

PIO-NEUMO-QUISTE DE HIGADO (SUPURADO) (*)

Dr. José P. Otero

Presento este caso de pio-neumo-quiste hidático del hígado que ofrece por lo menos dos hechos de real interés:

1) Comprobación radiológica de burbujas gaseosas por debajo del nivel líquido, correspondiendo casi seguramente a vesículas hijas llenas de gas.

2) Comunicación de la colección pio-gaseosa con las vías biliares demostrada de un modo evidente por la neumatosis de las vías biliares principales.

A continuación transcribo detalladamente la historia del paciente.

Sala 23 del Hosp. Pasteur - Mayo de 1946

S. J. A., 41 años, casado, urug. Camino Maldonado.

Motivo de ingreso: ingresa por un cuadro doloroso de hipocondrio derecho datando de 3 meses y que se inició por un cuadro diarreico con 4 ó 5 deposiciones diarias acompañadas de dolores que en determinado momento estaban constituidas sobre todo por flemas y pus. Estos datos no son enteramente seguros puesto que son expresados por el propio enfermo cuya mentalidad no está muy desarrollada.

El enfermo llamó a la Asistencia Pública cuyo médico le hizo tratamiento sintomático de su diarrea. Esta diarrea duró alrededor de 15 días y muy pronto el enfermo empieza a sufrir un dolor en H. D., dolor continuo, intenso, persistente y que ha seguido hasta el momento actual o sea durante tres meses consecutivos. El enfermo afirma que durante todo ese tiempo ha estado en cama y que ha tenido temperatura alta (alrededor de 39°) controlada por el termómetro que él mismo se colocaba. Ha habido durante ese tiempo un gran adelgazamiento y pérdida de apetito.

El paciente concurre a la Policlínica Quirúrgica del Prof. del Campo a la cual llega caminando después de haber hecho un viaje en tranvía.

Examen: enfermo muy adelgazado, deshidratado. No tiene sin embargo aspecto de gran infectado. Está mentalmente despejado, su fascies no es

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 26 de octubre de 1949.

tóxico y su pulso es tenso y regular aunque rápido. Su temperatura axilar es de 39 %.

Examen físico: se puede resumir diciendo que tiene un cuadro doloroso agudo de H.D. La inspección muestra saliente, asimétrica y ensanchamiento de los espacios intercostales bajos derechos. El vientre no está balonado y contrasta con este hipocondrio derecho ocupado. La palpación revela dolor exquisito en una zona que corresponde a la intersección del reborde con el borde externo del recto; existiendo también este mismo dolor a la palpación por encima del reborde en ese mismo sitio. Hay una zona más grande en que ese dolor se atenúa progresivamente hacia la periferia. En resumen: zona amplia de dolor provocado en la parte baja del hemitórax derecho y alta de hipocondrio, con acentuación muy marcada en el sitio ya mencionado.

El borde inferior del hígado desborda netamente el reborde costal y se acerca a la cresta ilíaca. Existe un grado atenuado de contractura muscular. En la cara lateral y posterior del hipocondrio y hemitórax no hay dolor. La percusión revela una zona timpánica en la proyección de la macidez hepática normal cuando se percute en decúbito dorsal. Percutiendo en decúbito lateral izquierdo, esta zona timpánica se desplaza hacia la cara lateral del hígado, mientras la parte anterior (antes timpánica) se hace ahora completamente mate. Es evidente que existe una colección pío-gaseosa del hipocondrio derecho.

