B, conservándolos en una incubadora a 38 grados. De estos quistes se hacen dos lotes, uno de quistes en el líquido nutriente citado con solución del antiquístico al 5 por

100, y otro líquido nutriente sin antiquístico. Los primeros se conservan en el citado medio diez días, se les pone en un medio normal igual a los del segundo lote.

Renovamos el líquido nutriente de ambos lotes, primero cada tres días, después diariamente. A los treinta días se observa que los que estuvieron sometidos a la acción del antiquístico están lacos, abollonados, con la cápsula arrugada, mientras que los testigos están turgentes y han aumentado visiblemente de tamaño. Cinco días después los abrimos todos, comprobando que los sometidos a la acción del tóxico contienen un líquido amarillento en forma de magma siruposo, donde flotaban en plena destrucción las vesículas en franca lisis con las membranas germinativas destruidas. Los demás quistes conservaban el líquido claro y el escolex en plena vitalidad reproductiva, como comprobamos al inocular la arena hidatídica que contenían (figs. 2 y 3).



Fig. 2.



Fig. 3.

ACCIÓN "IN VIVO".

A ovejas parasitadas con quiste de pulmón se les administra el medicamento (3 centigramos por kilogramo de peso), inyección oleosa en días alternos. A los tres meses, desaparición del quiste. Sacrificado el animal y abierto el pulmón, se encontró el quiste completamente aplastado, con un proceso adherencial en su pared interna rodeado de un tejido cicatricial.

Provocados quistes subcutáneos en el conejo mediante inyección hidatídica, se observó después de tratados la reducción paulatina, hasta quedarse convertidos en un pequeño nódulo macizo e indurado.

Una enferma con un voluminoso quiste hidatídico de hígado, fué tratada por nuestro procedimiento durante tres meses, al cabo de los cuales experimentó una gran disminución de tamaño. En vez de continuar el tratamiento médico, fué operada, encontrando al hacer la intervención, como se hizo constar expresamente, que en el interior del quiste presentaba una cápsula arrugada, no existían vesículas hijas ni nietas, que la membrana había perdido su poder proliferante y que la inoculación de la arena hidatídica, muy alterada y es-

casa, no prendió al ser inoculada, deduciendo de estos hechos que la medicación preoperatoria había actuado quizás como antagonista metabólico, impidiendo el desarrollo del parásito a partir del momento en que se le puso el producto medicamentoso.

Podemos sintetizar la acción del antiquístico en la forma siguiente:

Suspensión de la vida del parásito. Muerte. Reabsorción del contenido. Invasión conjuntiva de todos sus restos caducos por la suspendida pero latente reacción defensiva desde la implantación del quiste, que al desaparecer la vitalidad del cuerpo extraño avanza pujante para enterrar los restos del intruso comensal.

MEDICAMENTOS EMPLEADOS.

Toda la medicación antihelmíntica tiene su origen en una pasada era de empirismo, igualmente que otros muchos fármacos que el estudio de la química, biología y farmacología convirtieron sucesivamente en productos científicos, llenos de solvencia y eficacia.

Una gran parte de los empleados hoy como antiparasitarios internos tiene un poder vermífugo, siendo esta cualidad suficiente para su expulsión, ya que la forma especial de su residencia hace fácil su salida al exterior una vez paralizados.

No sucede lo mismo con la larva de la *Tenía Echinococcus*, que habitando en el interior de una víscera y además enquistada, sin ninguna comunicación con el exterior, es preciso e indispensable que el antiparasitario la destruya una vez puesto en contacto con ella. Ha de ser un medicamento directa o indirectamente parasiticida que actúe sobre el soporte proteico del agente, bien imposibilitando la continuación de sus procesos biológicos, bien como antagonista metabólico o en forma combinada por la suma de ambas circunstancias, según la concentración del medicamento (MUHLENS, KIRSCHBAUM, Woods y FILDES).

El concepto de compuesto quimioterápico, suscitó en nuestra mente el recuerdo del gran maestro EHRLICH, y con él polarizamos nuestra atención en los cuerpos derivados del benceno como núcleo, en el que por sustituciones diversas y complicadas han conferido a dicha molécula propiedades quimiorreceptoras de acción quimioterápica muy importante. El Atoxil (UHLENUTH). El Salvarsán (EHRLICH). Los antisépticos clorados (DAKIN y CHATTAWAY). Las sulfamidas (DOMAGK), etc., etc. asientan todos ellos sobre un soporte de estructura benécnica.

Una revisión retrospectiva a través de las drogas enumeradas nos trae el recuerdo del eminente LISTER, y con él al Fenol, primer antiséptico introducido de forma científica en la terapéutica, de buenas condiciones antisépticas, pero inaceptable como quimioterápico por su acción común sobre bacterias y células vivas.

Un derivado importante del fenol es el *timol*,

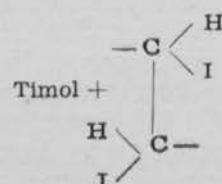
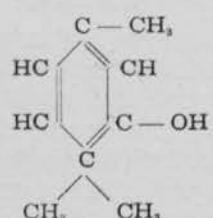
que como se sabe resulta de la sustitución en el metacresol de un hidrógeno del anillo benécnico por un radical isopropilo. Más activo que el fenol y diez veces menos tóxico, con mucho más poder germicida y con capacidad bacteriostática, se utilizó mucho como antihelmíntico (BOZZOLO), en algunas micosis, triquinosis (KAHER) y en filariosis (JIRAUD). Dejando de usarse por atribuirse, creemos que injustamente, peligros tóxicos.

