

SUMARIO

Consideraciones sobre un caso de hidatidosis secundaria del peritoneo por el Dr. H. Garcia Lagos.

Neumo-torax hidático, por el Dr. Victor Armand Ugór.

La raquimetría en las fracturas de la base del cráneo, por el Dr. J. Soto Blanco.

Presentado en la sesión del 27 de Mayo de 1931

Preside el Dr. Carlos Stajano

Consideraciones sobre un caso de hidatidosis secundaria del peritoneo.

Por el Dr. H. GARCIA LAGOS

Se publicará en los «Anales de la Facultad de Medicina»

Presentado en la sesión del 10 de Junio de 1931

Preside el Dr. J. M. Silva

Pneumo-torax hidático

Trabajo de la Clinica del Profesor H. Garcia Lagos

Por el Dr. VICTOR ARMAND UGON

Decíamos en un trabajo anterior: "Es muy posible que en nuestro país permanezca ignorada la etiología hidática en el grupo numeroso de los pneumo - tórax espontáneos que, casi automáticamente se etiquetan como tuberculosos".

Aportamos un nuevo hecho clínico que confirma esta aseveración.

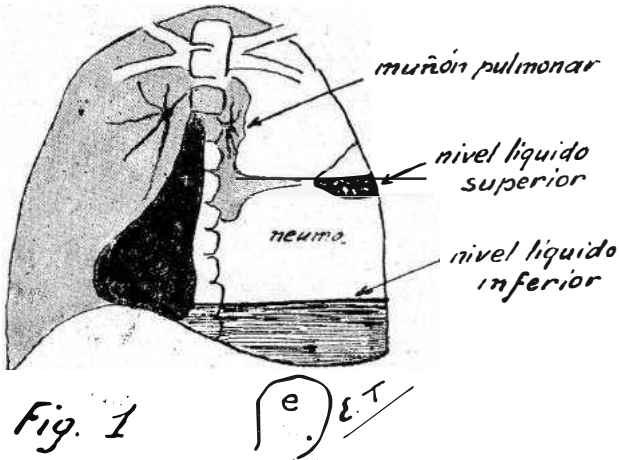
OBSERVACION

Mario S. . . , 14 años, uruguayo, procedente de Melilla.

Antecedentes familiares: Padre y dos hermanitos sanos. Madre portadora de un bocio simple.

Antecedentes personales: Enfermedades eruptivas propias de la infancia. Desde hace un año acusa, de tiempo en tiempo, "dolores de la base del hemitórax izquierdo", que nunca han sido intensos y que se aliviaban con fricciones analgésicas. Ni tos ni hemoptisis. Se ha desarrollado normalmente y pese a su edad tiene la talla de un adulto pesando 60 kilos. Ha vivido siempre en el campo.

Enfermedad actual: Se inicia el 1.º de Noviembre de 1930 por "dolores en la parte izquierda de la espalda", acompañados de tos seca con estado febril. Al examen, practicado por su médico, se constata: submacidez, roces pleurales con respiración disminuída en el tercio medio de la parte postero - lateral del pulmón izquierdo. Se diagnóstica córtico-pleuritis, verosimilmente de origen gripal. Al cuarto día de haber iniciado su cuadro pulmonar, siente, después de un golpe de tos, un dolor violentísimo en el hemitórax izquierdo, con tos, vómitos acuosos (?), fatiga. Esta fatiga es progresiva y se hace intensa, revelando el examen médico, practicado de urgencia, un síndrome inconfundible de pneumotórax total izquierdo. El estado general se hace alarmante por la intensidad de la disnea, haciéndose incontable el pulso. La tos se hace muy



penosa. En los días siguientes el enfermo trata de contenerla, se acompaña de escasos esputos muco purulentos, cuyo examen no revela Bacilos de Koch. El corazón muy desplazado se siente latir en la línea axilar anterior derecha.

