

MEDICINA. Diagnóstico i tratamiento de los quistes del cuello. — Memoria de prueba de don Francisco R. Martínez en su exámen para optar el grado de Licenciado en Medicina, leida el 7 de abril de 1869.

Señores:

Recien salido de los hospitales, falto de la esperiencia i conocimientos necesarios para dilucidar con fruto un problema cualquiera de práctica médica o quirúrgica, necesito, señores, de toda vuestra benevolencia, para solicitar durante algunos momentos vuestra atencion.

El trabajo que voi a leeros es en parte el resultado de algunas observaciones clínicas, en parte es una obra de compilacion, hecha con el objeto de eliminar del confuso capítulo que algunos libros clásicos consagran a los quistes del cuello, no pocas oscuridades.

He insistido particularmente en el diagnóstico i tratamiento de esta afeccion, puntos que, a mi humilde entender, no han sido bien estudiados en los tratados jenerales de cirugía.

Elijiendo por tema de esta memoria una de las afecciones *comunes* en nuestro pais, me habia fijado en el *bócio*, esa curiosa enfermedad endémica en los valles de los Pirineos, de los Vosges, en la Lombardia etc. i bastante comun entre nosotros. El interes de su estudio no se limita solamente al conocimiento de los medios farmacéuticos o quirúrgicos que la medicina puede i debe emplear en muchos casos para combatirlo. Hai un punto de mucha mayor importancia, aunque desgraciadamente mal dilucidado todavía: es el conocimiento de las causas que dan oríjen al *bócio*, i de ahí el de su profilaxis. “El estudio de las causas del cretinismo i del coto endémico, dice Saint Lager, puede considerarse como el primer capítulo de una obra de jeología aplicada a la hijiene, trabajo que unido a un tratado de climatología, compondrá toda la ciencia del influjo de los ajentes físicos sobre el hombre”.—Las causas del coto endémico son evidentemente *hidrotébricas*, he aquí una proposicion que las modernas investigaciones han dejado, puede decirse, fuera de duda. Pero, ¿cuáles son las aguas o los terrenos que gozan de la funesta propiedad de trasformar, por decirlo así, los organismos sometidos a su influencia?..... El doctor Sanit Lager que ha reunido en un interesante libro gran copia de datos jeológicos i de observaciones sobre este

asunto, establece que la endemia coincide, en jeneral, con los terrenos metalíferos, sobre todo, aquellos que tienen por ganga las piritas de yeso, sulfuro i sulfato, los de cobre, etc. El agua que es atravesada, cargada de partículas metálicas, obraría produciendo una especie de intoxicacion crónica, cuyo efecto final seria el cretinismo o alguna de sus manifestaciones, particularmente el *bócio*. La idea no es enteramente nueva, pues ya muchos médicos de los siglos XVI i XVII habian atribuido el *bócio* a esta misma causa. La abundancia de datos i de pruebas en que el autor que hemos mencionado apoya su teoria, le dan ahora grandes apariencias de verdad.—Creemos, en conclusion, que un estudio análogo hecho entre nosotros, seria de suma importancia contribuyendo a resolver el gran problema de las profiláxis de uno de las mas desagradables deformidades de la especie humana, i a realizar lo que muchos creerian una utópia.

Este trabajo es largo i difícil. No sé qué se haya escrito nada sobre el particular entre nosotros; pero confio en que alguno de nuestros distinguidos facultativos, o de mis compañeros de estudio, dirijirán su vista hácia una cuestion, que tengo el sentimiento de no haber hecho mas que señalar.

Por ahora, ocuparé, señores, vuestra atencion con otro asunto de alguna importancia; hablaré de los quistes del cuello, enfermedad cuya historia ha sido tantas veces confundida con la del coto esporádico, i que no deja de ser frecuente entre nosotros. Me contraeré sobre todo al diagnóstico i tratamiento de esta afeccion. Pero ántes, se hace necesario esponer con la mayor brevedad posible un resúmen histórico de los trabajos publicados acerca de ella, para evitar así la confusion i no pequeños errores en que muchos han incurrido.

Añadiré que voi a ocuparme de los simples *cistomas*, entendiendo por tales colecciones mas o ménos abundantes de líquido, perfectamente circunscritas por una membrana limitante, de espesor variable, que las aísla de los tejidos sanos i ejerce al mismo tiempo una doble accion absorbente i secretante sobre su contenido.

Quedan así eliminados los tumores císticos, que a título de complicacion o accidente, se desarrollan en medio de un tejido heteromorfo cualquiera, perdiendo entónces sus caracteres típicos.

Hablamos de los quistes en su estado de simplicidad i no de los que forman parte de un tumor compuesto.

RESÚMEN HISTÓRICO.

Los quistes del cuello eran conocidos de los antiguos cirujanos.

Lo prueban las obras de Celso de una manera inequívoca. "En el cuello, dice, se desarrolla a veces un tumor que los griegos llaman *broncocele*, compuesto de un liquido semejante al agua o la miel o de una masa de pelos i pequeños huesos siempre contenidos en un quiste.

En las obras de Böhraabe se lee la historia de un caso operado por la incision.

Boyer (*Traité de Mal. Chirrug.*) habla únicamente de los tumores enquistados tiro-hioideos, que cree muy dificiles de curar sin fístulas i de otros que, segun él, provienen de la glándula sub-maxilar.

Delpech, J. L. Petit i otros cirujanos de su época confunden los quistes de la rejion anterior del cuello con el *bocio* i otros tumores de la glándula tiroidea.—Ninguno de estos cirujanos hace mencion de los quistes en particular.

En 1825 se publicó la *Memoria* de Maunoir, de Jénova, en que ocupándose de los quistes, parece hablar de una cosa enteramente nueva.

Algunos escritos posteriores hablan del *hidrócele* del cuello, siguiendo a Maunoir, de los quistes tirohioideos, etc., etc., pero renuevan muchas veces la confusion en que ántes se habia incurrido.

Vienen en seguida los trabajos de Fleuri i Marcheveux en 1839; la tesis de concurso de M. Voillemier en 1851 i la memoria de M. Rousse, de Brignoles, en 1855 (*Revue de Malgaigne* en las cuales se estudian estos quistes bajo su verdadero punto de vista, es decir reuniéndolos en un solo cuerpo, evitando los errores del diagnóstico i dando la debida importancia al estudio de las operaciones que han sido propuestas i que no siempre carecen de peligros.