Después de detenidos estudios volvió el timol al campo terapéutico, llegándose a la conclusión de que era un antiséptico poderoso y de positivos efectos (HOFFMAN y ARANAUL). Se hicieron experiencias en afecciones respiratorias por cocos, inyectando soluciones oleosas del uno al seis por ciento, asociado o no al aceite de trementina (GORDONOFF, JANET, SEITZ y GASKO), manifestando este último que era un medicamento de eficacia segura para dar un golpe mortal a todos los procesos pulmonares agudos, incluso los gripales. La aparición de las sulfamidas y la penicilina sustituyó muchas veces con ventaja la medicación timolada; pero en los abscesos de pulmón, donde fallaron aquellas drogas, hemos obtenido actualmente muy buenos resultados.

Entre los medicamentos ensayados por nosotros en el tratamiento incruento del quiste hidatídico, el que nos ha dado resultados definitivos con curaciones absolutas y categóricas ha sido los que tienen el timol como base, sin observar ningún trastorno tóxico y administrado por vía intramuscular en la forma que diremos después.

Analizando la fórmula del timol, observamos en ella lo siguiente: Que la entrada del OH en el grupo aromático exalta su poder antiséptico marcadamente. La coexistencia de los grupos CH_3 y su posición con respecto al oxidrilo aumenta aún más su poder germicida, disminuyendo su toxicidad respecto del fenol.

No hemos empleado, por regla general, el timol aislado, sino disuelto en un aceite yodado (adormideras o almendras dulces) del modo que se indica a continuación:



El yodo figura engarzado en los ácidos grasos no saturados del aceite, en forma de compuesto de adición.

Este disolvente yodado no desvirtúa las propiedades terapéuticas del medicamento base. El yodo tiene en este compuesto gran estabilidad; pero aun en el caso poco probable de que existiese un fenómeno reaccional y el átomo o átomos de yodo entrasen a formar parte del núcleo fenólico, lo harían sustituyendo algunos de los hidrógenos de los grupos CH, principalmente en posición orto o para respecto del OH fenólico, y esta entrada del halógeno en el núcleo no haría otra cosa que elevar su poder antiséptico, sin menoscabar su peculiar acción.

El yodo, por otra parte, posee por sí solo una acción antiparasitaria, antiquística y queratolítica; facilita la difusión y paso de las membranas (LEULIER, B. POMME y MULLER). Lo consideramos como un gran colaborador del timol; por esta razón se utiliza unido a él.

Empleamos también la urea, que contribuye a sostener la presión osmótica del medio y regular la difusión.

Nuestro fármaco reúne además las condiciones que hemos enumerado al tratar en general de los medicamentos antiquísticos.

La eliminación del organismo de esta droga es fácil y se realiza mediante esterificación, a expensas de la desintegración de las proteínas, que dan origen a compuestos inocuos.

Dosis empleadas.—Hemos usado soluciones oleosas de timol con y sin yodo al diez, veinticinco y cincuenta por ciento. Las soluciones yodadas lo eran al uno por ciento. En la actualidad ponemos tres c. c. de la solución del timol al cincuenta por ciento (gramo y medio). Quince ampollas en días alternos. Descanso de diez días y repetición, observando la marcha de la imagen quística, y a las tres o cuatro series, todo lo más, obtuvimos su desaparición. Al mismo tiempo hacemos ingerir al enfermo el día de la inyección treinta gramos de urea disuelta en agua (si no existe contraindicación), que aparte de su acción coadyuvante facilita la eliminación del medicamento por su acción diurética y contribuye a la formación de cuerpos inocuos en la síntesis final del timol.

No se presentaron nunca, en los muchos casos tratados, ni en personas ni en animales, ningún fenómeno tóxico; por el contrario, los enfermos aumentaron el peso y el apetito, con disminución de los síntomas desde las primeras inyecciones.

A continuación exponemos algunas historias clínicas de enfermos con quiste hidatídico tratadas por nuestro procedimiento, entresacadas de los casos que hemos observado:

Historia clínica núm. 1.—N. P., de veintitrés años, soltero, natural de Villoria (Salamanca). Viene a la consulta el 14 de junio de 1947. Oficio, carnicero. Tiene padres y ocho hermanos en perfecto estado de salud.

Antecedentes patológicos sin importancia.

Hace seis meses le empezó una febrícula, que le continúa actualmente, con astenia, dolor en el costado izquierdo. Tiene tos, expectoración y hemoptisis, algunas de ellas muy abundantes.

Exploración.—Enfermo de buena constitución, pesa 70 kilos. Coloración normal de la piel, y resto de apa-

ratos y funciones, normales, excepto el respiratorio. Acusa fatiga.

Por percusión se aprecia matidez en la base del hemitórax izquierdo, principalmente en plano posterior. Por auscultación se aprecia anulación del murmullo vesicular en la región citada.

Radioscopia.—Imagen redondeada, del tamaño de una naranja grande, en la base derecha, de contornos netos. Resto del parénquima pulmonar, sano.

Radiografía.—Igual imagen que en la radioscopía.

Hemograma.—Hemacias, 4.500.000; leucocitos, 7.000.

Segmentados	62
Linfocitos	23
Eosinófilos	8
Cayados	3
Monocitos	3
Basófilos	1

Velocidad de sedimentación: Primera hora, 7; segunda hora, 20.

Reacción de Cassoni, positiva.

Reacción de Weinberg, positiva.

Diagnóstico.—Quiste hidatídico de pulmón.

Tratamiento.—Inyecciones intramusculares en días alternos de medicamento antiquístico. Cinco c. c. de solución al 30 por 100. Treinta inyecciones.

Vuelve a la consulta por segunda vez después de dos meses. No ha vuelto a tener hemoptisis. Se encuentra menos cansado y con más capacidad de trabajo. El dolor del costado ha disminuido notablemente.

