

minar con el sinnúmero de otros cuadros con ese fin. Injertos de suero, fresco o conservado, músculo, epiplón, materias inertes, etc., y con muy buen resultado en cavidades producidas por la exéncsis de grandes secuestros óseos.

Y si pensamos en el mecanismo de la extirpación, no podemos menos que aceptar gustosos un procedimiento que consiste en dar a la cavidad un medio tal, como la sangre, capaz de coagular, organizarse invadida por el tej. conj. joven y transformarse después en un porvenir más o menos próximo en un callo perfecto.

---

Presentado en la Sesión de 27 de Mayo de 1931

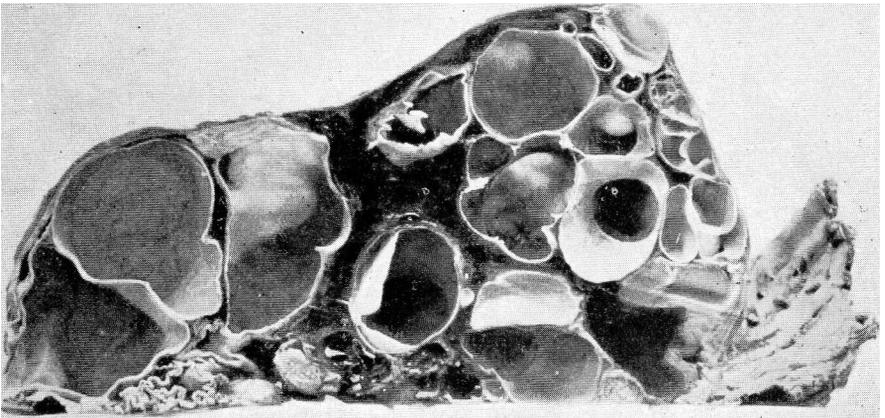
Preside el Dr. Stajano

*Hidatidosis peritoneal secundaria sub-diafragmática*

Por los Dres. JUAN C. DEL CAMPO y JUAN C. CASTIGLIONI

El protocolo de autopsia que pasamos a relatar, corresponde al cadáver de N. N., a quien la última operación le fué practicada en el Servicio del Prof. Mérola, a quien le agradecemos vivamente el habernos enterado del caso y cedido las piezas anatómicas.

Se trata de un sujeto demacrado, con vientre enormemente abombado y gran ensanchamiento de la base del tórax, tanto del lado de-



recho como del lado izquierdo. Presenta dos cicatrices antiguas de laparotomías supra e infraumbilical; a izquierda y por arriba del ombligo hay un orificio fistuloso por donde sale pus. A derecha hay una

cicatriz de laparotomía paramediana derecha supra e infraumbilical, cuyos extremos están ampliamente abiertos mostrando la pared posterior de quistes hidáticos.

Es sumamente difícil entrar en cavidad peritoneal libre, pero se consigue después de atravesar una capa de unos ocho centímetros de espesor formada de pequeños quistes hidáticos.

Levantada la pared abdominal anterior se constata que en toda su extensión está tapizada por esa capa de quistes de pequeño diámetro, unos supurados otros hialinos, de tal manera, que es imposible caer en cavidad peritoneal libre sin pasar a través de estos quistes.

La región submesocólica de la cavidad peritoneal hasta la pelvis exclusive, estaban relativamente libres, Había adherencias entre ansas intestinales, una que otra adherencia con la pared anterior y un par de quistes yuxtamesentéricos del tamaño de una naranja.

Es fácil separar el estómago y el colon de la pared abdominal anterior. Pero es imposible entrar entre ésta y el hígado. No se encuentra el gran epiplón (probablemente resecaado en una operación anterior).

En el espacio lateromesentérico izquierdo, entre la raíz del mesenterio, el colon descendente y el colon transverso hay tres o cuatro quistes grandes como un puño. El decolamiento coloparietal los deja por detrás, pero un decolamiento más profundo permite separarlos del fascia renal; son quistes retromesocólicos (se vieron bien los vasos pasando por delante) y pre o mejor dicho pararenales.