Pero, aun despues de estos trabajos, no ha cesado de reproducirse la confusion que ántes reinaba en estas cuestiones. Puede que esta confusion no sea mas que nominal, pero eso no implica que sea tolerable. En un trabajo reciente, habla Hamburger, cirujano austriaco, de *bocios císticos* operados para el sedal, i que segun aparece de sus descripciones, no son otra cosa que verdaderos quistes. La misma denominacion equívoca se le da en varios otros escritos.

Mr. Nelaton consagra dos artículos separados uno a los quistes del cuello, estraños a la glándula tiroidea i otro a los de esta glán-

dula. A mi ver, nada justifica esta division. Todos estos quistes pueden tener idénticos caractéres anatómicos, pueden dar lugar a los mismos síntomas, en una palabra, toman de la rejion en que se desarrollan una fisonomía comun. Por lo ménos todos los quistes de la rejion antero-lateral del cuello deberian ser reunidos bajo un mismo título.—En cuanto a los de la rejion posterior que son bastante raros, no vemos inconvenientes, sino todas las ventajas de una jeneralizacion útil, en reunirlos con los anteriores.—Así como el método anatómico, aplicado al estudio de las enfermedades quirúrgicas, se hace a nuestro humilde entender, verdaderamente ventajoso, i no subdividiendo las materias sin necesidad.

Otra de las obras clásicas de cirugía, la de Vidal, de Casis, dedica un artículo al hidrócele del cuello, los quistes tiraroides i los conjénitos, i comprende despues, bajo el nombre de *bócio multiforme*, muchos quistes de la glándula tiroidea junta con las degeneraciones estrumosas, cancerosas i vasculares, con todo esas curiosas metamorfosis de que puede ser sitio la glándula tiroidea.

Algunos otros autores, entre ellos Sellidok proponen reservar el nombre de *bócio* a la simple hipertrofia de la glándula, dando a todos los otros tumores de distinta naturaleza, que puedan imitarlo, el nombre de *bócio falso*.

Es perfectamente fundado el dejar para una lesion determinada, la hipertrofia, i solo para ella, el nombre de *bócio*. De este modo corresponden las espresiones a las diferencias que puede establecer el diagnóstico en una afeccion de la cual ha dicho Cruveilhier que “encerraba toda una anatomía patológica desde la simple hipertrofia hasta el cáncer”

Pero la denominacion de *bócios falsos* nos parece una jeneralizacion viciosa. Si bien es cierto que el diagnóstico diferencial de las alteraciones del cuerpo tiroideo, deja todavia que desear, tambien lo es que no pueden confundirse bajo una denominacion comun, lesiones que muchas veces son fáciles de distinguir o que, como los quistes de esta rejion, tienen lo mas a menudo su asiento fuera del tejido de la glándula misma.

Un resultado del desacuerdo que ha existido en la distincion de los simples *cístomas* del cuello i las enfermedades de la glándula tiroidea, ha sido la sinonimia, tan variada como viciosa, de estas afecciones. Limitándonos a los quistes hallamos las denominaciones de *broncoccele* (Celso), *Tirocfinia accnooso* (Frank), *Baño supurado* (J. L. Petit), *Baño de agua* (Perey, Fenor), *Hidrócele*, *hematócele del cuello*

(Maunóir, Michauce) *Higronca celular, etc., etc.*, denominaciones todas, mas o ménos inexactas, que se han dado a los quistes de la glándula tiroidea o de sus inmediaciones.

SITIO, ESTRUCTURA, SÍNTOMAS, CURSO, ETC., ETC.

Adoptando la division de los quistes en jeneral, propuesta por los autores del *compendium* tan sencilla en su misma latitud, los reparitremos en dos clases: *serosos i dermoides*. Vamos a ocuparnos únicamente de los quistes serosos del cuello.

Nada diremos de su etimología, que es las mas vees oscura.

En cuanto a su sitio es mui variado. En jeneral son mas comunes en las rejiones antero-laterales; pero el sitio que podrá llamarse de eleccion está en los puntos vecinos de la larinje i de la glándula tiroidea. Su asiento anatómico mas frecuente es el tejido celular o láminas que forman, por decirlo así, una atmósfera a los músculos, ganglios, vasos, glándulas, etc., etc., de la rejion tan complicada del cuello.

Los quistes que se han descrito como pertenecientes a la glándula tiroidea (Maunoir, Nelaton, Tameuí, etc.), son a las veces independientes de ella (Voillesuie Bona de Brignoles, etc.), i no hacen otra cosa que rechazarlo en parte; tienen su asiento primitivo en el tejido celular en algun gánglio, etc.—Los ejemplos de quistes englobados por la masa glandular son mui raros, provienen, segun Bek, del desarrollo anormal de una de las celulas del cuerpo tiroideo, lo que no pasa de ser una acersion destituida de pruebas.

Los quistes tiroideos que Boyer menciona, o que segun Malgaigne no son mas que un higromo de la bolsa mucosa que él ha descrito en ese punto, han sido observadas por Mr. Nelaton i descritos en su libro bajo el nombre de ránula sub-cuánea.

Por fin los quistes de la glándula sub-maxilar (Boyer) i los ganglionares (Adolfo Richard) son dudosos o mal descritos. Los quistes conjénitos han sido objeto de varios trabajos en Inglaterra i en Francia, pero no ofrecen mucho de particular, fuera de su orijen.

DIAGNÓSTICO.

Los quistes de la rejion anterior del cuello pueden confundirse i han sido efectivamente confundidos con el bócio.

Es que raras veces presentan su carácter distintivo de transparencia i fluctuacion, al paso que muchos toman el aspecto i la consistencia

pel verdadero coto. De ahí la confusion. No se necesita sin embargo mucha esperiencia clínica para reconocer *de viou* cuando se trata de un coto i cuando no, de ordinario, el *bocio* forma un tumor mamejonado, i recuerda, en su configuracion, la de la glándula en su estado normal: un pequeño tumor en el centro i dos gruesos tumores laterales; caracteres que nunca presentan los quistes, que son en jeneral redondeados i lisos.—Hai muchas otras circunstancias en que la marcha de las enfermedades nos hacen reconocer la verdadera naturaleza del tumor, si este, por ejemplo, ha sido en sus principios, estraño a la glándula tiroidea i solo despues ha venido a invadir la rejion que ella ocupa, no hai equivocacion posible, no se trata de un verdadero *bocio*.

