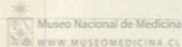




261

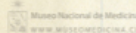
18 Julio 1885



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

*Breves consideraciones sobre los  
Quistes serosos del cuerpo tiroides  
i su tratamiento*

*Memoria de prueba para optar al grado  
de Licenciado  
en la Facultad de Medicina i Farmacia*

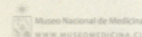
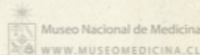
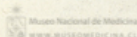


*por  
José Antonio Alvarez Perez*



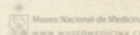
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL







Breves consideraciones sobre los  
Quistes serosos del Cuerpo tiroides  
i su tratamiento

Mucho se ha escrito sobre el tema materia de la presente memoria, ya tomando como objetivo las producciones quísticas que afectan al cuerpo tiroides en particular, ya describiendo en conjunto, englobando en un mismo estudio, bajo el nombre de tumores quísticos del cuello, las diversas colecciones líquidas, congénitas o accidentales, de que puede ser asiento esta region; pertenecan estas al cuerpo tiroides, al tejido celular, a los ganglios linfáticos, a las bolsas serosas etc.

Como es de suponerlo, no siempre la claridad ha brillado en estos trabajos, i no pocas veces los autores se han engolfado en discusiones tratando de investigar cual es el tejido primitivamente afectado por el quiste, si es este el tejido glandular, el tejido celular, o acaso uno de las numerosas bolsas serosas de la region.

Sin entrar aquí en discusiones que serian estériles pido a la honorable comision examinadora, induljencia para mi pequeño trabajo, cuyo objetivo no es el estudio completo de los quistes del cuello sino el de la especie conocida con los nombres de boocio acuoso, broncocele quístico, boocio quístico, quistes del cuerpo tiroides.

x

Museo Nacional de Medicina El boocio quístico, ha sido objeto de un gran número de trabajos desde 1815, época en la cual







Meunier de Ginebra presentó al Instituto la primera memoria relativa a esta especie de tumor. El profesor Laugier en un artículo de diccionario, después Fleuri y Marchesseau han dado una buena descripción; ~~después~~ <sup>enseguida</sup> los trabajos de Bonnet, los de Michaux (de Louvain) hicieron conocer nuevas variedades. Houel enfín, en su tesis de agregación, reunió todos estos datos y dividió los quistes del Cuerpo tiroideo, según la naturaleza del contenido en Cuatro clases: 1° Quistes hidáticos, 2° Quistes serosos; 3° Quistes hemáticos; 4° Quistes purulentos. La historia anatómica del bocio quístico estaba hecha; su patogenia, su modo de desenvolvimiento fijaron sobre todo desde entonces la atención de los anatómicos, entre los que es necesario citar a Morel y Bach (de Strasbourg) Beck (de Yriburg) y Virchow.

No debiendo tratar aquí sino de los quistes serosos, no tenemos para que ocuparnos de las otras variedades; sin embargo diremos que los quistes hidáticos son muy raros; no se conoce sino una sola observación indudable (Kellaton)

Los purulentos son por lo común secundarios y suceden a una tiroiditis, o complican un tumor de la glándula.

Cuando existe sangre en la cavidad del saco, es debido a una exalación sanguínea en la cara interna de la cavidad, consecuencia ordinaria de las tentativas operatorias en el interior del quiste.

Los trabajos mas modernos, las investigaciones de Boechat y de Premier deben hacer considerar el cuerpo tiroideo como una glándula de vesículas cerradas; pero estas vesículas cerradas



están en comunicacion múltiple las unas con las otras i forman por su conjunto ~~mas~~ bien un sistema de Canales ampulares ramificados, que una aglomeracion de Cavidades esféricas independientes unas de otras. Un epiteliun que forma una sola capa de células continuas, constituye la pared de estas vesículas. Una capa de Tejido fibro celular forma al Tiroides una membrana de emboltura, análoga a la Cápsula de Glisson: de la parte profunda de esta Cápsula parten prolongaciones que dirijen la glándula en cierto numero de lóbulos i separan, mas o menos completamente, cada vesícula de las vesículas vecinas. Numerosas vasos sanguíneos i redes linfaticos abogan la sustancia glandular entre sus mallas.

Se desprende un interes particular de la consideracion del contenido de las vesículas, en el feto de término i en el niño están llenas ~~las vesículas~~ de una sustancia que por su color i consistencia se parece a la Cola fuerte.

En el adulto, constituye esta sustancia el contenido de la mayor parte de las vesículas. Puede aun formar pequeñas masas gelatinosas i melicéricas perfectamente visibles i ocupar una gran parte de la glándula sin que haya tumefaccion de este órgano. Van Viersow, esta sustancia está constituida por una modificacion particular de la albúmina, que da lugar por descomposicion a productos solubles e insolubles.

Patofenía — He aquí como explica Folliu la formacion del bocio quístico derivado segun él del bocio parenquimatoso por una serie de transformaciones. Las vesículas





del cuerpo tiroideo presentan en el estado normal una tendencia particular a la formacion de materia coloides que se deposita en su interior. Cuando esta pasa de ciertos limites, el tejido del tumor toma un aspecto particular el cual ha dado Hourtual el nombre de bocio gelatinoso o coloides. El tejido de la glandula se encuentra como en el estado normal; pero los foliuculos estan representados por vacuolas llenas de una sustancia glutinosa que se ha desmenuado por el raspado.