Un primer examen radioscópico dá la imágen siguiente (Fig. N.º I), que se interpreta como un pneumo - tórax a presión con derrame a dos pisos; el derrame superior es de escasa importancia y se asemeja al clásico nido de golondrina de las pleuresías pneumo - torácicas tuberculosas. Llama la atención que es difícil independizar el derrame superior del cono pulmonar adherente a ese nivel. El derrame inferior es también de escasa importancia. Existe gran desplazamiento mediastinal. Se resuelve practicar una toracentesis para extraer aire, que efectivamente se encuentra bajo fuerte presión positiva, pues rechaza vivamente el émbolo de la jeringa. El alivio es inmediato aunque transitorio; en los días subsiguientes se renueva el pneumo - tórax a válvula,

con su cuadro dramático: gran taquicardia, dolores torácicos violentos, disnea intensa, cianosis; todo se tranquiliza extrayendo aire. En los períodos de acalmia el estado general no es malo, el enfermo puede levantarse pero su salud declina lentamente. Se punciona la colección líquida interior dando un líquido citrino, no constatándose en él microbios ni elementos anormales en el examen microscópico practicado: nuevas punciones dan los mismos resultados. La temperatura oscila entre 36° y 38°. Expectoración casi nula sin Koch.

Una nueva radioscopia practicada un mes más tarde muestra un pneumo - tórax total izquierdo con escaso líquido inferior, donde existía un derrame de 2.º piso en la radioscopia anterior sólo se notan, al parecer adherencias del cono pulmonar colapsado a la parrilla costal. Es visto en varias consultas por su médico de cabecera Dr. Siage con distintos colegas. Todos los consideran tuberculoso, insistiendo algunos en la necesidad de encontrar Bacilos de Koch para poder ser afirmativo.

Finalmente una nueva punción muestra que el líquido se ha vuelto puriforme conteniendo algunos cocos. La piel al nivel de la extremidad anterior de la 10.ª costilla izquierda se edematiza, enrojece y duele. El Dr. Siage resuelve hospitalizar su enfermo en el Sanatorio Español y nos llama de urgencia para ver su enfermo cuyo estado es muy grave. Con los datos que anteceden suministrados por su médico, pensé, antes de ver el enfermo, que sólo dos etiologías: la tuberculosa o la hidática podían explicar este síndrome de pneumo - tórax con derrame a dos pisos, en su primera faz — y luego a un solo nivel — con poca cantidad de líquido citrino y que “muy tardíamente vira a la purulencia”. La tuberculosis era poco verosímil por la falta de antecedentes familiares y personales y por las investigaciones repetidas y negativas de Bacilos de Koch. La hidática, por el contrario, era más aceptable por el síndrome de pneumo - tórax a presión y sospeché que la imagen hídrica superior, interpretada como un derrame pneumo - torácico suspendido en la primer radioscopia podía corresponder a un quiste periférico a medio vaciar en la pleura ya que difícilmente se lograba separar esa imagen del cono pulmonar.

Examen del enfermo: El interrogatorio confirma los datos suministrados. No ha habido ni vómica ni urticaria. Estado general malo. Pulso 140 pequeño e irregular. Temperatura 37°. Disnea intensa. Su estado de nutrición es próximo a la caquexia. Pesa menos de 40 kilos. Dos éscaras glúteas. El examen respiratorio dá a la inspección: un ensanchamiento e inmovilidad del hemitórax izquierdo. Se ve latir el corazón en la línea mamilar derecha, en el 4.º espacio. Supresión de vibraciones con sonoridad timpánica del lado izquierdo. Macidez declive

que llega hasta la 9.^a costilla, macidez totalmente desplazable con los cambios de posición del enfermo. Colocando una mano en la parte anterior del tórax y percutiendo la parte posterior del mismo lado izquierdo hay una sensación neta de ola; esta percusión practicada en el límite de la macidez dá una sensación parecida al gorgoteo. Hay dolor exquisito a la presión en la extremidad anterior de la 10.^a costilla con ligero edema y enrojecimiento de la piel en esa zona. La auscultación dá un síndrome tubo - anfórico total izquierdo muy neto en los golpes de tos. La palpación del abdomen no revela nada de anormal.