Pero pongámonos en el caso mas difícil; el tumor ha tenido por asiento primitivo la glándula tiroidea, o sea la rejion que esta ocupa. Son estas las circunstancias en que han cometido un error de diagnóstico hombres como Boyer, Delpech i J. L. Petit.—Actualmente, ningun cirujano formulará su opinion en estos casos, sin haber hecho ántes una puncion esplorariz. Con efecto, todos los otros caractéres, todos los otros signos son dudosos. Un tumor líquido puede remedar mui bien la consistencia de los tumores sólidos; se sabe en que circunstancias: cuando las paredes del tumor están fuertemente distendidas, por una hipersecrecion accidental.

La estructura de los cistomas del cuello no han sido bien estudiadas hasta hace mui poco tiempo. Las paredes, cuando son antiguas, alcanzan un espesor considerable i se incrustan de porcion cartilajinosa, calcáreas o huesosas, desarrollándose al mismo tiempo varios productos, falsas membranas fungosidades, vejetaciones, etc., en su interior.

El líquido que contienen puede ser una cerosidad verdusca o amarillenta, o bien un líquido turbio, mas o ménos cargado de albúmina i segun eso, mas o ménos jelatinoso o consistente.

Estos quistes, hemos dicho, toman de la rejion en que nacen una fisonomía particular. Efectivamente, aparte del aspecto estraño, que los hace parecerse en muchos casos al coto, situados como están, en una rejion de estructura tan variada como el cuello, dan lugar a *síntomas rejionarios* (Gardij) que constituyen toda su gravedad.

Así, cuando han adquirido cierto volúmen, determinan desórdenes de la voz, disfucia, catarro tráqueo-bronquial, enfisema pulmonar, hipertrofia de las cavidades derechas del corazon; síntomas, todos, de compresion, de dificultad circulatoria, etc., etc. Un accidente cual-

quiera de esta clase puede hacer indispensable la intervencion de la cirugía; aunque sin eso, la deformidad sola merece una operacion, cuando ésta no ofrece peligros.

La marcha i las terminaciones de esta afeccion no presentan particularidad ninguna, aparte de las que provienen del sitio de la enfermedad verificado en la bolsa. Estas alternativas de blandura i resistencia, simple fenómeno de la marcha de la afeccion, era lo que los cirujanos del tiempo de Petit denominaban *reblandecimiento o supuracion del broncocele*.—*Induracion del tumor etc.*

La puncion exploratrix, es, pues, un medio seguro de diagnóstico en estos casos dudosos; un medio, cuya inocuidad, por otra parte, es reconocida por todos. A propósito de esto, no pasaremos adelante sin anotar de paso un hecho que prueba lo que se ha repetido tantas veces: que en materia de operacion, nada puede afirmarse de absoluto, tocante a resultado. Conocemos mas o ménos bien la predisposicion relativa de los diferentes tejidos para inflamarse con tal o cual intensidad, bajo la influencia de este o de aquel agente fisico; pero hai siempre un elemento desconocido, cuya intervencion puede burlar toda nuestra expectativa.—La puncion exploratrix no es, absolutamente hablando, una operacion inocente.—Trasladaremos aquí un hecho, tomado de las lecciones clínicas del doctor Thevenot.

“Habiendo sido llamado para ver a una señora que tenia un tumor voluminoso en la rejion anterior del cuello, i como este presentase cierta dureza, cierta resistencia análoga a la que a veces presentan los quistes, propuse, i fué aceptada una puncion exploratrix. El trocar solo dió salida a algunas gotas de líquido. A la mañana siguiente, la enferma tenia escalofrios, fiebré, i las picaduras hechas por el trocar estaban manifestamente inflamadas. Los accidentes eran mas intensos al otro dia. Incision de cinco a seis centímetros, alivio inmediato, quince dias despues, el tumor, que era verdadero coto, se habia reducido a la mitad de su primitivo volúmen. La enferma se fué al campo, i algun tiempo despues supe por una carta que el tumor habia disminuido algo mas; pero desde entónces he perdido de vista a la operado. En la incision pude reconocer que el tumor tenia una disposicion foliácea lo que me hace creer que se trataba de una hipertrofia especialmente localizada en los tabiques fibrosos interlobulares.”

¿Hai algun medio diagnóstico que nos haga reconocer con seguridad, cuando pertenece un tumor al cuerpo tiroideo, i cuando nó?

Berard (*Fisiología*, tomo II) ha creído hallarlo en que los tumores del cuerpo tiroideo, siguen el movimiento ascensional de la larinje

durante la deglucion. “Este pretendido medio diagnóstico, observa M. Malgaigne, (*Anat. Chirurg.*), seria mui propio para indicar el error en el caso en que estuviese el tumor en uno de esos ganglios linfáticos enfratraqueales que se hayan como colgados en las venas tiroideas i están a veces engastados en el tejido glandular. Richard dice con razon que “un quistes desarrollado en estos gánglios se atribuiria casi de seguro al cuerpo tiroides”—Creemos, con el sabio profesor, que las equivocaciones son mui fáciles, i que los quistes desarrollados en los tejidos que rodean a las glándulas, no importa en cuales, serían, de ese modo, atribuidos casi siempre a esto último.

Felizmente, esta precision en el diagnóstico del asiento anatómico de un tumor del cuello, no es de los mas importantes, porque no ofrece resultados verdaderamente clínicos.—Dado un tumor del cuello, lo que importa es saber ante de todo si es sólido o líquido.—En el primer caso se presentan varias cuestiones que no nos toca examinar.—En el segundo, despues de evacuado el liquido por el trocar, el problema queda reducido a una cuestion de estilete i de ojo; a examinar la calidad del líquido estraído, las prolongaciones de la bolsa en todas direcciones, etc., etc.

Me ocuparé ahora de otros puntos de diagnóstico diferencial.