Estos vacuolas varian mucho de forma i dimensiones; esfericas al principio, no tardan en deformarse por compresion reciproca i llegan a ser poliedricas. Bien pronto los tabiques conjuntivos se atrofian, los vasos comprimidos desaparecen. Las masas gelatinosas vecinas se reunen i forman por fusion espacios mas o menos vastos, en que se encuentran todavia durante cierto tiempo, indicios de los diversos foliuculos que les han dado origen. Al mismo tiempo el contenido de los vacuolas sufre diversas transformaciones, debidas a la destruccion de los vasos que los rodean. Tal es el proceso en virtud del cual el bocio coloides se transforma poco a poco en bocio quistico.

No se esta' acorde sobre la manera como se produce la materia coloides. Segun Bach penetra por osmosis a traves de la pared del foliuculo i rechina al centro el epiteliun de sus cavidades. Kohlrausch, habiendo encontrado en el liquido vesiculas i corpusculos esfericos, refringentes, los ha considerado proteidas las considera' como formadas por la condensacion de este liquido i como transformandose a su





turno en materia coloides. Se admite mas generalmente que esta se deriva de las células de la pared, que sea un producto de secrecion, o que provenga directamente de una modificacion especial de estos elementos.

Anatomia patológica Los ~~tumores~~ quistes del cuerpo tiroides son siempre múltiples en su origen segun Virchow i resultan, como lo hemos dicho, de la fusion de un cierto número de cavidades desde luego independientes, que aca-  
ban por confundirse i por formar un gran quiste único.

La bolsa que constituye el quiste es ya delgada, suave, membranosa; ya gruesa, fibrosa; se encuentran en este caso producciones de consistencia cartilaginosa i algunas ve-  
ces concreciones calcáreas.

Las relaciones del quiste con los tejidos que lo rodean son muy importantes de notar. Está muy adherido al tejido glandu-  
lar que se encuentra rechazado del lado opuesto a aquel en que el quiste toma su mayor desarrollo. De ahí la independencia aparente del tumor i del cuerpo tiroides i el error de Voillemier, que observando casos de este género ha podido creer que los quistes serenos del cuello no tomaban nacimiento en el cuerpo tiroides.

Pero mientras que se adhiere a la glándula, el tumor está se-  
parado, por tejido celular bastante flojo, de los órganos i vasos del cuello, de los cuales es facil separarlo.

La superficie interna del quiste es lisa; su colora-  
cion varia segun la naturaleza del contenido. Pero la for-  
ma misma de la cavidad es de la mas irregular i caprichosa.  
Para vez es esférica; casi siempre está dividida por trabéculas, pare-  
des incompletas, columnas que recuerdan las de las paredes del corazon.  
Esta conformacion se parece mucho a la conformacion interior de



los quistes del ovario.

Se ha querido distinguir en la constitucion de la pared quística, dos hojas: una fibrosa i otra serosa. Pero esto no es sino una sutileza anatómica, que no han confirmado ni la diseccion ni el examen microscópico. La pared quística constituida por la glandula de que se deriva, no es sino un tejido celular fibroso que se espesa mas tarde i se indura bajo la influencia de la irritacion crónica ejercida por la distension de la bolsa. Vasos muy voluminosos serpentean por la superficie del tumor.

El contenido del quiste está sujeto a variaciones casi infinitas. Paravera es absolutamente límpido. Se le encuentra a menudo de consistencia albuminosa, muy fluida, al mismo tiempo que casi incoloro. Mas frecuentemente todavía, el líquido toma una coloracion, ya amarilla que recuerda el color de la bilis; ya morena, color de café con leche, chocolate, heces de vino. En fin, en algunos casos parece estar enteramente constituido por sangre, lo mas a menudo negra, pero algunas veces parecida a la sangre arterial: esto es debido a un trasudacion o a hemorragias capilares en el interior del saco. Algunos han querido hacer de esto una nueva variedad de quistes.

Este líquido es coagulable por el calor; presenta las reacciones de la para-albumina o del albuminato de soda (Virchow). Contiene algunas veces, sino siempre, cuerpos organizados i elementos anatómicos. Son papitas de colesterolina, células tiroideas en resumen grasosa, glóbulos sanguíneos mas o menos alterados. El color negro del líquido es debido a la hemoglobina que ha sufrido una serie de modificaciones.

En fin, en ciertos casos el contenido del quiste parece constituido



por una materia semisólida, de consistencia de cataplasma, que recuerda por su coloracion los coágulos sanguíneos en sus deorganizacion. El examen microscópico demuestra que esta formada por elementos análogos a los del cuerpo tiroides en estado embrionario. Se ha notado tambien en las paredes de algunos quistes depósitos de sales inorgánicas sobre todo de fosfato de cal.

Etiología. - No hai nada de preciso relativo a las causas que presiden a la genesis de los tumores quísticos. La herencia no parece tener influencia ninguna. Lo mismo podemos decir del sexo; sin embargo algunos autores (Haurij) creen que son mas comunes en la mujer. Relativamente a la edad parecen mas frecuentes de 20 a 30 años.