Se le hace una nueva radiografía, en la que se observa disminución del tamaño del quiste, con una gran irregularidad en su contorno. Se le ordena descansar del medicamento durante veinte días, debiendo ponerse, pasados éstos, otras treinta inyecciones.

Vuelve a la consulta por tercera vez el día 20 de noviembre del mismo año, en buenísimo estado de salud, y por tanto, sin ninguna molestia.

Se le hace una nueva radiografía, donde puede apreciarse que el quiste ha desaparecido.

En la actualidad se encuentra perfectamente.

Historia clínica núm. 2.—R. S., de veintinueve años, casada, dos hijos, natural de Endrinal de la Sierra (Salamanca). Viene a la consulta el 13 de abril de 1948.

Antecedentes personales sin importancia. Hace dos años y medio ha tenido hemoptisis repetidas; a temporadas tos. Astenia.

Estado actual: Sigue con hemoptisis, pero con menos frecuencia. Tose. Al respirar, fuertes punzonadas en el lado derecho.

Exploración.—Inspección: Enferma de constitución normal. Bien nutrida. Percusión: No se aprecia nada. En la auscultación, disminución del murmullo vesicular en el plano anterior, con algunos estertores. Aparato circulatorio, normal. Aparato digestivo: Poco apetito. Los demás aparatos, normales.

Radiografía.—Se ve una sombra densa, opaca, de forma circular, adherida al mediastino, de un tamaño aproximado de ocho centímetros. En la parte inferior, está más lejos del hilio, una sombra difusa, transparente, de forma más o menos circular, de menor tamaño, como la cuarta parte de la anterior.

Ánalisis.—Hemacias, 4.200.000; leucocitos, 7.200.

Segmentados	67
Cayados	0
Basófilos	0
Eosinófilos	4
Linfocitos	22
Monocitos	7

Reacción de Cassoni, positiva. Reacción de Weinberg, positiva. No se ven bacilos de Koch. Se ve flora bacteriana, constituida por estafilococos y catarrales.

Tratamiento.—Solución oleosa de antiquistina al 30 por 100, en ampollas de 5 c. c. Pónense un día si y otro no.

La segunda vez volvió a los dos meses escasos de tratamiento. El día 7 de junio de 1948.

En la exploración, el murmullo vesicular había aumentado, y no se veía apenas estertores en el plano anterior. La tos le ha disminuido mucho. Las hemoptisis y el esputo hemoptico le han desaparecido. Los pinchazos de costado los nota menos.

Radiografía.—Se ve la sombra quística mayor, abolida en la parte superior y disminuida de volumen, así como aumentada de transparencia. La sombra quística menor, se ha reducido a la mitad.

La tercera vez volvió a los dos meses de tratamiento.

En la exploración no se notaba nada anormal en el aparato respiratorio. La expectoración ha desaparecido totalmente, así como la tos. Los pinchazos que sentía en el costado han desaparecido.

Una tercera radiografía muestra una imagen del pulmón sensiblemente normal. En la actualidad sigue bien. Fué dada de alta.

Historia clínica núm. 3.—C. I., de treinta y cinco años, casada, dos hijos. Consultó el 16 de mayo de 1948.

Antecedentes personales sin importancia. Nunca estuvo enferma.

Estado actual: Hace un mes notó un dolor en la zona hepática, apareciendo ictericia y urticaria; paulatinamente anorexia. Le sienta bien lo que come. Mueve bien el vientre. Las heces son acólicas. Aparato respiratorio, normal, igual que el circulatorio y sistema nervioso. Urinario, normal.

Exploración.—Inspección: Piel, color icterico; escleróticas ictéricas, etc. Palpación: Dolor en la región hepática.

Por percusión, está aumentada la zona de matidez hepática a dos traveses de dedo del reborde costal (parte superior).

Radioscopia.—Se aprecia un hígado grande, poco móvil. Cúpula diafragmática derecha elevada (fig. 4). Exploración, resto de aparatos, normal.



Fig. 4.

Análisis.—Hematies, 4.600.000; leucocitos, 6.000.

Segmentados	66
Cayados	4
Eosinófilos	10
Linfocitos	19
Monocitos	1
Basófilos	0

Reacción de Cassoni, positiva. Reacción de Weinberg, positiva. Análisis de orina: Urobilinuria, negativa. Pigmentos biliares, positiva.

Tratamiento.—Treinta ampollas de antiquistina al 30 por 100, en días alternos.

Viene por segunda vez el 20 de julio de 1948. Volvió mucho mejor. La ictericia ha desaparecido. El dolor hepático ha disminuido mucho. La urticaria muy atenuada. Le ha aumentado el apetito y ha ganado peso. Las heces son pigmentadas normalmente. La orina es normal. No hay pigmentos biliares. El hígado ha disminuido de volumen.

Tratamiento.—El mismo.

Vuelve por tercera vez el 17 de septiembre de 1948. Los dolores le han desaparecido totalmente. La urticaria ha desaparecido. También ha mejorado totalmente la enfermedad, y ha sido dada de alta (fig. 5).



Fig. 5.

Historia clínica núm. 4.—J. M., de veintidós años, soltera. Ocho hermanos, todos sanos. Vino el 25 de febrero de 1949.

Antecedentes personales: Tuvo una bronconeumonía hace veinte años, y anginas a los nueve.

Hace seis meses, dolor de cabeza y fiebre.

Estado actual: Hace tres semanas tiene un dolor en la región lumbar y en el costado izquierdo, y aún continúa. Tos ligera. Expectoración hemoptoica. Nota prurito.

Exploración.—Aparato respiratorio: Nada anormal en la enferma por palpación. Por percusión, zona de submatidez, como de una moneda de diez céntimos. Auscultación: Estertores y disminución del murmullo vesicular en dicha zona.