La radioscopia suministra los datos siguientes: pulmón derecho

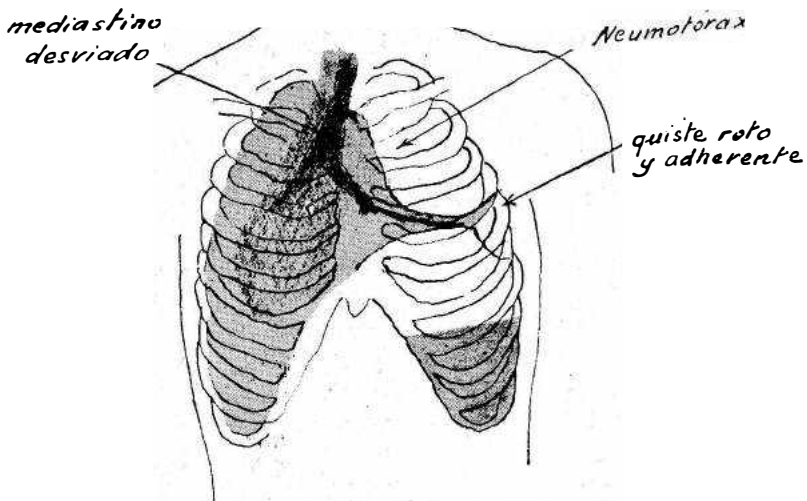


Fig. 2. - Neumotórax hidático sofocante

normal; pneumo - tórax total izquierdo con fuerte desviación del mediastino a derecha, con hernia mediastinal anterior, dextro - cardia; se ve un solo nivel líquido inferior de poca importancia. El muñón pulmonar izquierdo está apelotonado sobre la columna, de él parte un cono pulmonar que se afina hasta volverse lineal, adhiriendo a la parrilla en la zona latero - posterior izquierda, sobre la 7.^a costilla por un ramillete de 3 a 4 bridas divergentes. (Esquema N.º 2, radiografía N.º 3702). Volviendo a examinar el derrame vemos que "presenta pequeñas irregularidades en su superficie con refuerzos de opacidad en el líquido subyacente"; inclinándolo lateralmente al enfermo para suprimir los latidos cardíacos transmitidos, se puede observar comodamente el fenómeno que acabamos de describir. Era el síntoma descrito por Lagos García como patognomónico del pneumo - quiste - hidático del pulmón con el nombre de síntoma del "camalote" (Figs N.º 2 y 3). Buscamos vanamente en el

muñón pulmonar visualizar el anillo opaco de un quiste roto. Sólo existe una zona sospechosa a nivel de las adherencias pleuro - pulmonares. En fuerte inclinación lateral, para desplazar el líquido que cubre el diafragma, podemos ver que éste está convexo hacia el abdomen presentando el fenómeno de Kienbok (respiración paradógica). Las radiografías tomadas de frente y perfil son lamentablemente malas, lo que es excusable si se tiene en cuenta la ausencia del radiólogo en ese día festivo y la disnea intensa del paciente. La indicación operatoria era urgente y formal, pero para mayor documentación practico un Cassoni que es fuertemente positivo.

Intervención: 1.º de Enero de 1931 a las 8 de la mañana. Dr. Armand Ugón y A. Siage.

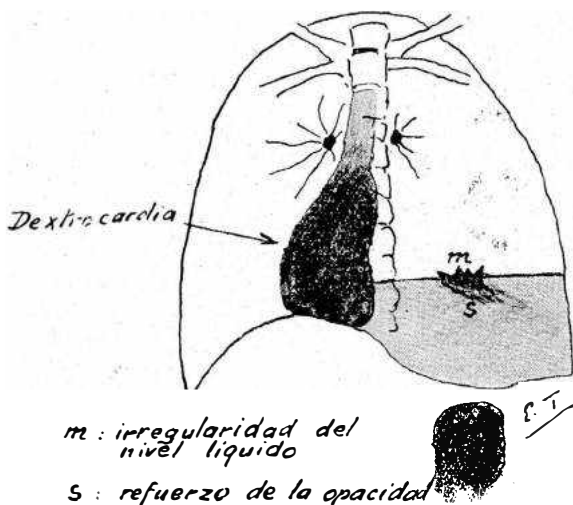
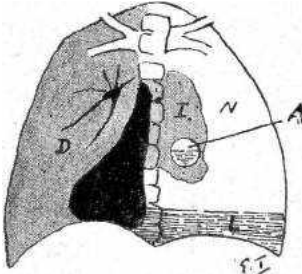