La posibilidad de un traumatismo como punto de partida de uno de estos tumores, es mas aceptable. Se encuentra mencionada en algunas observaciones, el hecho de contusiones anteriores para quistes serosos i sero-sanguíneos, i no nos parece extraño que a causa de contusiones se produzcan derrames sanguíneos, que sufran mas tarde diversas transformaciones.

Se ha invocado tambien los violentos esfuerzos de un parto difícil. Voillemier cree explicar este hecho de una manera bastante plausible, pensando en la turgescencia considerable del cuello durante los dolores del parto: bajo el esfuerzo de los líquidos de que esta region está inquiritada, las vesículas o aréolas tiroideas, pueden romperse, llegar a ser el sitio de un trabajo irritativo i el punto de partida de una coleccion serosa.

Síntomas. La tumefaccion es el síntoma esencial, aunque no esté siempre en relacion con los síntomas que provoca la enfermedad. En los primeros tiempos de su desarrollo estos quistes quedan en general desapercibidos para el enfermo. No es sino cuando prin



cipian a crecer, que se anuncian por ciertos fenómenos físicos que pueden llegar a ser el punto de partida de desórdenes generales. En tanto que es poco voluminoso, el tumor guarda la forma redondeada, ovoides o ligeramente piriformes. Se acrecienta con estrechísima lentitud, y a menudo se ven pasar muchos años antes que adquiere el tamaño ~~de~~ <sup>de</sup> ~~un~~ <sup>de</sup> una nuez grande. Por cuando comienza a engrosar, puede en dos o tres meses llegar a adquirir el doble o triple de su volumen.

Voillemier atribuye, entre otras causas, este desenvolvimiento, a un cierto grado de inflamación. Cuando ha llegado el tumor a estas dimensiones, se nota sobre la línea media una intumescencia, que aumenta a medida que se aproxima al esternón, para llegar algunas veces a desbordar la horquilla y terminarse hacia delante por una curva de convexidad inferior. En las partes laterales, rechaza los planos musculares cuya existencia es fácil comprobar cuando se contraen. La mitad inferior de la región infra-hioides está pues aumentada en sus diámetros antero-posterior y transversal. A medida que el tumor aumenta de volumen, invade poco a poco toda la circunferencia del cuello, sube hacia el borde inferior de la mandíbula y hacia la región parotidea. El tumor por otra parte desciende sobre el pecho; puede recubrir una notable parte de él, y llegar al vientre.

Ordinariamente, el quiste goza de una gran motilidad al principio de su desenvolvimiento; pero esta movilidad se atenúa a medida que aquel crece, y desaparece aun enteramente cuando el tumor ha llegado a ser muy grueso. Esta movilidad aparente puede dar lugar a sensaciones diversas y ser causa de interpretaciones erróneas.

En efecto, el cirujano no debe creer que los movimientos que le impone, pertenecen al tumor, <sup>an. 51</sup> sino que se disloca en general sino la laringe



sobre la cual reposa.

Se ha dicho que el signo patognomónico del sitio del tumor, a saber su movimiento de ascension ~~dentro~~ <sup>en</sup> el segundo tiempo de la deglucion, falta muchas veces desde que el tumor ha adquirido grandes dimensiones. Este hecho que solo lo hemos visto afirmar a Gillette en un artículo de diccionario sobre los quistes del cuello, no nos ha faltado en los casos clínicos que presentamos a pesar que las dimensiones del tumor eran bastante considerable; creemos que siempre que el tumor pertenece realmente al cuerpo tiroide no falta jamas, bien que pueden presentar tambien, este sintoma, tumores cuya ubicacion anatomica se encuentra fuera de la glandula tiroide, en los ganglios linfaticos infratraqueales p. ej. Pero creemos que este error de sitio en nada influira en los resultados del tratamiento.

Parece a primera vista que los quistes serosos del cuerpo tiroide, en razon de la cantidad de liquido que contienen, deberian ser siempre fluctuante. No sucede sin embargo esto, y la consistencia que presentan esta lejos de ser siempre la misma. Varía segun el ~~estado~~ volumen y el estado de las paredes de la bolsa.

Cuando son pequeños son mas bien resistentes y pueden aun dar la sensacion de un cuerpo duro y solido. Su blandura se acentua a medida que se desarrollan <sup>cuando</sup> y han llegado a ser muy voluminosos, se percibe la fluctuacion franca en ciertos puntos, muy oscura en otros, lo que se refiere a la diferencia de espesor de las paredes de la bolsa en distintos puntos de su superficie.

Por en jeneral, la fluctuacion es bastante facil de notar y no deja ninguna duda, cuando se inmoviliza previamente el tumor para evitar toda causa de error por una dislocacion en masa. Algun-





nas veces tambien, la ruccion, la percusion con el dedo permiti-  
ran percibir la sensacion de bola. La fluctacion no enseña si el  
quiste es único o doble; pues a menudo la apariencia bilobulada  
puede ser debida a un quiste único dividido en una parte de su  
circunferencia por músculos o aponeurosis.