Radiografía.—Se aprecia una sombra esférica de contornos bien diferenciados, del tamaño de una naranja, situada en el medio del campo pulmonar izquierdo.

Análisis.—Hematies, 5.100.000; leucocitos, 5.300.

Segmentados	61
Cayados	4
Linfocitos	28
Eosinófilos	4
Basófilos	0
Monocitos	3

Velocidad de sedimentación: Primera hora, 4; segunda hora, 10. Reacción de Cassoni, positiva. Reacción de Weinberg, positiva.

Tratamiento.—Solución óleosa de antiquistina al 30 por 100, en ampollas de 5 c. c., en días alternos.

Volvió por segunda vez el día 2 de abril de 1949; dice que se encuentra mejor. Aún le duele un poco el costado. Ya no tose ni expectora esputos hemopticos. El prurito le ha desaparecido.

Exploración.—Por inspección y palpación, nada anormal. Por percusión, ha desaparecido la zona de submatidez. Por auscultación, se ha normalizado completamente el murmullo vesicular. Se oyen muy disminuidos los estertores. Se hace una radiografía, y se observa que la sombra ha disminuido; se ha reducido en dos terceras partes de su tamaño, con los bordes difusos y el tamaño y forma de un huevo grande.

Volvió por tercera vez el 5 de mayo de 1949. Mucho mejor; no le duele el costado ni expectora ni tose. Continúa engordando. No ha vuelto a notar nada anormal. Ya se puede echar del lado izquierdo, aunque nota al cabo de un rato molestias.

Exploración.—Nada anormal en la inspección, palpación y percusión. En la auscultación, algunos estertores de despegamiento.

Radiografía.—La sombra se ha reducido otro tanto de la anterior.

Vuelve por cuarta vez el 18 de junio de 1949. Mejor. Ya se puede echar muy bien de costado y se encuentra a gusto. Al día siguiente de ir tuvo una hemoptisis,

porque hizo ejercicio; pero cesó, y no se ha repetido. Y en la exploración, nada anormal. En la radiosкопia se aprecia una disminución del quiste, con un tamaño menor del de un duro.

Analisis de sangre, normal. Tratamiento, el mismo, durante dos meses más. Al cabo de los cuales vuelve sin ninguna molestia y la imagen quística borrada. Dada de alta.

Historia clínica núm. 5.—P. C., de cuarenta y cinco años, casada. Dos hijos.

Antecedentes personales y familiares, sin interés.

Estado actual: Desde hace un año, dolor en la región hepática. Ictericia. Picores.

Hace un mes repitió el mismo cuadro. Anorexia. Ha perdido peso. El resto de los aparatos, normales.

Exploración.—Hígado grande y dolorido. Estómago normal. Por radioscopya, hígado grande, con la cúpula diafragmática derecha muy elevada y poco móvil. Motilidad gástrica, forma y vaciamiento normales. Resto de aparatos, bien (fig. 6).



Fig. 6.

Analisis.—Hemacias, 4.000.000; leucocitos, 8.500.

Segmentados	70
Cayados	5
Linfocitos	20
Eosinófilos	3
Monocitos	2
Basófilos	0

Reacción de Cassoni, positiva. Reacción de Weinberg, positiva. Orina oscura y pigmentada. Pigmentos biliares, positiva. Urobilina, positiva.



Fig. 7.

Tratamiento.—Aminomade todos los días en las dos comidas. Antiquistina al 25 por 100, alternando un día sí y otro no con ampollas de Cebión.

Vuelve por segunda vez el 23 de noviembre de 1949. Mejor. Un ligero tinte icterico. El dolor ha disminuido, pero aún lo tiene ligero. El apetito ha mejorado. La orina se ha aclarado.

Exploración.—El hígado se ha reducido de tamaño, y por radioscopya se ve la cúpula diafragmática menos elevada. Resto de aparatos, bien.

Tratamiento.—Antiquistina al 25 por 100 en días alternos.

Por tercera vez volvió el 3 de marzo de 1950. Se encuentra muy bien; la ha desaparecido el dolor y ha engordado.

Exploración.—Hígado de tamaño normal, sin dolor. Por percusión, matidez en el quinto espacio intercostal. No sobresale del reborde costal. Por radioscopya y radiografía, la cúpula diafragmática está normal y con buena movilidad. Resto de aparatos sigue normal. La enferma ha sido dada de alta (fig. 7).

Historia clínica núm. 6.—F. E., de sesenta años, casado; vino el día 4 de mayo de 1948.

Antecedentes personales sin importancia. Tres hijos.

Estado actual: Hace un año que viene padeciendo un dolor en hipocondrio derecho no localizado en la región hepática ni a punta de dedo. Es dolor sordo, que le impide toser y agacharse para trabajar. No tiene apenas apetito. No está estreñido. De vez en cuando padece urticarias. El resto de aparatos, normal.

Exploración.—Por inspección, nada anormal. Es un individuo fuerte y bien nutrido. Por palpación, siente dolor en el hipocondrio al rechazar el hígado hacia arriba en la inspiración. Por percusión, no se nota nada anormal.

Radioscopya y radiografía.—Se aprecia una elevación en la cúpula diafragmática derecha, en forma de casquete esférico (fig. 8).

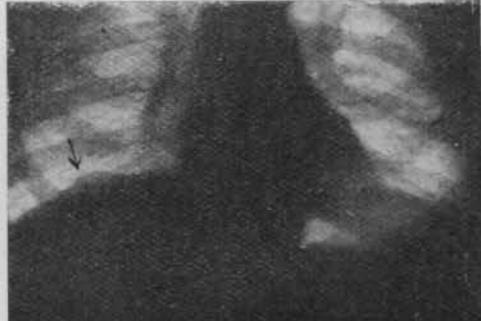


Fig. 8.