¿Como distinguir los quistes del cuello de un absceso frio de la misma rejion? Basta, en los casos comunes, el oríjen i la marcha de la enfermedad. En los absesos bien enquistados i que se desarrollan con lentitud, a la manera de verdaderos quistes, hai siempre una porcion de esas circunstancias inherentes al caso individual, que nos sérvirian para hacer un diagnóstico correcto. Por lo demas, la distincion no tiene aquí importancia para el tratamiento, que es en ambos casos el mismo, con cortas diferencias.—Los quistes podrian tambien ser confundidos con los infartos ganglionares del cuello; pero es fácil distinguirlos. Los infartos ganglionares reblandecidos fórman un tumor abollado, fluctuante, solo en un punto circunscrito, donde la piel presenta todas las modificaciones de la que cubre a su abseso miéntras los quistes tienen un aspecto totalmente distinto i la piel que los cubre puede hallarse distendida, pero siempre sana, aun cuando el tumor haya adquirido un volúmen estraordinario.

Un quiste de la rejion carotídea puede hasta cierto punto simular un aneurisma. M. Voillemiers cita un caso en que por un error de éste jénero se hizo la ligadura de la carótida, operacion que fué seguida de muerte por hemorragia, lo que habia era un quistes de paredes mui gruesas adheridas al vaso, ¿qué medios nos servirían

para salvar la dificultad? El carácter de los latidos del tumor, que será pulsativo i no expansivo; i la cesacion de los mismos cuando, habiendo dado a la cabeza una situacion conveniente, se engancha por decirlo así, con los dedos toda la masa del tumor, aislándola de las partes profundas; en una palabra, nos valdríamos de los signos jenerales que nos sirven para distinguir un tumor aneurismático de otro que tiene relacion de vecindad con una arteria. En los casos mui oscuros, nunca debe descuidarse la puncion exploratriz.

En cuanto al aneurisma cioroide de los arterio-tiroideas, que algunos han llamado *coto vascular* (Biahter, Walther, Sacchi) es fácil por lo comun distinguirlo de un cistoma por sus caracteres propios, que no me detendré a esponder. Con todo, en un caso de M. Gardieu, en que mui probablemente se trataba de un tumor de esta clase, habia caracteres mui equívocos; paostosis, falta de latido, coloracion normal de la piel, etc., etc., pero a la palpacion se percibia la presencia de un paquete de vasos como en el varícele, lo que orijinaba dudas a cerca de la naturaleza del tumor. La puncion dá salida a unas cinco cucharaditas de sangre mui roja, pero mui sacudidas. Se cubrió la picadura con tafetan i se dejó, etc.

El diagnóstico de los quistes profundos, subbrunculares, etc. es, como se comprende, mui oscuro. El único medio de distincion es la puncion exploratriz. En un caso de Mr. Hughier se pensaba que el tumor era un lipoma, hasta que despues de divididos algunos planos musculares de la nuca, se halló un quiste ceroso.

Reconocida la presencia de un síntoma, se trata de saber si el tumor es uno o multilocular.—Muchas veces la forma del tumor, sus abolladuras, la desigualdad de consistencia en sus distintos puntos i la facilidad de hacer pasar el líquido de una parte a otra, bastan para decidir la cuestion.—En otros casos, se conoce que el quiste es múltiple, cuando despues de una puncion disminuye mui poco de volúmen.

TRATAMIENTO.

No me ocuparé de los medios tomados a la terapéutica médica, vejigatorios, unturas yodadas, etc.; medios cuya accion, cuando alguna tienen, es siempre lenta i en el mayor número de casos infructuosa. En cuanto a las operaciones, hai varias que por su gravedad deben ser proscriptas, nos contentaremos con analizarlas brevemente, para insistir sobre todo en las que no ofrecen peligros i dan todas las garantías de una curacion sólida, las mas veces sin dejar deformidad.

Del exámen de todos los métodos i de la observacion de algunos

casos prácticos, que hemos tenido ocasion de ver, creemos poder formular las siguientes proposiciones, que anticipamos a la manera de un resumen de este párrafo.

1.º Cuando el quiste es de reciente data, sus paredes delgadas i el contenido ceroso; debe recurrirse a las inyecciones yododas, de preferencia a la incision i a cualquier otro método.

2.º En los quistes cuyas paredes son muy gruesas i contienen un líquido espeso, albuminoso, sanguinolento o mezclado con pus, se debe recurrir al *drenaje* (drenaje).

3.º Cuando el quiste es de grandes dimensiones, antiguo i de paredes fibrosas, cartilajinosas, etc., lo mas prudente es no operarlo.

Principiaremos haciendo un rápido análisis de las operaciones que se han propuesto para los quistes del cuello, i señalando sus inconvenientes.

1.º *Cauterizacion*.—Operacion empleada en las primeras edades de la cirugía i que ya Celso consideraba como peligrosa. Apesar de que estaba casi completamente abandonado, Bonnet de Lyon i su escuela, la han rehabilitado; diez i siete casos de quiste tratados por este método, reunidos por M. Lépine, solo uno ha tenido malos resultados. Los señores Dron, Delores i Laroyennes, han publicado algunos otros casos de muerte.—Aparte de los vivos dolores que produce la aplicacion de un cáustico, hai los sérios inconvenientes de una fiebre, a veces violenta, los peligros de las difusiones de pus i otros accidentes a que puede dar lugar la abundancia de la supuracion.—Operaciones como ésta son siempre graves en la rejion del cuello, i en definitiva vale mas no recurrir a ellas en ningun caso.

2.º *Puncion*.—Es un medio paliativo a que debe recurrirse cuando el tumor ha aumentado con rapidez de volúmen, determinando accidentes graves por la compresion de las vías aéreas. Es tambien la operacion preliminar en el tratamiento por la inyeccion; se citan, sin embargo, algunos casos como en que ha bastado ella sola como único tratamiento, tales son, un quiste congénito operado por Beakius i dos observaciones de J. L. Petit, se prefiere el trocar para los quistes profundos i para los pequeños i superficiales el bisturí. Despues de la puncion M. Jobert de Lamballe, pone una cápsula permanente que permita la entrada del aire, medio irritante, i la salida de los líquidos, es decir, el contacto fácil de las paredes; pero este medio no carece de inconveniente, como veremos al hablar del drenaje.

3.º *La inaccion*.—Método adoptado por Celso, Heister, Lawrence, Dupuytren, Delpech i casi la jeneralidad de los cirujanos de mues-

tra época, no está sin embargo, ni con mucho, exenta de peligros. Desde luego señalaremos los inconvenientes de una cicatriz deforme. En cuanto a la hemorrágia, que algunos, autores indican como un peligro, solo pueden temerse cuando el quiste es profundo.