Un sintoma mucho mas raramente observado, es la transparencia. En mas de veinte observaciones analizadas con gran  
cuidado por Willemsen, ha sido notada solo dos veces. Como es  
fácil comprender, no se encuentran aquí las condiciones del he-  
drocele de la túnica vaginal, tan favorables a la constatacion  
de este sintoma. En efecto el quiste del cuerpo tiroideo tiene  
paredes muy gruesas, y su contenido mas o menos turbio y colo-  
reado, es poco aparente para la realizacion del fenómeno.  
Se hablado tambien de ruidos de soplo y de latido arterial, pro-  
ducidos por la compresion ejercida por el tumor sobre los gruesos  
vasos del cuello, pero este hecho aunque no imposible, no  
ha sido observado suficiente numero de veces para que pueda  
entrar en el cuadro sintomatológico ordinario de dichos tumo-  
res.

Los quistes serosos del cuerpo tiroideo son indolentes. Sin embargo  
cuando son voluminosos han podido determinar este sintoma.  
Y en este caso el dolor que sienten los enfermos es debido  
a un trabajo inflamatorio, desarrollado, ya espontaneo, ya  
accidentalmente por las tentativas operatorias en el interior  
del saco.

Los tegumentos que cubren el tumor, generalmente sanos, es-  
tan adelgazados en virtud del volumen adquirido, pero conservan  
su naturalidad y movilidad normales; a menudo se observa una  
dilatacion marcada de las venas que serpentean en





la superficie del quiste.

Complicaciones. — El quiste puede aumentar de volumen de una manera indefinida sin determinar otra cosa que dificultad en los movimientos i cierta fatiga, del cuello i del tronco. Sin embargo no siempre es así, i se ve a veces sobrevénir una serie de complicaciones que agravan el pronóstico i la marcha de la enfermedad.

La propresidad de los órganos respiratorios, de los vasos i de los nervios del cuello, i la posibilidad de una compresión ejercida <sup>partes</sup> sobre estas diversas partes por el tumor, constituye el principal peligro del quiste. Voillemier refiere el caso de una forense a quien encontró con todas las síntomas de una asfixia inminente: respiración estertorosa, pérdida del sentimiento, extremidades frías etc. Hecha la punción inmediatamente, dió salida a un litro de líquido mucronusco: el pulso reapareció, se reanimó la respiración i la enferma volvió a la vida.

Mauvois i Petrosi refieren casos de congestión cerebral i hemoptisis, que han puesto en peligro la vida de los enfermos, de terminadas por la compresión del tumor sobre los vasos del cuello. Estos accidentes se muestran bajo la influencia de las condiciones que determinan un aumento rápido del tumor. Entre estas se clasifican las hemorragias espontáneas i traumáticas en el interior del quiste, los abscesos, las tiroiditis. El carácter esencial de estos síntomas de compresión, es la disnea, que aumenta a medida que el tumor hace progresos. Es continua, pero presenta exacerbaciones de tiempo en tiempo, debidas a la invasión de una especie de cataratas intercurrente. A la vez se encuentran alteraciones de la deglución, de la voz, acceso de sofoca





cion tos, producidos por la compresion de la laringe, del esófago, de la tráquea.

Diagnóstico. Toda tumefaccion del cuerpo tiroideo que sea aguda o crónica, pasajera o permanente, que amenace o no la existencia, constituye bajo el punto de vista del diagnóstico, un tumor; i en presencia de este tumor el cirujano debe reconocer si el cuerpo tiroideo es el sitio, después de determinar

Dada una hinchamiento del cuello que se ha desarrollado de una manera lenta i gradual, que no cause ni dolor, ni obstaculos <sup>en la</sup> respiracion, fonacion, deglucion etc, ni se acompañe de ninguna modificacion en el estado jeneral, se reconocerá que este tumor se ha desarrollado en el cuerpo tiroideo por un conjunto de sintomas, cuyos principales son los siguientes: El sitio del tumor, que a pesar de su volumen, comprende en totalidad o en parte la region que ocupa el tiroideo, su istmo, i sobre todo sus lóbulos laterales; su forma, que a veces reproduce exactamente la de la glándula; la independencia de la piel, la movilidad que a menudo presenta el tumor sobre las partes profundas, en fin i sobre todo el deslocamiento que sufre con la laringe en el segundo tiempo de la deglucion.

Los signos racionales se sacan de los conmemorativos, i tienen una grande importancia en el diagnóstico de sitio. Será pues importante averiguar si el enfermo habita o ha habitado una region en que el bocio es endémico. Si el padre o la madre han presentado la misma afeccion; si el tumor se ha desarrollado consecuencia de una preñez, de una detension de reglas, de esfuerzos violentos. Por fin, precepto importante, se



debe investigar sobre todo i antes de todo del sitio ocupado primitivamente por el tumor. Cuando la masa u ha mostrado en su origen por debajo de la mandíbula, o al nivel de la región carotídea, i no ha invadido sino consecutivamente la parte media del cuello, es evidente que el tumor <sup>es</sup> extraño al cuerpo tiroideo. Cuando por el contrario se la tumefacción ha empesado al nivel de la región tiroidea i presenta la serie de signos físicos i racionales que hemos apuntado, podemos tener casi seguros o al menos muchas probabilidades que sea el cuerpo tiroideo el sitio del tumor. Conocido el sitio nos falta solo averiguar su naturaleza solida o líquida.