Analisis.—Hemacias, 4.500.000; leucocitos, 6.600.

Segmentados	60
Cayados	5
Linfocitos	25
Basófilos	0
Eosinófilos	8
Monocitos	2

Reacción de Cassoni, positiva. Reacción de Weinberg, positiva.

Tratamiento.—Solución oleosa de antiquistina al 30 por 100, en días alternos.

Vuelve por segunda vez el día 3 de julio de 1949. Mucho mejor; el dolor le ha desaparecido casi por completo, pues antes en el tren no podía venir sentado, porque los saltos le producían dolor, y ahora viaja perfectamente. Alguna vez que otra nota un ligero dolor al hacer ejercicio violento. Le ha aumentado mucho el apetito.

Exploración.—El dolor no se provoca al rechazar el hígado en la respiración.

En la radiografía se nota una gran disminución de la sombra quística.

Tratamiento.—El mismo.

Vuelve la tercera vez el 7 de septiembre de 1948,

completamente bien. Le han desaparecido todas las molestias. Come con mucho apetito. Puede trabajar sin ninguna molestia. En los demás aparatos, nada anormal.

Radiografía.—Han desaparecido por completo las sombras; ha sido dado de alta (fig. 9).



Fig. 9.

Historia n.º 7.—A. T. A., de diecisiete años, soltero, de Aldeanueva de Figueroa; consultó por primera vez en 26 de noviembre de 1949. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: Hace tres años dolor de estómago, que se quitó, sin haber vuelto a notar nada. Hace un mes le ha vuelto el dolor de estómago, en igual forma que hace tres años, que le duró veinte días, y en la actualidad le ha desaparecido.

Enfermedad actual: Hace un mes, al coger una piedra, se dió un golpe en el pecho y tuvo hemoptisis, y el médico le mandó consultar a Salamanca, descubriendole en la exploración radiológica un quiste hidatídico del pulmón. Antes de esto, algunas veces había tosido, sin expectorar. Lo demás está normal.

Exploración.—Bien nutrido. Coloración normal de piel y mucosas. Buen apetito. Circulatorio, normal; ídem nervioso y renal.

Respiratorio.—Por percusión y auscultación, nada anormal.

Examen radiológico de tórax.—Se aprecia una sombra elíptica de contornos muy netos, situada en pulmón

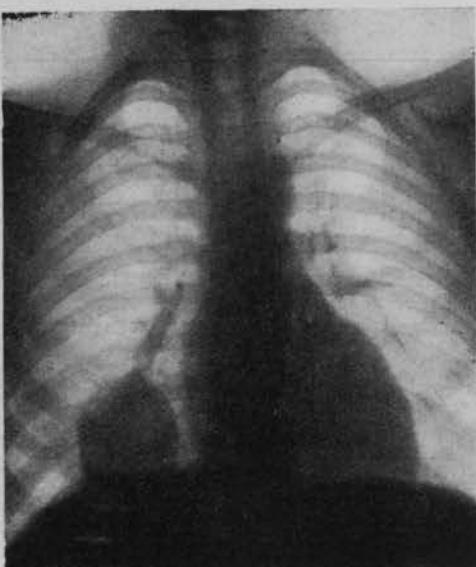


Fig. 10.

derecho, lóbulo inferior. Hilio derecho ligeramente cargado; resto del parénquima pulmonar, normal (radiografía n.º 10).

Ánalisis.—Sangre: Hematies, 4.000.000; leucocitos, 7.000.

Segmentados	58
Cayados	7
Linfocitos	32
Eosinófilos	2
Basófilos	0
Monocitos	1

Reacción de Cassoni + + +. Análisis de esputos, no se aprecian bacilos alcohol ácido resistentes.

Velocidad de sedimentación: Primera hora, 7. Segunda hora, 17.

Tratamiento.—Solución oleosa de Cistimol al 25 por 100. Quince ampollas en días alternos.

Segunda vez: 15 de enero de 1950. Se encuentra mucho mejor. A los quince días de tratamiento comenzó con fiebre muy alta, que le entró con escalofrios y dolor en el pecho, lado derecho; expectoración hemoptoica, anorexia y astenia; se le explora, encontrándose una matidez plano anterior, lado derecho, región inflacavicular, con soplo bronquial y estertores crepitantes. Este cuadro se diagnosticó de neumonia crupal, haciéndole un tratamiento con penicilina y sulfamidas durante cuatro días, al cabo de los cuales estaba apirético. Se suspendió el tratamiento antiquístico durante quince días, al cabo de los cuales se reanudó. No ha vuelto a tener tos ni expectoración, ni dolor alguno.

Actualmente sigue sin fiebre. Buen apetito. No astenia. Ha crecido diez centímetros. Resto aparatos, normal.

Exploración.—Percusión y auscultación, normal.

Examen radiológico.—Se aprecia que la sombra quística se ha reducido a la mitad de su tamaño, siendo su contorno difuso, deshilachado y más transparente.

En la región inflacavicular se aprecia un engrosamiento pleural consecutivo a la neumonia. El hilio pulmonar derecho sigue cargado (radiografía n.º 11).

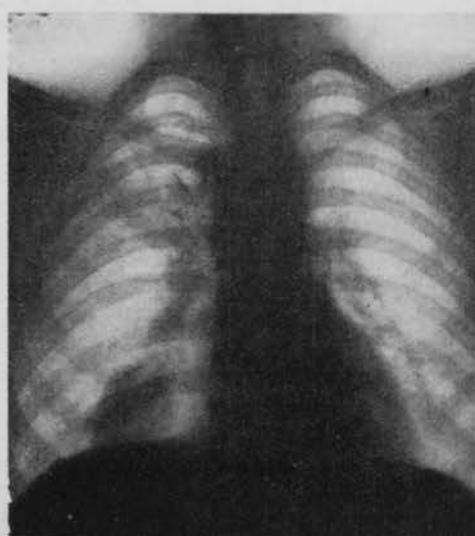


Fig. 11.