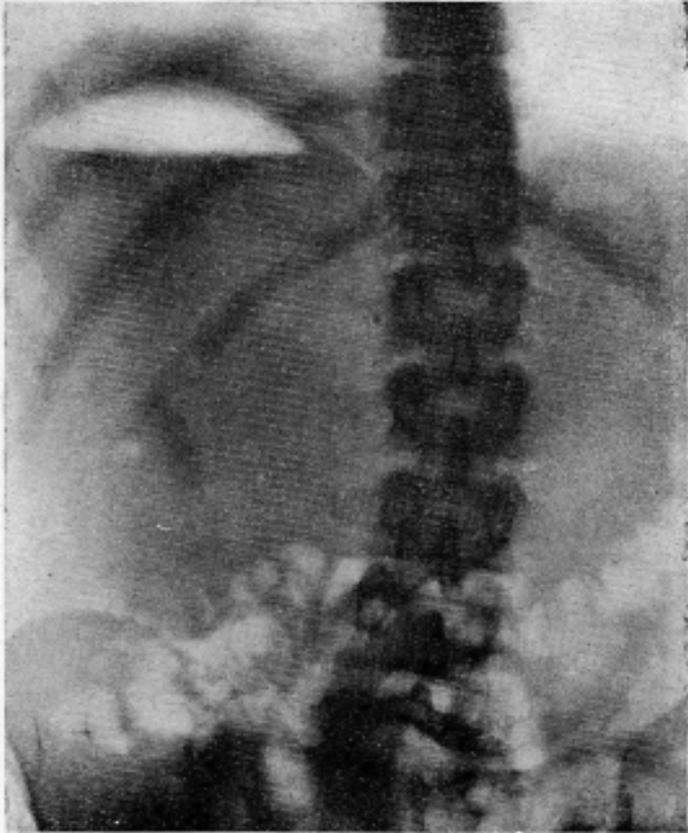
El examen de tórax no revela particularidades excepto sibilancias del tipo bronquial que están en relación con lo que el enfermo manifiesta respecto a tos y expectoración abundante. Esta expectoración no tiene caracteres especiales (ni biliosa, ni conteniendo elementos hidáticos macroscópicos, ni pus).

Radioscopia: se comprueba una colección pío-gaseosa de H.D. caracterizada por un nivel líquido extenso coronado por una cantidad grande de gas. Los caracteres radiológicos serán estudiados más extensamente en la radiografía.

Consideraciones.

Desde el punto de vista puramente clínico dado el cuadro doloroso tóraco-abdominal se interpreta como una colección supurada subfrénica a contenido hidroaéreo por la sonoridad desplazable. Dado el antecedente diarreico se pensó en un absceso supurado de origen amibiano. Después de ser visto radioscópicamente se hizo diagnóstico de localización intrahepática y una vez obtenida la radiografía dado el aspecto de nivel líquido sobremontado por otro nivel irregular figurando la imagen del signo de camalote se sospechó en un quiste hidático de hígado supurado.

18-V-1946.- Intervención: Dr. Otero. Dr. Jamandreu. Anestesia local. Incisión transversa de del Campo. Abierto el peritoneo se comprueba la existencia de una tumoración situada inmediatamente detrás de la pared, tensa, renitente. El gran epiplón está situado por delante y está adherente a la



Gran nivel hidro-aéreo sub-diafragmático, ligeramente ondulado. Por debajo del nivel líquido, sumergidas en el espesor de la sombra, se ven numerosas pequeñas figuras aéreas de un tamaño variable pero en general pequeño, y pudiendo corresponder a vesículas hijas llenas de gas y líquido. Se ve, además, a partir del lado interno del quiste, y descendiendo oblicuamente primero y luego verticalmente, proyectándose sobre las vértebras, la claridad que corresponde a la neumatosi de las vías biliares.

profundidad pero no a la pared abdominal. Este epiplón está inflamado (congestionado, edematoso, espesado). Se separan el epiplón parcialmente hacia abajo con facilidad, se protege el campo operatorio que ya está parcialmente bloqueado por adherencias. En el curso de maniobras para visualizar bien la periquística, antes de puncionar se produce la ruptura brusca del quiste, lo

cual demuestra la friabilidad de la periquística a este nivel. Es notorio que el quiste estaba a punto de romperse espontáneamente como lo demuestra el bloqueo por el epiplón y la alteración de la periquística a este nivel. Se introduce el dedo índice en el orificio de la perforación, se toman con pinzas de corazón los bordes de dicho orificio, bordes sumamente friables.



En el perfil se ven también pequeñas figuras hidroaéreas sumergidas y la proyección vertical del canal hepático que en la radiografía se vea con toda nitidez.