El quiste seroso está caracterizado por su forma que reproduce menos exactamente la del cuerpo tiroideo que el bocio parenquimatoso. Se debe sospechar su existencia cuando se encuentran una o dos abolladuras laterales, casi regularmente esféricas o piriformes que por su volumen constituyen casi la totalidad del tumor.

La fluctuación es el caracter sobre el cual hai que insistir mas, recordando sin embargo que falta frecuentemente en los quistes de paredes muy distendidas o gruesas i que por otra parte el bocio gelatinoso o colosoide presenta a menudo una falsa fluctuación que es absolutamente imposible distinguir de la fluctuación verdadera.

La fluctuación, buscada con cuidado, permite presumir si la bolsa es unica o múltiple. Cuando es clara i fácil de sentir se puede admitir que la pared quística es blanda i delgada i que volverá fácilmente sobre si misma, despues de la punción no se deberá contar con la transparencia.

Entre los exámenes, el unico importante dado por





al enfermo, es que desde un tiempo mas o menos lejano, le ha aparecido, en un lado del cuello, un tumor pequeño, de apariencia regular, i que ha aumentado poco a poco de volumen.

Aunque estos datos permiten establecer el diagnóstico, no siempre éste es tan claro que no dé lugar a dudas, i entonces el medio positivo de esclarecer este punto es la punción exploradora hecha de preferencia con un aparato aspirador.

La punción nos indica de una manera cierta si el quiste es único o múltiple, i cual es la naturaleza del contenido.

Es difícil tomar un quiste por un absceso frío del cuerpo tiroides; pues esto son tan raros que no se sabría presumir su existencia. Sin embargo no habría que extrañarse si se vier salir pus por la cánula, pues el quiste pudiera haber presentado en una época mas o menos proxima, síntomas de inflamación.

En los casos muy excepcionales de quistes hidatídicos, se se podría sospechar su presencia por la auscultación del tumor i la constatación del estremecimiento característico, muy difícil de sentir. Seria el examen microscópico del líquido extraído por la punción, quien nos diera luz i revelaria en él la presencia de ganchos de acefalocistos.

Cuando la deformación afecta la totalidad de la glándula, cuando la palpación no revela fluctuación manifiesta, es permitido suponer que se trata de un bocio sólido. Las diferencias en la consistencia del tumor responden a las variedades anatómicas del mismo: así el bocio hiperplásico, tiene una consistencia firme, una superficie lisa, unida, alguna veces ligeramente lobulada. El bocio coloidal, es blando, tembloroso, fluctuante en partes, se confunde a menudo con los quistes, pero, como lo hemos dicho en la anatomía patológica, de ordinario, no



constituye sin la primera etapa de la génesis del quiste.

En cuanto a los tumores malignos, podemos eliminarlos desde luego, teniendo en cuenta el estado general de los enfermos.

Pronóstico. De todo lo que hemos dicho se desprende, que los quistes serenos del cuerpo tiroideo, no son una enfermedad seria bajo el punto de vista de que comprometan la vida del paciente. De ordinario no constituyen mas que una afección desagradable e incómoda, que imprime un sello especial a la fisonomía del enfermo, cuando ha adquirido un gran desarrollo.

Los síntomas sistémicos i de congestión cefálica de que hemos hablado mas arriba, son muy excepcionales para que puedan alterar la naturaleza del pronóstico.

Tratamiento. Dividiremos los numerosos métodos aplicables al tratamiento de los quistes del ~~cuello~~ cuerpo tiroideo en cuatro ordenes:

1º Tratar de obtener la reabsorción del líquido sin abrir el quiste.

2º Evacuar simplemente el contenido del quiste.

3º Provocar en sus paredes una inflamación adhesiva o supurativa.

4º Extirpar en parte o sacar en totalidad el quiste.

1º Medios empleados al exterior del quiste. Son inofensivos, pero al mismo tiempo impotentes. Se ha ensayado: la compresión simple i la compresión con el colodión elástico; la aplicación de compresas empapadas en una solución de Cloruro de amoníaco, Los refrijeratorios aconsejados por Velpeau, los barnisamientos con tint. de yodo, medios todos justamente abandonados hoy día.

2º Punción simple. Puede producir excelentes servicios para disminuir instantaneamente un quiste unilocular, cuyo volumen considerable produzca síntomas de sofocación, pero no se puede considerar, de una manera general como método curativo, pues siempre despues de una primera evacuación se reproduce el líquido con gran rapidez en algunos días.



o en algunas horas. Se hace, ya con un bisturí de lámina estrecha, ya con el trocar ordinario de hidrocele, o ya de preferencia con el trocar capilar de un aspirador, sobre todo si se han de hacer punciones sucesivas. Föllin, Valz, Williams citan casos de curación de quistes serosos i hemáticos por medio de la punción simple.

3º Medios destinados a provocar en el saco una inflamación adhesiva o supurativa. Comprenden, la electricidad, la punción seguida de infecciones irritantes, la incisión, la cauterización, el drainage.