Practicada la incision, la cavidad del quiste no se comporta como una herida simple, hai necesidad de insiarla, de animar una inflamacion supurativa que destruya la membrana cística i excite convenientemente los tejidos para determinar su adhesion. Con este objeto se ha usado gran variedad de sustancias irritantes, cáusticas pulverulentas, lechinos de hilas secas o impregnadas de unguentos, dijedion, etc., etc., Pero lo difícil es graduar la inflamacion que necesitamos despertar. Muchas veces las paredes del quiste están bien organizadas, provistas de una vascularizacion notable, etc., entónces no hai duda que podríamos arrepentirnos de haber provocado la inflamacion cuando ésta se muestra en toda la violencia. Aun sin eso, la reaccion inflamatoria puede tomar peligrosas proporciones; en una palabra, constituye un peligro mui sério.

La incision combinada con la cauterizacion por el nitrato de plata es probablemente el mejor procedimiento en el método que examinamos. Podríamos servirnos de una gota de nitrato solidificado en la canal de una sonda para *piritar*, por decirlo así; las paredes internas del quiste, como se ha propuesto i practicado en el hidrócele.—En un caso de M. Hugliser, despues de la cauterizacion con el nitrato; queriendo separar los pedazos de membrana esfaceladas, salió de una pieza el quiste todo entero.

Este procedimiento presenta, pues, bastantes garantías de buen éxito.

La simple incision, i no estrecha, sino de ciertas dimensiones, es indispensable en los casos en que el quiste se ha hecho el sitio de un abceso agudo o contiene gran cantidad de coágulos provenientes de una hemorrágia.

En cuanto a las *incisiones multiples* o en varios tiempos, tan preconizadas como principio jeneral i tambien en este caso particular por M. Vidal, de Cassis, han sido puestas en práctica con éxito por Boheraaved; pero no creemos que merezcan grandes elogios.

Se han publicado muchos casos favorables al método de la incision en los quistes del cuello. Hé aquí la apreciacion, de M. Voillamier: "Si hubiéramos de atenernos a las observaciones recojidas por los autores, admitiríamos sin reserva que el tratamiento de los quistes del cuello por la incision carece absolutamente de peligros, pues de vein-

te casos elejidos a la suerte, solo he hallado uno con mal resultado. Pero me parece fuera de duda que solo se ha dado publicidad a los casos favorables.”

Exision.—Si la incision solo puede admitirse en un corto número de casos, la exision es un proceder mucho mas escepcional todavía, quizás debe ser absolutamente abandonada.

La *direccion o extirpacion* de un síntoma es una operacion difícil i peligrosa; solo podria aplicarse a los quistes dermóides, de que no nos ocupamos por ahora.

Sedal.—Ha sido propuesto por Maunoir; lo han empleado ademas varios otros cirujanos i recientemente ha publicado Hamburger sus trabajos en que enconia los buenos resultados del sedal en los quistes del cuello, que él denomina, como muchos otros, *bócios*.

Cérticos.—Pero el sedal, a nuestro entender, debè quedar, por lo ménos en el caso que nos ocupa, como un procedimiento histórico, desde que se ha inventado el drenaje. Luego tendré ocasion de probarlo.

7.º *Inyecciones yodadas.*—Maunoir empleó una sola vez las inyecciones irritantes i con mal resultado. Se servia del vino caliente adicionado con una corta cantidad de alcohol dejándolo algunos minutos en el interior del quiste.—Desde 1839, Velpeau aconsejaba en este caso la inyeccion yodada. En 1846 quedaron estas introducidas en la cirujia práctica en reemplazo de las inyecciones vinosas de los antiguos cirujanos. No haré la historia de este exelente medio terapéutico que en el entusiasmo de los primeros tiempos de su descubrimiento fué aplicado a casi todas las cavidades, tanto accidentales como normales, dende las volsas mucosas subcutaneas hasta las serosas articulares i el peritoneo.—Por lo que toca a la cuestion actual, las inyecciones yodadas tienen un merito incontestable: no determinan una irritacion tan viva como las vinosas el porque de este fenómeno particular no parece haber sido esplicado satisfactoriamente hasta ahora i por otra parte, podemos graduarla convenientemente de modo que adquiera la fuerza necesaria para limitar en cuanto sea posible, los fenómenos inflamatorios, unicamente al quiste.

El dolor i la reaccion febril son casi siempre poses intensos. Basta ver lo que sucede en los hidróceles operados por este método para convencerse de lo que afirmamos.

¿Cómo obra la tintura de yudo en contacto de estas superficie secretantes de nueva formacion? Es por una inflamacion supurativa que determina la fusion de las paredes del quiste o es simplemente

modificándolas en su vitalidad como sucede en algunos hidróceles e hidarrosis? Creemos que la primera de estas explicaciones es la única cierta i que el proceso curativo necesario para la desaparición radical de estos tumores deberá terminar por la destrucción de sus paredes.

Pero éste es un punto teórico de poca importancia. Lo que importa saber es la eficacia real de las inyecciones yodadas en los quistes de mediano volumen i cuyas paredes no están alteradas por incrustaciones, como también en algunos quistes voluminosos, sometiendo los previamente a algunas punciones i a una ligera compresión, que les permitan disminuir en parte por la retracción de sus paredes sobre sí mismas; precepto que también se ha dado en los hidróceles voluminosos.

No podemos presentar una estadística de casos tratados por las inyecciones yodadas; pero este procedimiento se halla tan universalmente aceptado que hemos creído inútil el trabajo de registrar algunas memorias especiales i los periódicos de medicina, con el fin de darle la autoridad irrecusable de las cifras.—Desde Velpeau, que en la Academia de medicina de Paris (sesion de enero del 46) defendió brillantemente las inyecciones yodadas contra Blandin, Gerdy, Rosin i varios otros, i que hablando de los quistes del cuello presentaba casos operados por él con un éxito completo; desde el inventor del procedimiento, decimos, todos los autores de cirugía, hasta algunos de sus mismos contradictores, preconizan las inyecciones yodadas en el tratamiento de los quistes del cuello.

Hai otra cosa perfectamente demostrada, es la inocuidad casi completa de estas inyecciones. M. Velpeau, en su inmensa práctica, solo ha hallado un caso en que sobrevinieron complicaciones, pero tan leves que apenas merecen el trabajo de mencionarlás: algun movimiento febril i una coloración icterica que no duraron mucho tiempo.