Estos quistes se continuaban por detrás y arriba del mesocolon transverso con quistes periesplénicos.

Entre la raíz del mesenterio, el colon transverso y el colon ascendente, hay varios quistes de tamaño variable, retroperitoneales, con situación idéntica a los señalados del otro lado y continuándose por detrás del mesocolon transverso con quistes perihepáticos.

Agregaremos que hacia afuera la capa de quistes retrocólicos se continuaba hacia ambos lados con la capa de quistes que tapizaba la pared abdominal anterior.

En el hipocondrio izquierdo el bazo está rodeado de quistes, los superiores en contacto con el diafragma, los inferiores en continuidad con los retromesocólicos izquierdos. Dos penetran en el parénquima y podrían ser tomados si fueran únicos, como quistes primitivos del bazo.

En la pelvis por debajo del ansa iliaca que la tapizaba se encontraron varios quistes.

La logia hepática se resolvió sacarla en conjunto para estudiarla en cortes. Es interesante el aspecto del diafragma derecho visto de la

cavidad pleural; está considerablemente levantado por un gran número de quistes que separan las fibras del diafragma.

De las piezas se hicieron dos cortes frontales a corta distancia uno del otro. El aspecto de estos cortes es fantástico, todos los cortes de cavidad que se ven en la fotografía (alguno de ellos podría dar lugar a dudas), pertenecen a quistes. Todos ellos rodean el parénquima hepático; aun aquellos, que aparecen separados de la periferia por una delgada capa de hígado un poco más allá del corte llegan netamente a ella.

No creemos que halla lugar a dudas sobre la interpretación; sólo la hidatidosis secundaria consecutiva a la rotura de un quiste hidático puede explicar todo lo que tenía el sujeto y no creemos que sea posible poner sobre el tapete en un caso así ni la infestación masiva ni la vesiculación exógena.

La simple constatación del estado de su hígado hace pensar que no había otra disyuntiva que la terminación fatal.

Los enfermos de esta categoría mueren de diferentes maneras, pero esta es la habitual; es una muerte por caquexia en cuyo establecimiento la insuficiencia hepática desempeña el papel principal.

Episodios agudos, unas veces pulmonares, otras hepáticos, casi siempre post operatorios, dan fácil cuenta del resto de vitalidad de estos sujetos. Uno de nosotros ha podido reunir a este respecto, un número suficiente de casos para justificar un estudio de conjunto que hace buena falta en este punto de la hidatidosis secundaria peritoneal.

Es indudable que llegado al estado del caso actual, las posibilidades quirúrgicas de curación quedan prácticamente reducidas a nada.

Y si a pesar de todo son llevados a la mesa de operaciones es para no decretar friamente la muerte a más o menos largo plazo del enfermo. La fragilidad de estos enfermos es sorprendente.

Hace varios años, el Prof. Prat, quiso iniciar en una enferma de la sala Cirugía B, en la cual la hidatidosis peritoneal, elevaba ambos diafragmas hasta la tercera costilla, el tratamiento operatorio de sus quistes; la simple evacuación de un quiste adherido a la pared abdominal anterior, intervención hecha con anestesia local, precipitó la muerte de la enferma que se hizo en menos de 24 horas, a consecuencia de un proceso pulmonar agudo.

Otro enfermo, también del Prof. Prat, F. M., de la sala Maciel, a cada pequeña intervención con anestesia local, hacía episodios de insuficiencia hepática, con ictericia, razón por la cual, el enfermo, que se daba perfecta cuenta de la situación, resolvió esperar tranquilamente el fin de sus días.

En casos personales menos avanzados que los anteriores, episodios de insuficiencia hepática estuvieron a punto de terminar con la vida de los enfermos.

Quiere decir, pues, que llegado a cierto punto, no se vé que tentativa sería podría hacerse en favor de estos enfermos.

Pero, si se revisan las historias se anota que muchas veces, la mayoría, han visto al cirujano meses o años antes de llegar al estado actual.