**Electricidad.** Amussat ha referido en el "Boletín general de Terap." 15 oct. 1873, i en su "Memoria sobre la gálibano-caústica térmica" 1876 dos casos de quistes sero-sanguíneos del cuello, tratados i curados por medio de la electricidad. Aunque en propiedad sus observaciones no se refieren a quistes tiroideos, bien podría servir este medio de tratamiento con los mismos buenos resultados obtenidos por Amussat, en quistes del cuello. Este método tiene la gran ventaja de no dejar cicatriz muy aparente. En un caso empleó la gálibano-caústica térmica, en el otro determinó la cauterización del interior del quiste por medio de la gálibano-puntura. Sin embargo a pesar de los resultados obtenidos no se podrá pronunciar sobre la eficacia de este método hasta que otros hechos vengan a corroborarlos.

**Punción seguida de inyección.** El vino caliente, el percloruro de hierro, el cloruro de zinc, la tint. de yodo, han sido preconizados sucesivamente.

El vino caliente fué muy usado en otro tiempo cuando se creía en la analogía del quiste del cuello con el hidrocele de la túnica vaginal. Su empleo es muy doloroso i determina una violenta inflamación. Ya no se usa.

No habíamos oído del percloruro de hierro ni del cloruro de zinc.





estar su uso abandonado.

Inyección yodada. Metodo muy racional, i talvez el mas empleado por los cirujanos. Josselin da' muy sabios consejos en su "Clínica quirúrgica" a propósito de su empleo en el tratamiento de los quistes del cuerpo tiroideo. Después de haber hecho una inyección, si hai aparencias de recidivas, en vez de intervenir de nuevo, espera largo tiempo, al menos dos meses, antes de decidir si trata de una verdadera recidiva. En efecto se debe recordar que la flegmasia provocada por la tint. de yodo, produce un derrame nuevo, cuya reabsorción es algunas veces muy lenta de efectuarse; si al cabo de este tiempo la recidiva esta averiguada, Josselin ensaya una segunda inyección i si después de esta segunda inyección se verifica todavia la recidiva, se contenta con la punción paliativa practicada tan consueto como lo necesite la distension nueva de la bolsa, punción paliativa que puede llegar a ser con el tiempo curativa.

Bouchacourt emplea la tint. de yodo mezclada con 1, 2, 3, 4 o 5 partes de agua; Josselin la mezcla al tercio; Monod emplea la solución de Guibourt. No es necesario llenar el quiste evacuated con igual cantidad de solución yodada, la mitad o el tercio basta. Pelpeau aconseja dejar una parte de la inyección en la bolsa, cuando el quiste es de paredes gruesas. En general se deja la inyección durante un tiempo que varia de tres a diez minutos. Inmediatamente después debe hacerse una ligera compresión sobre el quiste i cubrirlo con compresas empapadas en agua fria.

Sedal. A pesar de los buenos resultados que ha dado en manos de diversos cirujanos, espone a los fenómenos de infección putrida que pueden suceder a la supuración del quiste i a la retención del pus en su cavidad.

Incisión. Muy empleada en otro tiempo, ha sido hoy abandonada a



causa de los accidentes que trae consigo. En efecto la observación i la estadística hacen ver en la incisión una operación seria. Billroth la vió seguida de muerte en dos casos de 10 en que la practicó. Fleury la practicó seis veces en quistes de paredes rígidas i en todos estos casos la curación no sobrevino sino después de accidentes formidables. La hemorragia es sobre todo la que debe temerse; ya son las arteriola de la pared, cuya sección determina la pérdida sanguínea; ya la superficie interna del quiste que da lugar a una resudación interminable que hace inútil el empleo del gábrano-cauterio propuesto por Bruns.

Werner i Schuk piensan que cuando la bolsa está inflamada en el momento en que se practica la incisión, la vascularidad de la pared disminuye i es menos de temer este accidente; en consecuencia han propuesto la inyección yodada como medio preventivo.

Cauterización - Ha sido empleada por Bonnet con el nombre de sedal cáustico. Atraviesa el tumor con una lámina de cloruro de zinc i vuelve las estremidades sobre la cara cutánea, i por medio del asa así constituida opera una verdadera cauterización de fuera adentro i de dentro afuera. Es muy dolorosa i espone a una inflamación violenta.

Drainage - Llegamos a un método de tratamiento ~~de~~ que sin contar con ninguno de los inconvenientes de los otros métodos, tiene todas sus ventajas. El drainage es una operación sencilla que puede ser tentada aun por cirujanos poco hábiles. Tiene en su favor numerosos sucesos que han sido registrados en la ciencia. Chassaignac ha tratado así dos quistes conjuntos del cuello, de los que uno curó en muy pocos días; el otro se llenó a la mañana siguiente de coágulos sanguíneos, lo que se



esito una incision de la bolsa. El profesor Holtz, considera, en los quistes serenos del cuello, la funcion seguida de inyeccion yodada i de la aplicacion inmediata de un tubo de drainage, como el mejor procedimiento; agrega tambien un vendaje compresivo. Demarquay, por otra parte, (Gaz des hosp.) 1873) preconiza para estos tumores el empleo del drainage i de la tint. de yodo, pero con ciertas modificaciones. Despues de haber pasado un tubo en la cavidad del quiste, deja la bolsa vaciarse poco a poco i se abstiene de practicar inmediatamente una inyeccion de tint. de yodo; ha observado que si se hace seguir de pronto el pasaje del tubo, de una de estas inyecciones, se produce muy a menudo, una inflamacion violenta con abscesos, supuracion abundante, i aun hemorragias, pudiendo todo terminarse por la muerte. Si se espera por el contrario ocho o diez dias solamente, cuando la inflamacion primitiva se ha calmado, no se producen estos desastrosos efectos. Agrega igualmente la compresion graduada del tumor.