El contenido está constituido:

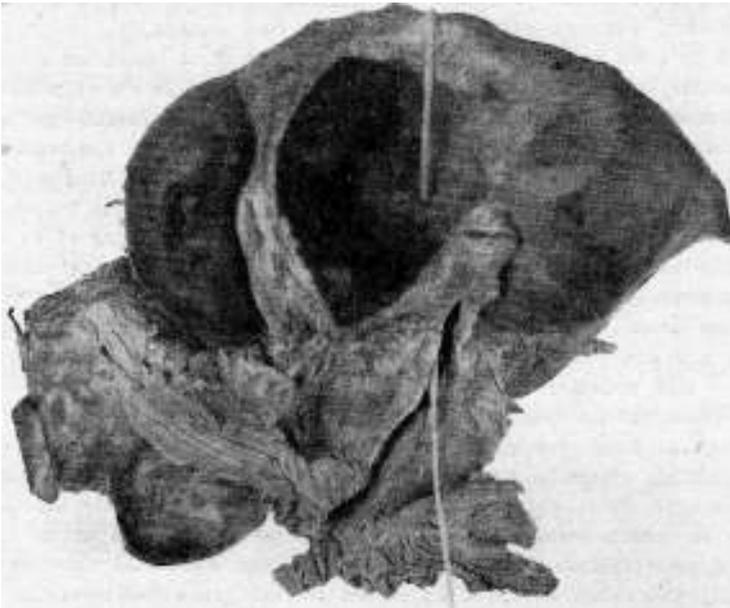
1. Por gran cantidad de vesículas hijas hidáticas, alteradas, de todo tamaño, aplastadas.
2. Por líquido bilioso abundante.
3. Por gases fétidos que hacen penosa la presencia en la Sala de operaciones.

Se evacúa completa ente, se coloca un grueso tubo de drenaje y se marsupializa. Cierre de la herida.

23/V/1946. Post-operatorio: el enfermo evoluciona bien, está completamente apirético desde el primer día. Sale gran cantidad de bilis que empapa la curación y obliga a colocarle una sábana en vez de vendaje.

El enfermo siguió drenando bilis en gran cantidad y su herida se abrió

completamente y se fué esfacelando hasta determinar una profunda excavación a fondo más o menos sucio. Al cabo de unos diez días se instaló una aspiración continua para mantener seca su curación. El enfermo se fué desnutriendo progresivamente hasta llegar a un estado de profunda caquexia. Se nos presentaba el problema de la bilirragia y se planteó la posibilidad de la existencia de una obstrucción hidática del colédoco. Se realizaron tubajes duodenales con el propósito de hacer el drenaje médico de las vías



Pieza de autopsia constituida por el hígado (en rojo), el duodeno (en rosado), el colédoco (en verde). Un estilete está pasado a través de la luz del colédoco y aparece en la cavidad hemisférica del quiste. La periquistica se necrosó, por eso el parénquima hepático constituye el fondo de la cavidad quística.

biliares pero eso no disminuyó en nada la colerragia. El estado general y local del paciente no permitía el menor intento de una nueva intervención. En esta forma el enfermo fué decayendo progresivamente sin presentar sin embargo fenómenos infecciosos, ni generales, ni locales. Es decir que la evolución parecía estar relacionada con una incapacidad de reacción de su organismo profundamente agotado.

A los 32 días fallece y se practica su autopsia que da los siguientes datos:

Autopsia: Dr. Mestre, con la asistencia del Dr. Otero.

Se comprueba que su herida operatoria ampliamente abierta comunica con una verdadera cloaca que contiene bilis y restos esfacélicos, y que está constituida en parte por la mitad profunda de la primitiva cavidad hidática

y en parte por una cavidad que se ha con tituido en el hipocondrio derecho y debajo del hígado a expensas de adherencias que bloquean el colon, el epiplón y el estómago. El resto del abdomen está completamente libre, sin signo alguno de peritonitis.

El resto del organismo es normal.

Se extrae el hígado, su pedículo, el páncreas y el estómago-duodeno para estudiar completamente la pieza y conservarla. Existe una cavidad correspondiente a la mitad profunda de la periústica; cavidad groseramente hemisférica, bastante regular, cuyo fondo está constituido por la periústica de color amarillo-verdoso, espesada y sin otras alteraciones macroscópicamente evidentes. Se estudia el colédoco abriéndolo en el pedículo y se comprueba que no está dilatado y que no está obstruido por restos hidáticos. Pasando un estilete hacia el cabo proximal se comprueba que existe una comunicación neta entre la cavidad residual hidática y el colédoco. La autopsia demostró por consiguiente que la colerragia no se debía a una obstrucción hidática del colédoco; o por lo menos, que si en algún momento existió una obstrucción, ya había desaparecido en el momento de la muerte. Existía una comunicación neta y amplia con uno de los canales hepáticos como lo muestra la fotografía de la pieza. Aparentemente no existía ninguna razón para que este enfermo no hubiese podido recuperarse; y sólo podemos explicarnos su evolución pensando que había llegado a un estado tal de desnutrición y de caquexia, que no fué capaz de reaccionar y de hacer los gastos de la cicatrización de su foco que estaba perfectamente evacuado y en condiciones para una cura integral. Todos los casos anteriormente operados por nosotros de pio-neumo-quiste hidático de hígado se habían curado, por cuya razón teníamos una idea optimista respecto a este enfermo. Sin embargo, la evolución desmintió nuestras esperanzas, demostrando que se trata de un proceso grave que repercute seriamente sobre el estado general y que debe ser operado lo más precozmente posible para evitar estas situaciones no reversibles.