Fig. 3

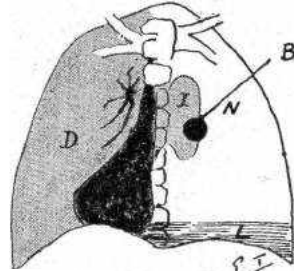
Posición de Jockey de Lamas. Anestesia local y troncular. Resección de la 10.ª costilla sobre la línea axilar posterior. Punción de la pleura al bisturí sale gas bajo presión, se ensancha la brecha pleural extrayéndose un litro de pus bien ligado, con numerosos grumos de fibrina, que luego al examen revelan pneumo - cocos abundantes como si fuera un frotis de cultivo (Amorín). Respira un grueso bronquio en la cavidad pleural. A pesar de no haber salido la membrana hidática resolvemos colocar un grueso tubo de drenaje para no prolongar la intervención en un paciente gravísimo. En los días subsiguientes pensamos con ayuda del toracoscopio y clamps hacer un inventario de la cavidad pleural y extraer la membrana.

Post operatorio: El enfermo reacciona bien a la terapéutica tónica.

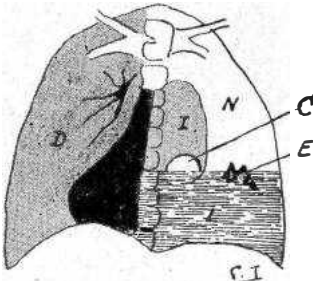
A los dos días se halla muy mejorado y se renueva la curación. Retiramos el drain pleural, hacemos toser al enfermo y recogemos en una compresa una membrana hidática desgarrada, blanquecina, bien conservada, respondiendo a un quiste del volúmen de una cabeza de feto. La mejoría del estado general es rápida y a los 15 días, previo examen radioscópico y



A: Imagen redondeada hidroaéfrica en el muñón pulmonar.

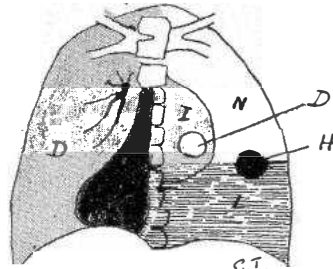


B: Imagen redondeada en el muñón colapsado. Neumotorax paralizadico?



C: Media luna clara descansando sobre el nivel líquido.

E: Membrana flotando en el líquido.



D: Visualización del anillo claro de la periquística

H: Hidátide vagabunda?

- C: Corazón desviado
- D: Pulmón derecho
- I: Pulmón izquierdo colapsado
- N: Neumotorax
- L: Líquido