El caso de M. Chassignac, citado por los impugnadores de M. Velpeau, no puede ciertamente estar en la línea de cuenta. Se trataba de un quiste muy antiguo (20 años) i de dimensiones tales que descendía hasta por delante del esternon, fué tratado por las inyecciones yodadas. Despues de algunas alternativas de agravación i mejoría, Chassignac, suplente entonces de M. Gerdy, en el hospital de la Caridad, tuvo que abandonar la enferma, que ulteriormente sucumbió, segun dice aquel cirujano en su *Tratado de operaciones*, a consecuen-

cia de una difusion purulenta.—I bien! ¿cuál de las operaciones aconsejadas para los quistes del cuello habria producido mejores resultados?... No seria mas prudente en tales casos no tentar operacion alguna, salvo indicaciones urgentisimas? Creemos, con efecto que éste es uno de los casos comprendidos en nuestra tercera proposicion, un caso en que las condiciones de gravedad nacidas del sitio de la operacion, se hallan aumentadas por muchas circunstancias particulares que deben hacernos mui precavidos, ántes de arriesgarnos en una operacion.

No describiremos el procedimiento operatorio, los cuidados consecutivos, ni los accidentes que pueden sobrevenir cuando no se han tomado las debidas precauciones, porque no es nuestro objeto estudiar aquí la cuestion jeneral de las inyecciones yodadas, i abultariamos demasiado nuestro trabajo transcribiendo lo que se halla tan bien espuesto en muchas obras de cirugía práctica (Velpeau, Gerdy, Vidal, etc).

Diremos solo dos palabras sobre la fórmula de las inyecciones. Todos saben que la alcoholatura del yodo se altera con facilidad, variando la proporcion de sus elementos. Para evitarlo, Sibourt ha propuesto reemplazarlas por una mezcla enteramente homogénea.

Yodo.....	5 grm.
Yoduro de potasio...	5 grm.
Alcohol 90 cent.....	50 grm.
Agua destilada.	100 gm.;

fórmula que ha sido mui bien aceptada con ligeras variaciones.

Drenáje a canalizacion quirúrgica. M. Chassaignac el inventor de este exelente medio terapéutico lo ha estendido al tratamiento de los quistes del cuello, pero solo cuando son de medianas dimensiones.

Podemos presentar algunos casos operados de este modo por el doctor Thevenot, en el hospital i otros en su práctica civil, con felices resultados.

Hare, en seguida, algunas reflexiones sobre el método.

OBSERVACION PRIMERA.

(Tomada de las lecciones clinicas del doctor Thevenot).

Quiste enorme de la rejion anterior del cuello; drenáje-curacion.
—José X., edad 56 años, vecino de la calle del Sauce: tenia desde unos 15 a 20 años un enorme tumor en la rejion anterior del cuello;

tumor que llenaba todo el espacio triangular comprendido entre los esterno-mastoidéos, desde el borde de la mandíbula hasta el esternon. El enfermo creía tener un verdadero coto.

Inclinacion forzada de la cabeza i de la cara hácia el lado izquierdo del tronco; dificultad de los movimientos del cuello i de la respiracion.

El exámen atento del tumor hacía reconocer que era fluctuante en toda su estension.

Abril 23.—Puncion esploratriz; sale algo más de un litro de líquido seroso de color rosado. El tumor disminuye de volúmen en su mayor parte.

A las 24 horas el líquido se había reproducido a punto de llenarse el quiste i recobrar casi sus primitivas dimensiones.

Abril 24.—Los doctores Thevenot i Valderrama proceden a la operacion. Se atravesó el tumor segun su diámetro transversal con el trócar de Chassaignac, pasando en seguida por su cánula un tubo de caoutchouc de mediano grosor. Salida de un líquido rojizo. El enfermo se queja de vivos dolores i hasta tiene un ligero síncope.

Abril 25.—No hai fiebre; ningun desórden funcional. Lijero dolor en las picaduras hechas por el trócar. El líquido sale con lentitud; el volúmen del tumor no ha variado.

Este estado se mantuvo, sin cambio alguno notable, durante los 15 primeros dias que siguieron a la operacion. La fluctuacion se percibia apénas; el tumor ofrecía por el contrario cierta dureza, cierta renitencia marcada i la evacuacion del líquido se hacia escasa i lentamente. Lociones diarias de tintura de yodo en el interior de la bolsa, hechas por medio del tubo.

Junio 10.—El líquido comienza a tomar un aspecto lechoso i sale en abundancia, a la vez que el tumor disminuye rápidamente de volúmen.

Dias despues, no sufriendo el enfermo la menor irregularidad funcional i habiendo recobrado todos los movimientos del cuello, podia desempeñar sin inconveniente sus ocupaciones.

Junio 30.—El tumor no forma mas que una eminencia insignificante; salen por el tubo algunas gotas de líquido sero-purulento.

Julio 14.—Extraccion del tubo de goma.—La adherencia de las paredes anterior i posterior de la bolsa era completa; solo quedaba el trayecto ocupado por el tubo, dando cada noche salida a algunas gotas de pus.

Julio 20.—Curacion radical.—No quedan en la rejion anterior del cuello mas que dos cicatricula fruncidas en el intervalo de las cuales se nota la presencia de una delgada cuerda cicatricial.

Este caso me parece mui notable. No veo que otro tratamiento que no fuera el del drenaje, habria podido producir un resultado tan completo. Las dimensiones del tumor, su antigüedad, etc., darian fundamento que pensar, al que quisiera ocuparse en el tratamiento de una afeccion como la que presentaba nuestro enfermo. El buen éxito obtenido por el drenaje en un caso rodeado de tales circunstancias aboga mui alto a favor de este medio terapéutico.

OBSERVACION SEGUNDA.

Quiste de la rejion anterior del cuello tratado por el drenaje quirúrgico.—Curacion.—Copiaré aquí la nota que ha tenido la bondad de suministrarme mi distinguido profesor de clínica, el doctor Thévenot.

Doña Julia X.—32 años.—Tumor situado en la rejion anterior del cuello i que, al decir de la enferma tiene unos doce a quince años de fecha.

Es duro, renitente, perfectamente redondeado, sin lóbulos i del tamaño de una naranja mas que regular. Fluctuacion oscura, sube i baja a cada movimiento de la deglucion.

Era indolente.—Dificultaba la respiracion hasta quitar muchas veces el sueño a la enferma.