Ánalisis.—Sangre: Hematies, 4.200.000; leucocitos, 7.000.

Segmentados	60
Cayados	5
Linfocitos	28
Eosinófilos	2
Basófilos	0
Monocitos	5

Tratamiento.—Solución oleosa de Cistimol al 50 por 100 en ampollas de 2 c. c., en días alternos, durante dos meses.

Tercera vez: 28 de marzo de 1950. Se encuentra completamente bien; muy buen apetito; ha crecido otros cinco centímetros; ha engordado siete kilos.

Exploración.—Normal auscultación y percusión.

Examen radiológico.—La imagen quística está total-

mente deformada, adquiriendo una forma casi triangular, de bordes muy difusos y muy transparentes, así como la sombra quística. La imagen hiliar es normal. El enfermo ha sido dado de alta (radiografía número 12).

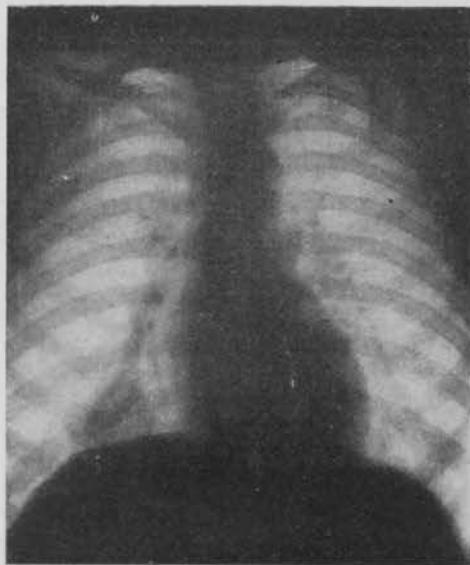


Fig. 12.

Historia n.º 8.—L. P., de catorce años, de Cantalpino; consultó por primera vez el 27 de junio de 1950. Antecedentes personales y familiares sin importancia.

Enfermedad actual: Hace seis meses catarro, con tos estridulosa y seca. A los pocos días se le presentó un dolor en el costado derecho, que duró unos días. A veces, tos emetizante. En la cama tose más. Lo demás está normal.

Exploración.—Normal circulatorio, digestivo, nervioso y renal.

Respiratorio.: Nada por inspección. Por percusión se percibe una zona de submatidez en hemitórax derecho, plano anterior.

Por auscultación: Disminución de murmullo vesicular, plano anterior.

Examen radiológico.—Se aprecia una sombra densa, de forma ovalada, en campo inferior derecho, de contornos bastante netos. Ha perdido peso. Resto aparato, normal. Buen color de piel y mucosas.

Ánalisis.—Sangre: Hematies, 3.900.000; leucocitos, 5.800.

Segmentados	66
Cayados	2
Linfocitos	26
Eosinófilos	4
Basófilos	0
Monocitos	2

Ánalisis de esputos.: No se encuentran bacilos alcohol ácido resistentes. Reacción de Cassoni ++. Velocidad de sedimentación: Primera hora, 8 mm. Segunda hora, 20 mm. *Ánalisis de orina.*, normal.

Tratamiento.—Solución oleosa al 50 por 100 de Cistimol en ampollas de 2 c. c., en días alternos, durante dos meses.

Tabletas de Codeisán, ampollas de Cimema, Batafóns, Calciclor.

Segunda vez: 28 de septiembre de 1950. Ha mejorado; la tos ha cedido mucho y el dolor de costado casi ha desaparecido. Ha mejorado el apetito. Ha aumentado de peso.

Exploración.—Normal circulatorio, digestivo, nervioso y renal.

Respiratorio.: La submatidez ha desaparecido. Ha aumentado la función respiratoria en dicha zona.

Examen radiológico.—La sombra quística se ha reducido a más de la mitad de su tamaño y sus contornos

son difusos, poco netos. Resto del parénquima pulmonar, normal.

Ánalisis.—Sangre: Hematies, 4.500.000; leucocitos, 6.000.

Segmentados	65
Cayados	3
Linfocitos	26
Eosinófilos	3
Basófilos	0
Monocitos	3

Tratamiento.—Igual que la vez anterior.

Tercera vez: 29 de noviembre de 1950. Se encuentra completamente bien. No ha vuelto a toser ni ha vuelto a tener dolor de costado. Tiene mucho apetito. Ha ganado cuatro kilos.

Exploración.—No se encuentra nada por percusión ni auscultación. Resto aparatos, normal.

Examen radiológico.—La sombra quística se ha reducido casi totalmente, quedando una imagen residual cicatricial.

Ánalisis.—Sangre: Hematies, 4.900.000; leucocitos, 5.800.

Segmentados	65
Cayados	3
Linfocitos	27
Eosinófilos	2
Basófilos	0
Monocitos	3

Velocidad de sedimentación: Primera hora, 3 mm. Segunda hora, 5 mm. Ha sido dada de alta.

Historia n.º 9.—F. L. D., de cuarenta y seis años de edad, viuda, de Salamanca; consultó por primera vez el 4 de marzo de 1949. Seis hijos y seis abortos. Antecedentes personales sin importancia. Hace un año tiene un dolor en el costado izquierdo, que se presentó de repente, con fiebre, que le duró varios días, pero le desapareció sin volver.