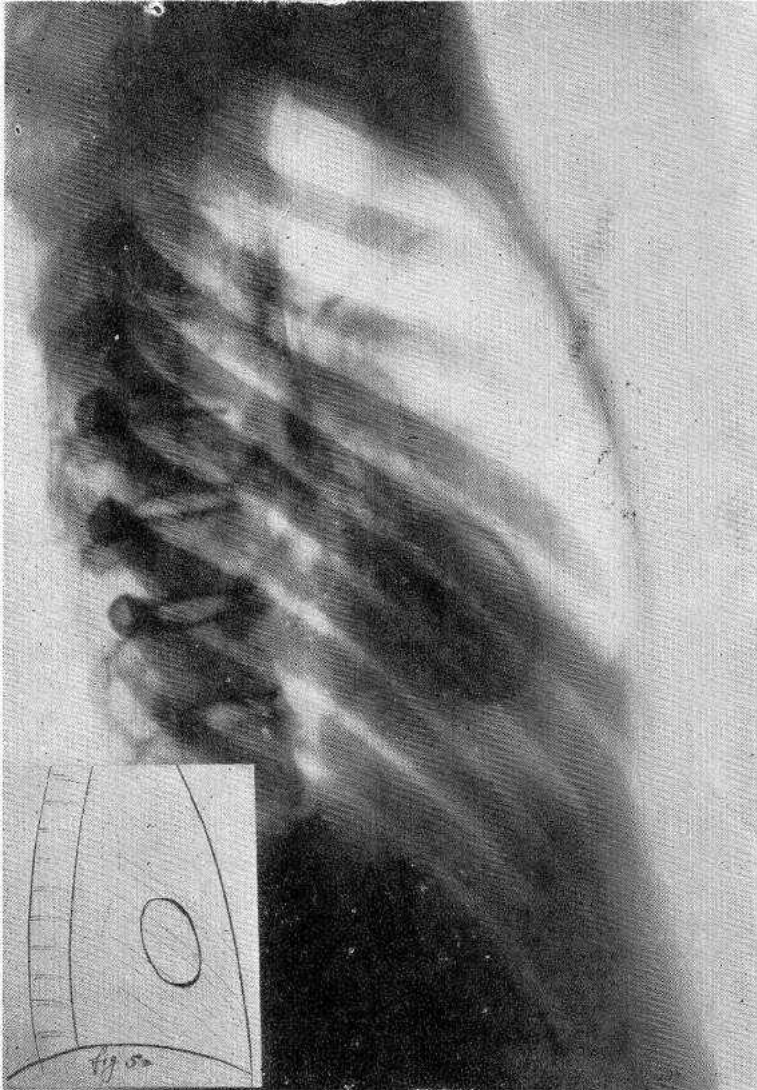
Fig. 4

radiográfico, el enfermo vuelve a su domicilio. En las radioscopías y radiografías practicadas al abandonar el Sanatorio, tampoco se obtuvo la visualización de la peri - quística. Se vé en la placa 3729 que ha disminuído el desplazamiento mediastinal y que el pulmón izquierdo se ha reexpandido algo. Al mes de operado sobreviene un síndrome de ileus paralítico discreto con elevación térmica mostrando la radioscopia una pequeña retención pleural, causa de estos trastornos.

2.ª Intervención: Con anestesia local incidimos el espacio subyacente a la costilla reseca, introduciendo un tubo de drenaje a roza-

miento fuerte y para evitar el dolor post operatorio alcoholizamos los dos intercostales vecinos.

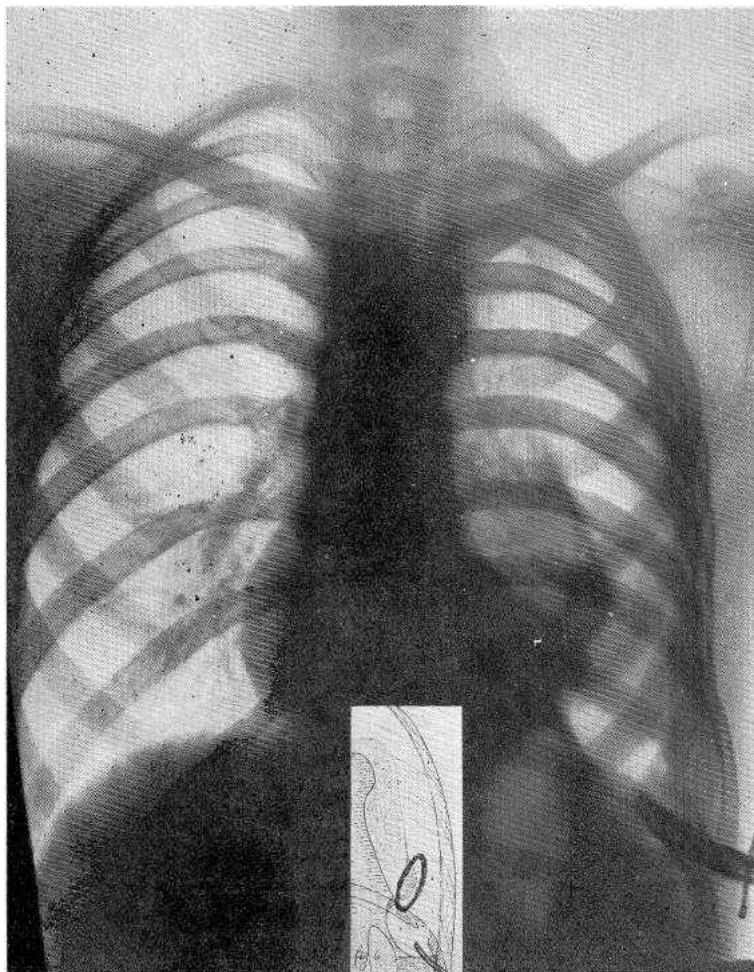
Aquellos síntomas retrocedieron rápidamente después del drenaje correcto, reanudando su convalecencia. Resolvemos carrelizar la pleura