El drainage tiene ademas otras ventajas: aleja i aun hace desaparecer el peligro de una complicacion, por la salida facil i continua de los liquidos acumulados en el quiste i de los productos segregados por el saco irritado. Mantiene en este una irritacion que como lo ha dicho Josselin, no pasa del grado plastico, irritacion muy favorable a la adherencia de las paredes del saco. No deja como las otras operaciones, cicatrices aparentes i defectuosas que una region como el cuello son tan desagradable. Y por fin permite el lavado amplio de la cavidad con liquidos detergentes i desinfectantes i aleja asi los temores de infeccion putrida i de auto-infeccion.

El drainage puede hacerse de dos maneras: ya



atravesando todo el interior del saco con un tubo suyas extremidades quedan fuera; ya introduciéndose dos tubos independientes, uno por la abertura superior i otro por la inferior. Estas pueden hacerse con el trocar curvo o con el bisturí.

El procedimiento que hemos seguido en los dos casos que presentamos ha sido, por decirlo así, mixto. En uno de ellos se hizo el primer día la punción simple i a los dos días i en el mismo punto, se incindió a bisturí, cosa de 2 centímetros, se practicó una contra abertura en la parte mas declive; se hizo el lavado de la cavidad con solución fenicada al  $2\frac{1}{2}$  i se introdujo un tubo por cada una de las incisiones, cubriéndose el todo con un vendaje fenicado, segun el método de Hister. Todos los días se hacia el lavado de la cavidad con la misma solución, i así hasta la terminación del tratamiento que duró en todo 42 días, sin que sobreviniera en todo este tiempo una sola complicación.

En el otro caso, el tratamiento fué poco mas o menos el mismo i los resultados obtenidos, idénticos.

El drainage es pues una operación sencilla que debe siempre preferirse a cualquiera, aun en los casos en que algunos indican la punción seguida de inyección, como en los quistes de paredes delgadas. No exige de parte del cirujano conocimientos especiales, i está desprovista de accidentes temibles que hacen tan reservado el pronóstico de las operaciones que se practican en el Oeullo.

En cuanto a la disecccion completa del quiste con la extirpacion del tumor, constituye una operación de las mas graves i que no será emprendida por un cirujano prudente.

En fin para terminar i a modo de conclusiones,









en ~~este~~ mes el individuo podría darse por curado, no conservando mas reliquias de su antigua afeccion que un poco de abultamiento del cuello. Asi pasó hasta el Sábado 14 de Mayo, en que, por haberse levantado esa noche, desnudo, experimentó, escalofrios, cefalalgia, y ~~pesado~~ dolor en la parte anterior del Cuello que dificultaba un poco sus movimientos. Examinado el enfermo, llama desde luego la atencion, un tumor bilobulado, que abarca toda la region anterior del cuello, muy doloroso a la presion i espontaneamente. El lobulo derecha muy grande tiene la forma de una mama, es de color rojo, redondeado sin abolladuras; cuelga hacia abajo arrastrando la piel de la mejilla i de la barba; Hacia su parte inferior la piel adelgazada i violacea hace eminencia en forma de pezon. Se estiende desde el borde anterior del Trapecio por fuera, hasta la linea media, en donde se continua insensiblemente, con el lobulo izquierdo. Por arriba está limitada por el borde inferior de la mandibula inferior i sube en el espacio triangular comprendido entre la rama de la misma i el musculo, externo mastoideo; por abajo esta limitada por la clavícula

El lobulo izquierdo, menos voluminoso que el anterior, situado al nivel del lobulo correspondiente del cuerpo teroideo, es redondeado, prominente, de color rojo, doloroso a la presion. Ocupa la region antero-lateral izquierda del cuello i se continua por dentro con el del lado opuesto; por fuera está limitada por el musculo externo mastoideo; por arriba i por abajo, sus bordes se pierden insensiblemente en la mejilla izquierda i en la clavícula.

Haciendo ejecutar algunos movimientos al enfermo, se nota que los movimientos de estension <sup>de la cabeza</sup> son dolorosos i limitados, obligando al enfermo a ~~mantenerla~~ <sup>mantenerla</sup> inclinada hacia adelante. Los laterales son dificultosos pero se conservan. Los movimientos de deglucion son difíciles i pesados, notándose que el tumor, sigue, en totalidad



el movimiento ascensional de la laringe, caracter importante que nos indica que la afeccion reside en el cuerpo tiroideo.

En el lado derecho la fluctuacion es clara i se trasmite en diversos sentidos. En el izquierdo, el tumor es duro i remittente.