Setiembre 18--67. Puncion esploratriz que da salida a un vaso poco mas o ménos de líquido pardusco. El tumor desaparece enteramente; pero a los cuatro o cinco dias vuelve a reproducirse el líquido, mando aquel casi sus dimensiones primitivas, pero no el grado de dureza que ántes.

La operacion definitiva se aplazó por algun tiempo porque la enferma estaba embarazada de ocho meses.

Octubre 30.—Los doctores Thévenot i Valderrama procedieron a la operacion. Sentada la enferma i mantenido el quiste en tension por sus dos lados, se hizo una puncion con el bisturí, introduciéndose por ella en seguida la estremidad obtusa del trócar especial que sirve para estos casos; armando entónces el instrumento, se atravesó el quiste de dentro afuera en el punto opuesto a la entrada; retirado el tallo, se pasó por la cánula un tubo de caoutchouc de grueso calibre. Salíó un líquido rosado, en parte rojo.

La enferma no se queja mas que de un dolor mai soportable i no coisiente guardar cama.

Trascurrieron algunos dias sin que presentara ningun accidente, ni el mas lijero movimiento febril. Alimentacion acostumbrada.

A partir del dia octavo, se le hicieron dos veces al dia, en el interior del quiste, lociones yodadas mui débiles; pero aumentando gradualmente la cantidad de tintura. La cauteriza lijeramente con una solucion de nitrato de plata al $\frac{1}{4}$, las heridas que dan paso al tubo.

El líquido que sale los ocho primeros dias es sanioso; despues de diez o doce, se establece una supuracion de buen carácter.

Durante la primera quincena el quiste habia recobrado casi su volumen primitivo, estaba duro, rojo i lijeramente edematoso; pero desde la tercera semana comenzó a bajar con lentitud i sin el menor accidente hasta la curacion.

El 25 de noviembre se estrajo el tubo; quedaba entre las dos heridas de la piel un trayecto fistuloso (poca supuracion), que fué tratado por una lijera compresion.—Compresas graduadas, hilas, vendaje circular.

Noviembre 30.—Suspende todo tratamiento. Desde esta fecha, la enferma está curada sin conservar otras huellas de su afeccion que dos pequeñas sicatrices en la parte inferior del cuello.

OBSERVACION TERCERA.

Quiste de la rejion del cuello.—Curacion por el drenaje.

Bernardo Cuevas de 20 años, sirviente, de Colina. Hace cinco años, comenzó a apercibirse de la presencia de un tumor en la rejion anterior del cuello, tumor que adquirió despues el volumen de una naranja mediana, era duro, móvil, fluctuante; indo lente a la presión i seguia los movimientos de la larinje en el acto de deglutir. No habria, por lo demas, ninguna perturbacion funcional.

Una puncion esploratriz, hecha el 15 de noviembre, dió salida a una taza de líquido bruno e inodoro.

El 25 de noviembre entra el enfermo a la sala de San Camilo.

El 27 se pasa al traves del quiste un tubo de goma, saliendo un líquido mas oscuro que el de la primera puncion.

Los ocho dias siguientes, los pasó el enfermo con una lijera reaccion febril; perdía el apetito, i fastidiado del hospital, pidió su alta para seguir su curacion en la casa en que servia.

Lociones yodadas, dos veces diarias, supuracion de buena naturaleza.

Se quita el tubo el día 12 de enero, es decir a los cuarenta i seis días. Durante los quince días siguientes se formaba en el trayecto fistuloso un poco de pus. Curacion completa el 15 de enero: no quedaban mas que dos pequeñas cicatrices lisas i de color rosado, sin la menor disformacion en el trayecto que ocupaba el tubo.

OBSERVACION CUARTA.

Quiste seroso de la nuca: drenaje, curacion.

N. N. 39 años. Entró el 14 de agosto del 67 a la sala de San Camilo, tenia un tumor del tamaño de una pequeña naranja situado en rejion cervical posterior entre el esterno mastoideo i el trapecio del lado izquierdo. Era redondeado; red venosa poco desarrollada; fluctuacion franca puncion esploratriz; líquido seroso i de la transparencia del agua.

Agosto 15.—Tubo de caoutchouc.—Durante 9 días el líquido salia en corta cantidad.

Tres días despues, el 27 de agosto; el tubo daba paso a una supuracion abundante i de buena naturaleza, a la par que la bolsa iba disminuyendo poco a poco de volumen sin que se presentara ningun accidente.

El enfermo se mantenía en pié i salió del hospital el 9 de diciembre perfectamente curado.

OBSERVACION QUINTA.

No poseo todos los detalles de esta observacion; no haré mas que presentarla en globo, ateniéndome a los recuerdos del doctor Valde rrama, en cuyo servicio estuvo la enferma.

N... N... niña de unos 15 años, temperamento linfático, asistió a la sala de Santa Filomena, hospital de San-Borja en agosto de 1867. Tenia desde algunos años un tumor del volumen del puño situado en la línea media de la rejion anterior del cuello en el punto correspondiente al istmo de la glándula tiroidea. Fué operada por el drenaje. El contenido del quiste era un líquido seroso, negrusco i fétido. Mes i medio despues salió de alta en via de curacion; el tubo solo daba paso a unas cuantas gotas de pus. Desgraciadamente, la enferma fué acometida del tífus i vino a morir al hospital.

Las observaciones que acabo de presentaros merecen, a mi juicio, alguna atencion. Desde luego se nota que en ninguna de ellas se hace

mención de accidentes serios, i que, por el contrario, dos de los enfermos hasta han podido levantarse poco despues de establecido el tratamiento.—Un alto grado de inocuidad, tal parece ser la propiedad mas importante del método que examinamos.

¿Cómo obra el drenáje, por qué motivos son tan raros los accidentes que ocasiona, i por fin cuál es la propiedad que lo hace superior al método antiguo de el *sedal*?

Esta cuestion múltiple en apariencia, se reduce a una sola, al examen de los fenómenos que se presentan, despues de atravesado el interior del quiste con un tubo de caoutchouc.

La salida regular, fácil i continua de los líquidos contenidos en el quiste, i la de los productos segregados despues, en virtud de la inflamacion que se desarrolla, es seguramente una condicion indispensable para evitar el peligro de cualquiera complicacion. Ahora bien, el drenáje realiza estas condiciones.—Pasados los primeros días, en que de ordinario se manifiesta una lijera reaccion local, i el líquido no corre, como si sufriera un espesamiento, nada hai en adelante que se oponga a su evacuacion.