No quiero entrar en el estudio de la entidad pio-neumo-quiste hidático del hígado, estudio que ya he realizado anteriormente en un trabajo presentado ante esta sociedad en el año 1937. Sólo quiero hacer algunas breves anotaciones sobre los hechos de interés descollante que ofrece esta historia particular haciendo notar de paso que el pio-neumo-quiste hidático del hígado no es infrecuente entre nosotros y que tengo varias nuevas observaciones desde mi trabajo de 1937.

Estudio radiológico: a) *Pequeñas imágenes pio-gaseosas* sumergidas. Por debajo y lejos del gran nivel líquido determinado por la frontera pio-gaseosa intra-ústica se observan múltiples pequeñas imágenes pio-gaseosas, del tamaño aproxi-

mado de una uva y cuya interpretación lógica nos parece ser la siguiente:

Vesículas hidáticas hijas con contenido pio-gaseoso se encuentran sumergidas por debajo del nivel pio-gaseoso principal y determinan por lo tanto estas imágenes que no podrían ser estables si perteneciesen al gas libre cuyas burbujas se hubiesen mezclado con el pus. En cambio si se las interpreta como pequeñas pio-neumo-vesículas múltiples se comprende muy bien que se mantengan en una posición determinada sostenidas por el contacto recíproco entre sí y con el resto de la papilla hidática, pus y bilis.

Ellas podrán tener lentos cambios de situación pero no se ven obligadas a subir a la superficie de ese contenido espeso y heterogéneo ante los cambios súbitos de posición, ante el pasaje por ejemplo de la posición decúbito horizontal a la posición de pie como es el caso.

Es claro que para poder afirmar que ésta es la exacta interpretación del signo tendría que haber comprobado la existencia de vesículas hijas con contenido pio-gaseoso en el acto operativo. Pero eso no fué realizado porque la interpretación del signo radiográfico, hecha por el Prof. del Campo, fué posterior a la intervención.

Dejo establecido por lo tanto este signo nuevo que permite probablemente afirmar, frente a una colección pio-gaseosa de la base del hemitórax, que se trata ineludiblemente de un pio-neumo-quiste hidático del hígado y no de ninguna otra colección pio-gaseosa supra o infrafrénica eliminando por lo tanto el pio-neumo-quiste hidático del pulmón, las pleuresías supuradas diafragmáticas pio-gaseosas, el absceso subfrénico y el absceso del hígado.

Por lo tanto interesa observar si en otros casos donde se encuentre el signo radiológico descrito corresponden a pio-neumoquiste hidático del hígado para establecer definitivamente este signo nuevo como patognomónico y de valor unívoco.

b) *Neumatosis de las vías biliares*: No conozco tampoco ningún caso de pio-neumo-quiste hidático del hígado cuya comunicación con las vías biliares, haya podido ser asegurada por la comprobación de una imagen típica de relleno gaseoso de las vías

biliares principales. En efecto en la radiografía de frente y perfil existen imágenes típicas de dibujo de las vías biliares principales intra hepáticas que están ocupadas y distendidas por gases, imágenes gaseosas de forma y topografía intrahepática que no pueden ser interpretadas de otro modo. Por lo tanto, se podía afirmar radiográficamente que se trataba de un pio-neumo-quiste hidático del hígado y que comunicaba con las vías biliares principales.

Esta comprobación radiográfica fué verificada: por la operación que reveló mezcla de abundante bilis a los elementos hidáticos; por el post-operatorio con su colerragia abundante y tenaz y por la autopsia demostrando la comunicación neta con el hepático.

Por tanto interesa observar frente a una placa de colección pio-gaseosa del hipocondrio si existe o no neumatosis de las vías biliares para afirmar la comunicación y mismo para adoptar determinadas tácticas operatorias.