Los sintomas jenerales, no muy intensos, son los de una fiebre inflamatoria; existe cefalalgia, anorexia, sed, lengua saburrosa, constipacion; pulso 110. El termometro aplicado poco despues de la visita nos dio 39,6

El dolor la tencion inflamatoria, al nivel del lóbulo izquierdo del cuerpo tiroideo, la dificultad en la deglucion, los sintomas jenerales febriles i por ultimo la elevacion del tumor en el segundo tiempo de la deglucion, nos hicieron pensar en una inflamacion del cuerpo tiroideo, una tiroiditis, en lado izquierdo.

La existencia de un antiguo quiste en el lado derecho, los sintomas inflamatorios, la naturaleza de la causa (enfriamiento), nos inducen a diagnosticar un quiste del cuerpo tiroideo inflamado a consecuencia de enfriamiento brusco.

Tratamiento = Se hace una puncion en el lado derecho, como a 3 centimetros por encima de la eminencia formada por la piel adelgazada, i se extraen ~~como 300 gramos~~ por medio de un aparato de Potain, como 300 grams, de un liquido sero-ranquinolento en medio del cual nadan algunos glóbulos de pus. Se prescribio, cataplasmas emolientes, sobre el tumor, i se le dejó 30 gramos de sulf. de soda para combatir la constipacion i como medio revulsivo intestinal. En la noche a 60 centigramos de sulfato de quinina.

Mayo 18. Temp. en la mañana 39,3, en la tarde 38,3. Ningun cambio en el estado del paciente; subsisten los sintomas de flogosis



24

Se hace otra puncion en el mismo lado i se extraen 200 grms. de líquido de la misma naturaleza que el del día anterior.

Mayo 19. Temperatura, en la mañana 38,3. El lado derecho ha disminuido de volumen. Se practica una incision de dos centímetros en la parte media i se hace una contraabertura en su parte mas declive: se hace el lavado del saco con solucion fenicada al 2, 1/2 / 100 i se colocan tubos de drenaje. En el lado izquierdo se nota fluctuacion; se hace una puncion en su parte mas prominente i da salida a 60 grms de un líquido sero-purulentos, rojizo. Se aplica un vendaje fenicado. El enfermo se siente mejor aliviado despues de la puncion.

20 Mayo. Temperatura normal; la respiracion como la defecacion son mas libres. El dolor al nivel del cuello no existe.

21 - Se suspende el sulfato de quinina. Se hace una segunda puncion en el lado izquierdo, como a 2 centímetros hacia afuera de la primera: da salida a 15 grms de líquido purulentos.

22 - Temp. normal. El lado derecho notablemente disminuido de volumen. El izquierdo a pesar de las punciones, sigue siempre prominente. Se practica una incision de 2 centímetros partiendo de una de las aberturas hechas con el trocar i se da salida a una gran cantidad de pus blanquecino mezclado con sangre. Se hace el lavado de la cavidad con solucion al 2, 1/2. Se coloca un tubo de drenaje i se aplica una curacion fenicada.

Junio 15 Se quita el tubo del lado izquierdo.

Junio 24 Se sacan los tubos del lado derecho, i se cubren los pequeños heridos con un pedazo de hule de seda.

Julio 29. La cicatrizacion está terminada. El lóbulo derecho del tiron des un poco aumentado; el izquierdo normal.

Julio 2. Se da de alta al enfermo.





Observacion 2<sup>a</sup>

Francisco Espinosa de 30 años, carpintero, de buena constitucion, dice que hace 9 años comensó apercibirse de la presencia de un tumor en la region anterior del cuello, tumor que adquirió despues el volumen de una naranja grande. Este tumor es duro, móvil, fluctuante, indolente a la presion; sigue el movimiento de la laringe en el segundo tiempo de la deglucion. Por lo demas el individuo no presenta ninguna perturbacion funcional.

El 1<sup>o</sup> de Diciembre del 84 se le hizo una puncion, con un trocar de hidrocele, que dió salida a un vaso de líquido morenuzco e inodoro. Se aplicó un trocito de tela emplástica, sobre la herida.

El 3 de Diciembre, el enfermo tenia fiebre, apatasion, edema al nivel del tumor, que habia tomado sus dimensiones primitivas, ansojamiento de la piel. <sup>T: 39°</sup> Se hizo una pequeña incision, tomando como punto de partida, la puntura hecha con el trocar i se dió salida como en medio vaso de líquido moreno de mal olor, i que tenia en suspension algunos grumos de pus. Se practicó una contra abertura i se lavó ampliamente el interior del saco con esolucion fenicada al 2/2, colocándose inmediatamente despues tubos de drainage i un vendaje fenicado. Se le dejó una pocion con 1 grano de sulfato de quinine para tomar en el día.

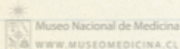
4 de Diciembre El estado del enfermo es satisfactorio. Temp. 37,8; ha desaparecido el odor i la fiebre i ha dormido bien. Se hace el lavado como en el día anterior. En los días sucesivos no hai de notable.





Enero 9. Se quitan los tubos, i se cubren las heriditas con hule de seda.

15 de Enero - Curacion completa. No quedan mas que dos pequeñas cicatrices. El cuello normal.



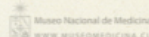
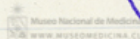
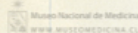
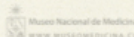
*Fin.*



Museo Nacional de Medicina

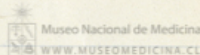
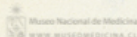
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

*José Quiñones*



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