Enfermedad actual: Hace siete meses tuvo una hemoptisis, habiéndole repetido después en diciembre del año 1948, durante ocho días seguidos. Actualmente, hemoptisis de vez en cuando, siendo éstas de poca intensidad. Dolor en el costado, dándole a veces puncetas. Lo demás, normal.

Exploración.—Coloración pálida; nutrición normal;

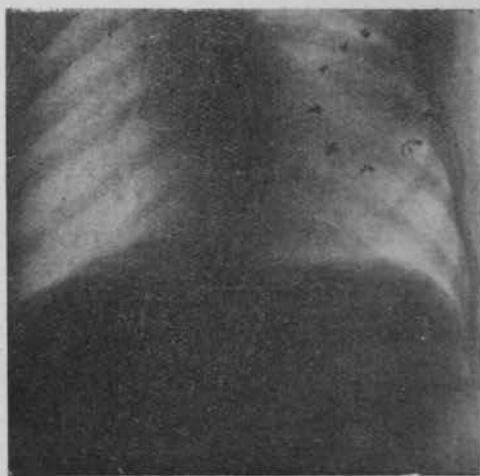


Fig. 13.

corazón, nervioso, renal y digestivo normales; ha perdido peso.

Respiratorio.: Por percusión se nota una submatidez en el lado izquierdo, en región axilar. Por auscultación se nota disminución de función y algunos estertores.

Examen radiológico.—Se aprecia una sombra esférica, bien delimitada, que contacta con el corazón; resto parénquima pulmonar, normal (radiografía n.º 13).

Analisis.—Sangre: Hematies, 4.400.000; leucocitos, 5.700.	
Segmentados	63
Cayados	7
Linfocitos	19
Eosinófilos	9
Basófilos	0
Monocitos	2

Analisis de esputos: No se aprecian bacilos alcohol ácido resistentes. Reacción de Cassoni + + +.

Tratamiento.—Solución oleosa de Cistimol al 50 por 100 en dos centímetros cúbicos, una diaria durante un mes.

Segunda vez: 20 de abril de 1949. Viene mejor. Los dolores de costado le han desaparecido, así como la expectoración hemoptoica. Ha engordado y mejorado mucho el apetito.

Exploración.—La zona de submatidez se ha reducido. La función pulmonar ha mejorado. Se oyen aún algunos estertores.

Examen radiológico.—La sombra quística se ha reducido mucho. Sus bordes son difusos. La sombra es más transparente, viéndose claridades en su interior (radiografía núm. 14).



Fig. 14.

Analisis.—Sangre: Hematies, 4.700.000; leucocitos, 6.000.

Segmentados	60
Cayados	5
Linfocitos	25
Eosinófilos	8
Basófilos	0
Monocitos	2

Tratamiento.—El mismo para dos meses, poniéndose las ampollas en días alternos.

Tercera vez: 20 de septiembre de 1949. Se encuentra perfectamente bien; ha engordado dos kilos; no ha vuelto a expectorar ni a tener dolor en el costado. Sigue con buen apetito, y lo demás, normal.

Exploración.—Percusión y auscultación, normal.

Examen radiológico.—La sombra quística ha desaparecido, quedando la imagen residual cicatricial muy transparente y mal limitada (radiografía núm. 15).

Analisis.—Sangre: Hematies, 5.000.000; leucocitos, 5.800.

Segmentados	62
Cayados	8
Linfocitos	23
Eosinófilos	2
Basófilos	1
Monocitos	5

Tratamiento.—Calcio en ampollas, en días alternos, para un mes. Ha sido dada de alta del tratamiento antíquístico.

Creemos conveniente añadir a estas historias, que como decimos anteriormente estaban escogidas entre un sin número de ellas como las más demostrativas, tres casos más tratados últimamente:

Una de ellas trata de una señora con varios quistes de hígado desde hace once años, operada cuatro veces y reproducidos nuevamente. Presentaba varias fistulas en región hepática, por las que supuraba constantemente, arrojando vesículas hidatídicas. Fué tratada por nuestro antíquístico, poniendo una inyección intramuscular en días alternos, y dos por semana, introducidas por la fistula. Al cabo de mes y medio cesó por completo la supuración, desapareció una sombra dondeada que presentaba sobresaliendo sobre la cúpula diafragmática derecha, aumnetando de peso ocho kilos y encontrándose como hacia mucho tiempo.

Otro caso muy semejante es el de un enfermo que, operado hace cuatro años, presentaba iguales síntomas que el anterior, y con veinte días de tratamiento quedó cerrada la fistula, encontrándose en la actualidad perfectamente bien.

Otra enferma con una hidatidosis abdominal, con

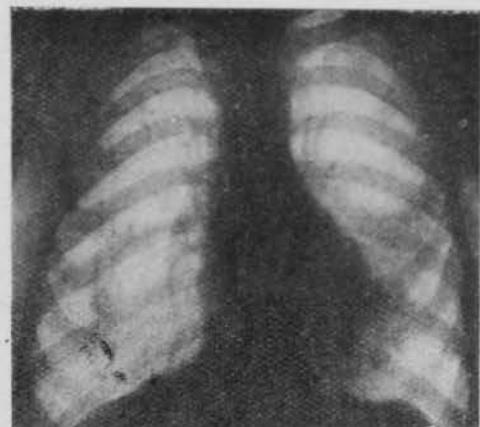


Fig. 15.

un estado general muy malo, se trata con inyecciones intramusculares del medicamento, inyectando además en varios quistes gigantes que estaban adheridos a la pared abdominal el fármaco antíquístico. A los dos meses había desaparecido todo el proceso.