Comprobaciones operatorias y táctica: La existencia de cantidad notable de bilis intraquística, la necrosis de la peri-quística debida a la tensión, a la supuración o a la acción necrosante de la bilis, podían plantear la conveniencia de la exploración de las vías biliares principales.

El estado grave del paciente y las lesiones locales no parecían justificar esa conducta. La evolución post-operatoria caracterizada predominantemente por una bilirragia incoercible planteó de nuevo la indicación de actuar sobre las vías biliares, indicación que no pudo cumplirse por el estado general y local.

La colerragia necrosante post-operatoria. — En el post-operatorio se produjo una colerragia abundante y persistente que determinó la necrosis amplia de la herida en superficie y profundidad y que además repercutió sobre el estado general deteriorándolo progresivamente. Por lo tanto se planteó el problema del tratamiento del escape de bilis y se pensó lógicamente en la posible obstrucción hidática del colédoco.

Sin embargo la autopsia demostró que por lo menos en el momento de la muerte no existía la menor obstrucción del colédoco, ni tampoco ninguna dilatación de las vías biliares.

La autopsia demostró la comunicación amplia del hepático con la cavidad quística como podía ya asegurarse por la intensa y prolongada colerragia.

Por lo tanto este caso demuestra que puede existir colerragia, a pesar de no haber obstrucción de las vías biliares, y por el mero hecho de la comunicación bilio-quística persistente.

De igual modo que persiste una coleptisis en la comunicación broncobiliar secundaria a la evacuación de un quiste hidático del hígado en la canalización bronquial y a pesar de estar completamente evacuada.

Frente a esta situación una conducta por lo menos parece indiscutible y es la necesidad imperiosa de establecer una aspiración continua desde el primer momento del post-operatorio para evitar la acción corrosiva de la bilis encharcada sobre los tejidos, lo que impide la cicatrización y para restituir por otro lado al paciente su propia bilis por ingestión o sonda duodenal. Nos encontramos aquí frente a una situación superponible a la de una fístula digestiva alta cuyo tratamiento mediante la aspiración continua fuimos de los primeros en utilizar y propiciar en nuestro medio. (Cendán y Otero). Fístulas digestivas altas, etc.

Conclusiones.

1) Presento un ejemplo típico de un signo radiológico nuevo en el pio-neumo-quiste hidático del hígado, signo que podría denominarse pio-neumo-quiste vesicular sumergido.

2) Al mismo tiempo señalo la coexistencia de la neumatosis de las vías biliares con una imagen pio-gaseosa del hipocondrio derecho demostrando anatomo-radiológicamente la comunicación bilio-quística como fué comprobado por la evolución y la autopsia.

3) Insisto sobre la conveniencia de recurrir a la aspiración continua desde el primer momento en todo quiste hidático del hígado con colerragia abundante.

Dr. De Chiara. — No voy a ocuparme del caso en particular, porque no tengo experiencia, sino a una afirmación que acaba de hacer el Dr. Otero, en lo referente a que el comunicante junto con el Dr. Cendán fueron los primeros que aplicaron la aspiración continua en las fístulas digestivas.

Quiero reivindicar para mi maestro, el Prof. Nario, ese derecho, puesto que su trabajo data de muchos años, ya que fué motivo de tesis de su doctorado, y creo que en el mismo trabajo del Dr. Otero se le cita y hace justicia a esa iniciativa, puesto que en la bibliografía de ese trabajo figura como primer dato casuístico, la tesis del Dr. Nario.

Dr. Otero. — Contestando a la observación del Dr. De Chiara: efectivamente el profesor Nario hizo una publicación en el año 1916-1917, que está publicada en los anales de la Facultad de Medicina, sobre aspiración en los casos de fístulas gástricas que en realidad no se trataba de aspiración continua, sino de sifonaje; el principio general es más o menos parecido, sin embargo desde el año 1917 hasta el año, no me acuerdo exactamente, que nosotros hicimos la publicación, se había utilizado poco el procedimiento y no había nada en la práctica corriente de fístulas digestivas o duodenales, por lo menos que yo conozca.

Creo que otras personas al mismo tiempo que nosotros, por eso digo que fuimos de los primeros, se ocuparon de la aspiración continua, sin negar por consiguiente la importancia del trabajo del Dr. Nario. Pero yo hablo de la aspiración continua, por eso que había dejado un poquito de lado ese trabajo precursor en el cual se hace el sifonado y que en realidad no tuvo después continuidad, en los tratamientos ulteriores no se continuó haciendo.