para aseptizarla y ver si se puede retirar luego el drenaje para favorecer la presión negativa endo - pleural obliterando el tórax, para facilitar la reabsorción del aire pneumo - torácico, no alimentado ya por la perforación pulmonar, que ha cicatrizado. En efecto "si el pulmón no se reex-

pande será indispensable una amplia toraco - plastia para suprimir la cavidad supurante”.

En la serie de films, que a nuestro pedido toman los Drs. Barcia y Caubarrère, a los dos meses de operado, puede apreciarse el progreso de la reexpansión pulmonar y una radiografía de perfil completo aparece la imágen ovalar nítida de la periquística. Reperado el quiste en la radio



lateral, es fácil seguirlo y localizarlo, gracias a las incidencias progresivas, en la placa frontal; su situación era lateral con tendencia a posterior, limitado entre 4.^a y 5.^a costillas anteriores, 8.^a y 9.^a si contamos las posteriores. Era la primera vez “que el quiste buscado pero invisible a la radioscopía se visualizaba en la placa”. A pesar del espesamiento

pleural visceral, creemos que la reexpansión pulmonar es posible. (Figs. 5 y 6).

El estado general mejora, la apirexia es completa, no hay respiración brónquica y el drenaje se ha vuelto inútil. Resolvemos suprimirlo a los tres meses de operado cerrar el tórax.

En Mayo el enfermo ha aumentado 20 kilos, la escoliosis compensadora de origen pleural que era muy marcada, disminuye con la gimnasia respiratoria. No presenta ningún trastorno funcional, habiendo reanudado sus actividades.

Nuevas radiografías permiten apreciar el progreso de la reexpansión pulmonar, la casi desaparición del pneumo-tórax, el mediastino y corazón están en su sitio, los espacios intercostales izquierdos son aún más estrechos que los correspondientes del lado derecho. El diafragma ha subido, estando más elevado que el derecho, contrariamente a lo normal. Persiste la imagen anular neta de la peri-quística del viejo quiste. La toraco plastia es ya inútil y podemos preveer una restitución casi integral del pulmón izquierdo.

CONSIDERACIONES

En la evolución del quiste hidático del pulmón izquierdo, podrían sobrevenir dos variedades de pneumo-tórax (Dèvé):

I.—El **pneumo-tórax hidático** caracterizado por la ruptura de un quiste en la cavidad pleural, con irrupción de aire, elementos hidáticos: líquido, membranas, vesículas.

II.—El **pneumo-tórax para-hidático** individualizado por la irrupción de aire, sin elementos hidáticos ocasionado por la ruptura de una vesícula de enfisema en la periferia del quiste, y no por rotura pleural del quiste. Esta variedad, debe ser demostrada: de la primer variedad conocemos unas 40 observaciones publicadas, algunas de las cuales son discutibles, lo que demuestra que es una complicación sumamente rara de la hidatidosis pulmonar. Son pocas las observaciones completas y utilizables para un estudio de conjunto. En los tratados clásicos de las enfermedades del aparato respiratorio no se cita al quiste hidático como agente etiológico del pneumo-tórax espontáneo. En la literatura médica nacional se encuentra tres casos: del profesor Morelli, otro en el Rapport al Congreso Médico del Centenario sobre el quiste hidático de pulmón en el niño por los Drs. Bonaba, Escardó y Pena y el tercero, presentado a la Sociedad de Medicina, en Abril de 1931, por el Dr. Castro, Jefe de Clínica del profesor Morelli. Estos dos últimos casos los creemos discutibles y, en el examen radiográfico hecho del tercer caso, no constatamos la presencia de pneumo-tórax, aunque a nuestra ma-

nera de ver, es un caso interesantísimo de equinococosis pulmonar metastásica, opinión que creo han aceptado los autores.