Miéntras tanto, el *sedal* se halla en circunstancias opuestas, como todos saben.

Se ha dicho que las ventanillas del tubo podian obstruirse i hacerle perder todos sus beneficios, dejándolo reducido al oficio de simple *sedal*. Basta para salvar este inconveniente, mover el tubo todos los días i hacer a menudo inyecciones en su interior. Aunque así no fuera, aunque la posibilidad de mantener un desagüe continuo a beneficio del drenáje, fuese hasta cierto punto imaginaria; el hecho es que nunca se desarrollan los fenómenos graves de inflamacion o de putridez, que no con poca frecuencia suele producir el *sedal*. ¿Será esto debido a una propiedad inherente al caoutchouc de moderar la reaccion inflamatoria, limitándola al grado en que no presente peligros? Esta es una simple hipótesis a que no atribuimos ningun valor; pero debemos añadir, que el hecho de la inocuidad del drenáje en la multitud de casos a que se aplica, está perfectamente comprobado por la esperiencia diaria.

No creemos necesario demostrar la verdad de nuestra asercion, citando algunos casos notables de esta especie, lo que por otra parte seria mui ajeno del presente trabajo. Tocante a observaciones, bastaría que hemos presentado para hacer ver las inestimables ventajas del drenáje en el caso que nos ocupa.

En las cuatro primeras observaciones la duración del tratamiento no ha sido larga. En la primera el drenaje hace desaparecer en ménos de tres meses, un enorme tumor que ocupaba toda la cara anterior del cuello; en la segunda es un quiste del volúmen del puño, curado en 30 días; en la tercera uno algo ménos grande que desapareció completamente en ménos de dos meses: por fin, en la cuarta se trata de un quiste de la nuca del volúmen de una naranja, curado al fin de veinte i cuatro días.

En dos de estos casos (2.º i 3.º) los enfermos han dejado de guardar cama despues de algunos días de la operacion; no ha habido que hacer el menor cambio en el régimen alimenticio i en una palabra, aquella no ha modificado, sino apénas, las condiciones del estado normal. En la primera observacion podia haberse temido, con sobrado fundamento algunos graves trastornos de la economía, desórdenes funcionales de consideracion, etc.; pero nada de eso: ántes de dos meses, el enfermo se encontraba en estado de salir i de atender a todas sus ocupaciones.

La enferma del doctor Valderrama salió del hospital, al fin de mes i medio en un estado completamente satisfactorio; a no haber sido acometida del tífus, la curacion podia esperarse con toda seguridad.

El drenaje tiene ademas otra propiedad, cuyo valor no puede ser puesto en duda. Muchas de las operaciones practicadas para curar un quiste seroso del cuello, por no decir todas, dejan como consecuencia inevitable cicatrices mas o ménos deformes, que en el cuello, tienen el grave inconveniente de ser visibles. En ninguno de los enfermos que hemos citado, se ha obtenido la curacion a este precio: no quedan mas señales que cicatriciales lijeras, superficiales, a veces lisas i siempre insignificantes.

¿Cuál de los otros métodos, preguntamos, presenta reunidas las cualidades i garantías de buen éxito que nos ofrece el drenaje? ¿Podria comparársele la incision? Sabemos que esta deja cicatrices deformes, i sobre todo que espone a hemorrájas, inflamaciones agudísimas, etc., etc., no es posible sostener el paralelo.—¿I la cauterizacion, la *exiccion*, la *direccion*? Estos métodos son muy peligrosos, i la prudencia aconseja proscribirlos en todo caso.

No habiaremos de la *inyeccion yodada*, que tiene sus indicaciones propias, espuestas poco há, por otra parte pueden muy bien combinarse con el drenaje: la comparacion seria inútil.

Por lo que toca al *sedal*, se ha dicho que el drenaje es un proce-

dimiento derivado de este antiguo medio de terapéutica quirúrgica. La analogía, empero, no pasa de ser aparente. Sin repetir lo ya dicho a cerca de esto, el sedal es una operación mucho más peligrosa que el drenaje, cuando no es insuficiente. Sucede, con efecto, que o la incisión producida es demasiado débil para promover el proceso curativo, o bien, poniendo un obstáculo mecánico a la salida de los productos líquidos, se hace el sedal un medio realmente peligroso por la retención de éstos en el seno de una cavidad inflamada.

La *cánula de Jobert*, de Lamballe, que ofrece hasta cierto punto, analogía con el drenaje, no puede serle comparada, i no debemos detenernos a examinarla.

En cuanto al procedimiento operatorio, creemos inútil describirlo, porque es de una sencillez extrema. Diremos, sí, que cuando el quiste se halla en las regiones laterales del cuello o es muy profundo, conviene hacer la primera incisión con el bisturí e introducir por ella, el instrumento desarmado.—El trocar no es de rigor en todo caso: un simple estilete, aguja, o una sonda cualquiera bastan para hacer pasar un tubo al través de dos aberturas hechas por el bisturí.

Digamos cuatro palabras sobre las *curas* que requiera el drenaje. Los quince primeros días después de la operación se mantienen cataplasmas sobre el quiste, porque casi siempre dura ese tiempo la reacción local, caracterizada por cierto grado de tenencia i empastamiento, que sigue al establecimiento del drenaje.—En adelante, se hacen por medio del tubo, inyecciones de agua pura o mezclada con algunas gotas de tinta de yodo.—¿Si fuesen necesarios, líquidos desinfectantes en fin, tocaciones con piedra infernal cuando aparecen fungosidad, en las heriditas. — No debe temerse que el tubo se incruste o se endurezca, ménos aun que se descomponga por putrefacción: hemos visto perfectamente elásticos i conservados, tubos que habian permanecido por mucho tiempo en el interior de vastas cavidades purulentas, absesos por congestión, etc.

En resumen, facilidad de ejecución, inmunidad contra el dolor i los accidentes graves que ocasionan los otros procedimientos, ausencia de toda disformidad cicatricial: tales son las ventajas del establecimiento del drenaje en los casos de quistes del cuello.

Estamos muy léjos, sin embargo, de pretender que estas conclusiones sean completamente fundadas. Os he presentado los casos prácticos que me parecen favorables al método, i a vosotros toca juzgar si son exactas las reflexiones que ellos me han sugerido.