Dr. De Chiara. — Fuera del reglamento y para contestarle al Dr. Otero, voy a hacer una aclaración: que no se empleara en otros medios, puede ser; pero yo puedo afirmar que en la Clínica del Profesor Nario, desde mi época de alumno, es decir desde que existe la Clínica, y cuando actuaba el profesor Mérola, actuando como asistente el Dr. Nario, se utilizaba el procedimiento del sifonaje aspiratorio con o sin trompa de agua.

Dr. Otero. — Yo no conocía el asunto; como no hice bibliografía al respecto, puede ser que esté equivocado. Si hubo omisión, lo que se puede hacer es pedir disculpas.

A propósito de la lectura del acta.

Dr. Otero. — A raíz de las consideraciones hechas por el Dr. De Chiara con motivo de la presentación de mi trabajo de la sesión pasada, puede haber quedado la impresión de que yo había dicho deliberadamente algo que no era exacto, por lo que me interesaría hacer notar cómo se desarrollaron los acontecimientos en la realidad.

En un enfermo que yo tenía, y a quien le había hecho una gastrectomía que dió lugar a una fístula duodenal, conversamos con el Dr. Cendán respecto a la táctica a desarrollar.

Fué entonces a él a quien se le ocurrió hacer una aspiración continua de acuerdo con un trabajo que había leído, y yo por mi parte tenía la convicción de que era la primera vez que se hacía la aspiración continua.

Creo que simultáneamente con el Dr. Cendán la había realizado también

Dr. García Capurro; es la idea que me había formado vagamente, sin tener sin embargo una noción concreta y precisa.

En estos días he pedido al Dr. Cendán que me dijera cómo se habían desarrollado los sucesos; y él me dijo que en realidad cuando él instaló esa aspiración continua, ésta no se realizaba en ninguna Clínica de los hospitales de Montevideo.

Hubiera querido que estuviese el Dr. De Chiara para que pudiese reconsiderar el asunto, porque pude haber cometido un error involuntario, pero en realidad no fué así y por lo tanto me interesaría que las palabras que yo digo se publicaran en alguna forma, si es que se van a publicar los comentarios. Hubiera querido que estuviese el Dr. De Chiara para que no hubiese **discusión unilateral**.

Dr. R. García Capurro. — Ya que el doctor Otero me ha nombrado, diré que recuerdo haber conversado con el Dr. Cendán sobre este tema.

Recuerdo que la primera aspiración continua la puse en una fístula duodenal en una enferma operada por litiasis biliar en la sala 16 en el Hospital Pasteur. Es un caso que traje a la Sociedad de Cirugía en un trabajo que yo presenté sobre aspiración continua; estoy seguro que en esa historia está la fecha en que hice la primera aspiración continua. No sé si fué anterior o no a las de Cendán pero puedo traer la fecha si les interesa.

Al leer el acta, el Dr. Etchegorry hace la aclaración de que ya en el año 1917 se hacía la aspiración continua en la Clínica del Profesor Nario, cuando era Jefe de Clínica del Servicio del Profesor Navarro.

Dr. De Chiara. — Como en la última sesión yo no tuve la suerte de estar presente, me felicito de estarlo en este momento, para intervenir en el debate, y más me felicito de haber escuchado las palabras de una persona como el Dr. Etchegorry, que nos acompañó como consejero mayor en la Clínica en la cual yo me formé, durante mucho tiempo. Vale decir que en este caso sus palabras me eximen de seguir insistiendo sobre lo que yo dijera en la sesión que motivó la aclaración del Dr. Otero. Para afirmar aún más diré que el procedimiento de la aspiración continua en las fistulas digestivas altas, fué motivo de la tesis de doctorado del Dr. Nario (1917), tesis que está publicada en los Anales de la Facultad de Medicina y que está publicada además en un tomo que se titula: "Contribuciones anatómicas y clínicas", y que le ha sido reconocida la paternidad fuera del país. El Dr. Leoni Iparraguirre tiene un trabajo publicado en la Semana Médica Argentina, en el año 1938, donde, precisamente, realiza el elogio de esa técnica.