Pero, lo que nos mueve a traer esta observación a la Sociedad de Cirugía, no es el hecho de su rareza, porque conceptúo que las Sociedades Científicas no deban ser un museo de anomalías clínicas, sino, el hecho de gran interés práctico, de que sospechamos, **que en nuestro país permanece ignorada, en los pneumo-tórax espontáneos, la etiología hidática.** Existe demasiada tendencia a catalogar como tuberculosis todos los pneumo-tórax espontáneos, etiología que sólo hemos encontrado en un 60 % de los casos que hemos visto.

El pneumo-tórax hidático, sin embargo, utilizando las observaciones incontrovertibles para establecer su cuadro clínico, tiene una sintomatología franca que se repite con escasas modificaciones. En un enfermo joven, sin antecedentes pulmonares, sin vómita previa, aparece súbitamente, el síndrome de pneumo-tórax a válvula. La aparición de vómita hidática y de urticaria, aunque patognomónica, es poco frecuente. El pneumo a válvula una vez compensado evoluciona de una manera subaguda para matar por caquexia o sepsis pleural. Para establecer su diagnóstico, como dice Dévé, basta pensar para poder hacerlo, ya sea por el estudio del líquido (presencia de ganchos, ausencia de reacción de Rivalta al principio de la afección), por el examen radiológico y por las reacciones biológicas específicas.

El examen radiológico sólo ha sido practicado en contadas observaciones y, a pesar, de que el examen radiológico — dándonos imágenes netas anatómicas y topográficas, **no nos puede afirmar una etiología** — nos suministra elementos tan importantes y fundamentales que consideramos de interés insistir en él. Existe una sola observación **en que se visualiza la sombra redondeada de un quiste intacto dentro del muñón colapsado**, es la de Flores Estrada. En la observación de Hillemand, P. Chene, F. Soules, existe la misma imagen, aunque la sombra tiene bordes "estompés flou", que puede interpretarse como un absceso crónico (expectoración fétida desde hace 6 años, piotórax séptico a pesar de la integridad aparente de la imagen sospechosa de quiste). En este caso, sólo estaría apuntalado el origen hidático por un Cassoni positivo, lo cual es suficiente.

En otros, puede verse **el quiste a medio vaciar, con la imagen hidroaérea.** En nuestro caso, esta imagen fué erróneamente interpretada, por las adherencias periféricas que, fijando el quiste a la parilla, daban la imagen de "nido de golondrina". Otras veces, se ha visualizado en el muñón colapsado **la imagen circular u ovalar de la periquística** (como en la observación de Rodríguez Villegas). La radiografía en distintas incidencias es necesaria. Es interesante, de paso, hacer notar

la persistencia durante meses de la imagen de la perilística, a pesar del colapso del pulmón, lo que nos demuestra la **ineficacia** del pneumotórax terapéutico para colabar los quistes vomicados, terapéutica **contraproducente** quizás, y no exenta del gravísimo peligro de la perforación quística, en el espacio pneumo-terácico, como lo hemos constatado. Por último, **el examen radiológico del líquido puede darnos tres elementos explicados por la presencia de un cuerpo extraño flotando:** 1.º) la vagancia de la hidátide, visible en el líquido (Cignozzi), síntoma aun teórico; 2.º) irregularidades del nivel horizontal del líquido; 3.º) refuerzo de la sombra liquidiana en las zonas subyacentes a las irregularidades, síntoma descrito por Lagos García, con el nombre de síntoma del camalote y luego descrito también entre nosotros, por el Prof. Bonaba y Dr. Menéndez, como patognomónico del pneumo-quiste hidático del pulmón; **este síntoma lo hemos constatado, creemos por primera vez, en el pneumo-tórax hidático.**

Por último, creemos que en todo pneumo-tórax espontáneo es **necesario practicar, de una manera sistemática, el inventario endo-pleural utilizando el toracoscopio**, práctica que seguimos de un tiempo a esta parte y que no utilizamos en el caso relatado, por las precarias condiciones del enfermo.