SUMMARY

The author succeeds with his medical treatment in 12 cases of hydatid cyst. Such treatment consists of injecting oil solutions of thymol in iodised oil. The technique followed by author and the results (clinical as well as radiographic) are reported. Toxic actions were not observed in any case.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei 12 Patienten mit Hydatidenzyste wandte der Verfasser die konservative Behandlung mit Erfolg an. Diese besteht in der Injektion von Tymolöllösungen in Jodöl. Man bespricht die angewandte Technik und die klinischen und roentgenologischen Ergebnisse. Toxische Phänomene wurden niemals beobachtet.

RÉSUMÉ

Dans 12 cas de kyste hydatidique l'auteur emploie son traitement conservateur avec un gran succès. Il s'agit de l'injection de solutions huileuses de thymol dans de l'huile iodée. On expose la technique suivie ainsi que les résultats aussi bien cliniques que radiographiques. On n'observe jamais de phénomènes toxiques.

NECESIDAD DE UN DIAGNOSTICO PRECOZ DE LAS NEOPLASIAS ESOFAGICAS, DADAS LAS ACTUALES POSIBILIDADES DE SU TRATAMIENTO QUIRURGICO (*)

A. RUIZ MARTÍNEZ (**)

Vigo.

Hace ya muchos años el Dr. FAURE atravesó el Atlántico para ir a Baltimore, donde dió una conferencia sobre la cirugía del cáncer del esófago. Allí dijo poco más o menos: "No puedo ni debo ocultar a ustedes que la extirpación de un tumor del esófago es una operación temible, heroica y de extrema gravedad. Todos los enfermos que operé han muerto. No obstante, cada vez que se me presente un enfermo con un cáncer de esófago lo operaré. Si lograra salvarle la vida, esto justificaría todas las muertes operatorias."

Desde entonces hasta ahora mucho se ha trabajado para lograr que ese conducto músculo-membranoso que esconde sus veinticinco centímetros de trayecto en el mediastino posterior y en íntima relación con órganos de vital importancia, pudiese ser abordado y con él todos los paquetes ganglionares cuyo control es indispensable en todo intento quirúrgico que deba asegurarse algunas posibilidades de éxito.

No cayó, por lo tanto, en el vacío aquella advertencia del gran cirujano latino, siendo precisamente sus colegas norteamericanos quienes año tras año han ido mejorando las técnicas, para muy recientemente lograr dar cumplida respuesta al que con toda lealtad habló de sus fracasos, pero sentó la firme consigna de seguir adelante.

Se ha llegado hace poco tiempo a establecer métodos perfectamente reglados que permitieron convertir esa "tierra de nadie", donde se escondía el esófago torácico, en amplio campo quirúrgico que permite la extirpación de la tumoración, y lo que es más importante todavía,

el control de los ganglios que caen dentro de la esfera expansiva de la misma.

Creemos que las necesidades del tratamiento quirúrgico de las lesiones tuberculosas pulmonares con sus amplias toracoplastias, posibles merced al poderoso auxilio de nuevos métodos anestésicos y al estudio y prevención del shock que estas largas intervenciones provocan, es lo que ha abierto el camino a la solución quirúrgica de las afecciones del esófago, facilitando el tratamiento de las formaciones diverticulares, de las estrecheces por cáusticos o de la extirpación de cualquier cuerpo extraño que por circunstancias de enclavamiento no sea recuperable por método endoscópico, y si desgraciadamente nuestro enfermo es un estenosado por neoplasia esofágica estamos ya ahora en condiciones de prolongar su supervivencia y quizás alejar la posibilidad de una recidiva.

Cuando logramos nuestra formación universitaria habíamos llegado a la conclusión de que a pesar de los intentos de FAURE y TUFFIER, de París; de WENDEL, de Magdeburgo, pasando por MEYER, de New-York; ACH y UNGER, de Berlín y Munich, respectivamente, todo lo que se hacía para abordar convenientemente el esófago no caía dentro de las posibilidades de un éxito que valiera la pena intentarlo; todos los enfermos que veíamos portadores de estos procesos malignos que estrechaban su esófago, sólo podíamos ofrecerles dos cosas: "morfina y mentiras". Llegamos al ejercicio profesional, veíamos todos los meses uno o dos estenosados de esófago, que atormentados por sus dificultades de deglución, llegaban a la muerte por inanición, sin que la cirugía pudiese ofrecerles más solución que la gastrostomía paliativa, que cirujano y enfermo rechazaban.

Por fin, a mediados de 1945 leímos varios trabajos en relación con los efectuados por GARLOK y SWEET, cirujanos americanos que abrían con su nueva técnica amplias posibilidades para la práctica perfectamente reglada de la esofagogastrostomía transtorácica, que había de sustituir a la operación de TOREK, evitando la fistula esofágica o gastrostomía, que obliga a llevar al enfermo una vida sumamente desgraciada. Allí se demostraba que la reconstrucción intratorácica del esófago tenía múltiples ventajas: cumpliendo la doble finalidad de prolongar la vida, llevándose la tumoración; estableciendo la permeabilidad del conducto, dejando al enfermo completamente normal, y sólo con las posibilidades de que la neoplasia pudiera recidivar. El método era radical y atrevido, permitiendo abordar el esófago terminal y el tercio medio (el esófago presenta todavía una región inaccesible, la situada por encima del arco aórtico y por detrás de la fosa suprasternal); mediante este proceder se consigue un perfecto control (lo que no ocurría en la operación de TOREK) de los dos importantes grupos de ganglios regionales, los supradiafragmáticos paracardíacos y los que siguen el trayecto de la coronaria estomáquica, que junta-

(*) Comunicación presentada a la Academia Médico-Quirúrgica de Vigo el 23 de febrero de 1949.

Se reseñan dos de los primeros casos operados en España de esófago-gastrectomía por vía transdiafragmática.

(**) Este trabajo, puesto en inglés, ha sido enviado al Award Contest de 1951 de la National Gastroenterological Association Norteamericana.