Yo creo que cuando se habla de aspiración continua, se habla de un procedimiento; dentro de ese procedimiento hay distintas maneras de aplicarlo.

El Dr. Nario, en 1917, cuando publicó su tesis, utilizaba el procedimiento del sifonado aspirativo, pero cuando fué alumno de la Clínica, en el año 1935, se había dejado el sifonaje, porque se había incorporado a la Clínica, la

trompa de agua; ahora, aplicamos la aspiración eléctrica, y no sé si en el año 1952 se hará la aspiración atómica, pero no debe decirse que el procedimiento cambie porque se agregue un complemento más al dispositivo; lo que permanece en pie es el concepto fisiopatológico de que se curan las fistulas digestivas provocando la aspiración continua del jugo; eso es el principio, la base del método, no los elementos coadyuvantes, para la mejor aplicación de la física a los recursos terapéuticos de la medicina.

Dr. Otero. — Como ha habido aclaraciones que pueden prestarse más o menos a confusiones, quiero aclarar lo que dije la vez pasada y definir cuál es mi posición. La sesión pasada yo dije lo siguiente: repito exactamente lo que dije: con motivo de un enfermo que yo había operado de gastrectomía, que había quedado con una fístula duodenal, yo le pedí al Dr. Cendán, o mejor dicho, hablamos con el Dr. Cendán sobre cuál era el mejor procedimiento para tratar este enfermo.

En aquel momento, en la Clínica del Profesor García Lagos se venía haciendo uso de sustancias especiales como fragmentos de carne para taponar el cráter y que la pared no se dirigiese por el jugo gástrico; y yo personalmente, no conocía en aquel momento, que se hablara o se citase en ningún lado en nuestro medio sobre el tratamiento de la fístula duodenal por la aspiración continua; si existía yo lo ignoraba en absoluto.

La aplicación del procedimiento fué hecha por el Dr. Cendán, lo estudió y lo encontró en una revista, y me aclaró que cuando lo hizo tenía la conciencia de que no se hacía en ningún lado en Montevideo. De manera que la primera persona que aplicó la aspiración continua fué en ese caso el Dr. Cendán; eso fué lo que yo dije.

Ahora voy a agregar algo: el Dr. Etchegorry y el Dr. De Chiara dicen que el Profesor Nario en 1917 ya la hacía, queriendo decir como si yo viniera a hacer un descubrimiento hecho ya en aquel año; que el Profesor Nario en el año 1917 aplicó el procedimiento de sifonado, que llaman de aspiración continua, que no lo es, porque una cosa es el sifonado y yo he leído el trabajo del Dr. Nario, y que es diferente de la aspiración continua. No es cuestión de mecanismo ni de aparato diferente; es cuestión de un procedimiento diferente para poner completamente en seco la herida en todo momento mediante una aspiración activa.

Ahora bien, desde que ese trabajo del Profesor Nario se hizo, se gestó hasta el momento en que aplicamos el procedimiento de aspiración continua mediante trompa de agua, yo ignoro que otras personas lo hayan aplicado; en la Clínica nuestra no se aplicaba, que yo lo sepa.

Permítaseme que yo diga la verdad, porque en aquel momento parecía que yo decía algo incierto a conciencia; esa es la impresión que a mí me hizo. De manera que voy a decir con claridad la impresión que en aquel momento me hizo: yo no creo que en una sociedad científica se deban hacer afirmaciones en el aire y se pretenda desmentir a personas honestas de una manera más o menos irónica. A pesar de que no hubiera deseado llevar la discusión al terreno de la violencia, digo que creo tener razón,

y me baso en la afirmación de una persona honrada como el Dr. Cendán que afirma que en ningún lado se realizaba aquella técnica, y reclama para nosotros, de una manera completamente categórica, la iniciativa de ese procedimiento y su aplicación en nuestro ambiente como realidad absoluta, y lo digo en estos términos, porque creo que es absolutamente cierto lo que digo y, si no es cierto que venga alguno que afirme lo contrario.

En aquella oportunidad el Dr. Cendán habló con el Profesor Nario quien lo felicitó por su importante trabajo y comentaron juntos el procedimiento del sifonado que está citado y jerarquizado en nuestra comunicación infcial.

Y me extraña que el Dr. De Chiara diga que la aspiración continua se aplicaba antes de nuestro trabajo, cuando tengo entendido que el Prof. Nario felicitó al Dr. Cendán por haber tenido aquella iniciativa.