BIBLIOGRAFIA

- Dévé, "Revue de Chirurgie". Año 1925. Pág. 81 a 125. Conteniendo bibliografía hasta 1925.
- Flores Estrada, "Los Progresos de la Clínica". Año 1916. Pág. 38 al 48.
- R. G. Anderson, "British Medical Journal". Año 1927. Pág. 760 al 761.
- Bacaloglu y Tanasesco, "Presse Medicale". Año 1921. Pág. 1522.
- Cignozzi, "Archivio Italiano di Chirurgia". Año 1926. Pág. 57 al 84.
- Rodríguez Villegas, "Semana Médica". Año 1929. Pág. 1697 al 1700.
- J. B. Morelli, "Revista Médica del Uruguay". Pág. 27 al 33. Año 1926.
- Hillemand, P. Chene, F. Soules, "Presse Medicale". Año 1930. Págs. 1626 a 1628.
- Bonaba, Escardó y Pena, Quiste hidático del pulmón en el niño. Report al Congreso Médico Centenario. Año 1930.
- Dévé, "Presse Medicale". Año 1931. Pág. 53 al 54.
- C. Víctor Armand Ugón, "Prensa Médica del Uruguay". Año 1930.
- Lagos García, "Semana Médica". Año 1924. Págs. 756 a 758.
- Patella, "Revue de Medicine". Año 1911. Pág. 587.
- Bonaba, Sociedad de Pediatría en "Anales de la Facultad de Medicina". Año 1925.
- Menéndez, ídem., ídem.

- G. Griffiths**, "Medical Journal" (Australia). Año 1927. Pág. 121 a 122.
- Durand**, Societé de Chirurgie de Lyon. "Lyon Chirurgicale". Año 1921. Pág. 126 al 129.
- Roux-Berger**, Rapport de Lecene Bull et Meus. Societé de Chirurgie de París. Año 1920. Pág. 6.
-

El Prof. Agregado Dr. V. Pérez Fontana tuvo la amabilidad de señalarme, en la sesión pasada, a raíz de mi comunicación sobre neumotórax hidático, la existencia de una observación del Dr. A. Gallinal, publicada en "La Facultad de Medicina", año 1897, N.º 3, de Abril 15, pág. 30 y 31; sobre "Pneumotórax por quiste hidático".

Considero que esta vieja e interesante observación — a pesar de algunas vaguedades en el texto — debe interpretarse a mi manera de vez, como un pnoneumoquiste transformado en pnoneumotórax por las punciones que se practicaron.

En efecto: existe un síndrome de derrame con soplo tubo anórico y sucusión hipocrática, pero por debajo de la macidez anterior, a la percusión, existe un **reborde sonoro, con voces como de pleuresía seca en la parte posterior e inferior**, con murmullo vesicular conservado en esa zona cerca de la columna. "Como el estado general fuera malo se le hicieron una serie de punciones sin que dieran el resultado que se buscaba", y luego, tiempo después, continuando un estado general malo, se le practicaron dos toracentesis extrayendo líquido seropurulento. Como no mejorara se le practica la operación del enficema en el 7.º espacio.

Post operatorio accidental, a los 15 días elimina una membrana hidática por la herida, sigue supurando largo tiempo, curando finalmente con una gran retracción del hemitórax izquierdo.

Presentado en la sesión de 10 de Junio de 1930

Preside el Dr. J. M. Silva

La raquimetría en las fracturas de la base del cráneo.

Trabajo realizado en la Clínica del Prof. Domingo Prat

Por el Dr. I. SOTO BLANCO

- 1.º—La existencia en estos últimos meses de varios casos de fracturados de base con sintomatología propia e interesantes.
- 2.º—Reglamentar la indicación de la extracción del líquido céfalo-raquídeo cuando y en que cantidad debe retirarse.
- 3.º—Poner la punción lumbar seguida de raquimetría en su verdadero sitio en el tratamiento de las fracturas de la base del cráneo.