Han sufrido mismo tres o cuatro intervenciones pero en ninguna e ellas se ha tenido en cuenta la hidatidosis perihepática.

La causa principal de esta actitud, en la cual hemos caído siguiendo la corriente, es que se aconseja ir en primer lugar a los quistes pelvianos, los cuales exponen al sujeto a accidentes de compresión.

Pero los accidentes de compresión pelviana, sobre todo los de las vías urinarias que son los más temibles, son fácilmente diagnosticables para quien quiera buscarlos y nadie discutirá en presencia de una compresión ureteral dificultando el funcionamiento renal, la necesidad urgente de liberar esos uréteres.

La fórmula conocida de ir en primer lugar a los quistes pelvianos es, pues, la generalización de una indicación operatoria que cuando verdaderamente existe se presenta con gran claridad y es indiscutible, pero que en los otros casos no responde a las necesidades del enfermo.

Habitualmente el cirujano después de tratar los quistes pelvianos trata los quistes abdominales que se ofrecen fácilmente a la vista y a la palpación. Mientras tanto los quistes perihepáticos y principalmente los subdiafragmáticos se siguen desarrollando sin exteriorizarse mayormente clínicamente. Y es esta otra causa por la cual se les trata tardíamente.

No voy a insistir mucho sobre la sintomatología clínica; al fin de cuentas hay que buscar todos los síntomas de una hepatomegalia.

Presento la radiografía de tres casos; son radiografías hechas en inspiración forzada, es decir, al revés de lo que se acostumbra; en esta forma el diafragma se aplica sobre los quistes subyacentes y éstos se ponen de manifiesto. La radioscopia que hacemos previamente y que da mayores datos que la radiografía por la multiplicación de las incidencias, pone bien de manifiesto, la necesidad de la inspiración forzada para que aparezcan ciertos quistes.

En el primer caso vemos un quiste único, último resto de una siembra peritoneal ya tratada.

En el segundo, mientras un quiste de relativo tamaño levanta el

hemidiafragma izquierdo, un pequeño quiste inscribe su silueta sobre una sombra hepática grandemente aumentada. El pequeño diámetro del quiste hace pensar que no es él causante único ni principal de la hepatomeglia. Esto, y la insuficiencia hepática que presentó a raíz de una intervención por hidatoperitoneo me hace pensar que estamos frente a un caso similar al de la autopsia.

En el tercer caso, la evacuación de un enorme quiste que ocupaba todo el lóbulo derecho del hígado, ha permitido la visualización radiográfica de un quiste de siembra que se encuentra adherido al diafragma (topografía anotada operatoriamente)

Descartada por lo rara esta última eventualidad, aunque el neuromoperitoneo permitiría reproducirla, quedan los otros dos tipos como modalidades de lo que se vé en estos casos.

Hay aún tipos más complicados, pero no queremos insistir en esta comunicación. Queremos señalar únicamente el valor diagnóstico que podría tener la segunda modalidad, es decir, quiste pequeño levantando su silueta sobre una gran sombra de hepatomeglia, ella sola debiendo bastar para hacer pensar en el diagnóstico de hidatidosis subdiafragmática secundaria.

De que con los rayos X se pueden poner de manifiesto algunos de estos quistes se sacaría una conclusión falsa si se llegara a considerar que hay que esperar a que haya signos radiográficos.

No es de ninguna manera así. Sólo la exploración operatoria resuelve el problema.

En resumen, y es esta la consideración de orden práctico que queremos señalar en presencia de un enfermo con hidatidosis peritoneal secundaria, descartada por la clínica y otros exámenes la existencia de una compresión ureteral, el cirujano debe hacer en primer lugar, una intervención alta, supraumbilical, ya sea mediana ya sea transversa derecha; en ella, además de tratar los quistes que sea posible, se tendrá como fin establecer una topografía lo más exacta de los quistes perihepáticos, estado de los espacios subfrénicos, etc., de manera de programar las intervenciones necesarias de acuerdo con el examen directo de las lesiones, lo que evita tener que esperar una exteriorización clínica fatal para el enfermo.