

ente medio de cultivo microbiano y por otra parte su vecindad con la región perineal (año sobre todo) hace que las infecciones del foco (a pesar de la asepsia prolija) mismo del tipo gaseoso sean más frecuente que en otra región cualquiera. Por estas razones, y además por ser una intervención larga y traumatizante, creo que la osteosíntesis del fémur sea una operación con indicaciones propias y restringidas.

Estudio de una pieza de hidatidosis raquídea

Por los Doctores D. PRAT y J. C. CASTIGLIONI

La importancia anatomopatológica de una pieza de hidatidosis raquídea que nos ha tocado en suerte estudiar, unido a la poca frecuencia de esta afección, son las razones que nos han inspirado para presentarla a la Sociedad de Cirugía. Debemos ante todo agradecer al Dr. Carlos Brito Foresti su colaboración científica, pues debido a su gentileza podemos poner en evidencia ante esta Sociedad, las características fundamentales de la patología de la hidatidosis raquídea. De la obra de los Drs. Prat y Barcia, sobre hidatidosis ósea, hemos obtenido datos interesantes que facilitarán nuestra tarea.

La hidatidosis raquídea es bastante rara en nuestro país y a pesar de una búsqueda intensiva y completa, sólo hemos podido reunir doce casos. Como el total de casos de hidatidosis ósea en el Uruguay sólo alcanza a 24 observaciones, quiere decir, que el raquis está favorecido por la localización hidática, pues ella sola alcanza al 50 %.

Chaussier, en 1807, describió su primer caso de hidatidosis raquídea, que fué un encuentro casual de autopsia; luego fué Ollivier d'Angers, quien describió tres casos consecutivos. Berard, en 1850, hace el primer estudio importante de conjunto de la hidatidosis vertebral en el Diccionario en 30 volúmenes. Siguen a este trabajo, seis o siete observaciones aisladas y aparece en 1876 la interesante tesis de Bellencontre, en la que estudia 16 casos de hidatidosis raquídea.

Pintos Pasella, en Italia, y Houtang, en Francia, presentan dos observaciones, hasta que en 1886 Gangolphe publica su tesis de agregación en que estudia la hidatidosis ósea en general, analizando siete casos de hidatidosis vertebral. Este trabajo, es para la época, un verdadero monumento científico en la materia y que ha persistido como el trabajo clásico que señala el progreso en el estudio de esta enfermedad.

Varios casos aislados se publican hasta que Beltzer, en 1900, reúne



Fig. 1. — Corte sagital de la pieza de hidatidosis de la columna. Se observa la "vértebra blanca hidática" cuyo cuerpo está totalmente invadido por la hidatidosis, adelante se ve el saco y vesículas del absceso osifluente y atrás, la invasión del canal raquídeo por la hidatidosis.

en su tesis 45 observaciones de hidatidosis raquídea, donde se estudian los síntomas neurológicos de la afección.

En 1903 Lemos publica el primer caso de hidatidosis vertebral observado en la Argentina. Roffo en 1904 en Buenos Aires, presenta su

tesis dedicada a la hidatidosis de los huesos, de cuatro casos, tres son de la columna. Robin, de Lyon, discípulo de Gangolphe, presenta en 1916 una excelente tesis donde realiza un estudio de conjunto sobre la hidatidosis ósea basada en 122 casos. Barragué en 1917 presenta a la Facultad de Buenos Aires otra tesis sobre hidatidosis vertebral.

Mussio Fournier en 1918 presenta un caso de hidatidosis raquídea que es operado por P. de Pena. En 1921, P. de Pena presenta a la Sociedad de Pediatría de Montevideo un nuevo caso de hidatidosis raquídea. Aparecen, a continuación, dos tesis en Francia: Bagué (Lyon, 1922), Compin (París, 1923), y Beriel y Leriche tienen un caso.

Kenenté, de Argelia (1924), presenta su tesis, que es uno de los trabajos más completos que se conocen, sobre hidatidosis raquídea. Devé comunica a la Sociedad de Biología de París sus trabajos sobre equinococosis intra-raquídea experimental y en 1928 el mismo Devé publica en los Anales de Anatomía Patológica, de París, su importante memoria sobre la "Equinococosis vertebral". Ese mismo año, Camarier aporta una importante contribución al estudio de esta afección, con su memoria sobre "Hidatidosis raquídea", donde estudia principalmente las consecuencias neurológicas de la hidatidosis.

Simultáneamente, Castex, Camarier, Brachetto, Brian y Battro, publican en la "Prensa Médica Argentina" algunos casos de hidatidosis raquídea, que sirvieron de base al estudio de Camarier. En 1929, Grisel y Dévé, publican en la "Revista de Cirugía", de París, una intenerante memoria denominada el "Absceso osifluente hidático de origen vertebral, El Mal de Pott hidático". En este trabajo Grisel y Devé insisten nuevamente en lo que había adelantado anteriormente Devé sobre la confusión frecuente que se hace entre hidatidosis vertebral primitiva con los quistes paravertebrales; estableciéndose, además, que estas formaciones quísticas no son verdaderos quistes hidáticos, sino abscesos osifluentes hidáticos.

En 1929 Benhamou y Gainard presentan a la Sociedad de Neurología una comunicación sobre equinococosis intra-raquídea en la cual aceptan la hidatidosis ósea primitiva, pero también aceptan la hidatidosis endo y peri-raquídea primitivas.

En 1930 Georgel publica un interesante y completo estudio sobre "Equinococosis raquídea" con las ideas patogénicas originales de Benhamou y Gourard.

En Diciembre de 1931, Fossati en la Revista de la Tuberculosis del Uruguay, publica un trabajo sobre hidatidosis ósea, de cinco observaciones, dos son de hidatidosis vertebral. Finalmente, Urioste Schroe-



Fig. 2. — Vista de la cara antero lateral de la columna vertebral y superficie interna del tórax; se observa el absceso osifluente hidático paravertebral.

der y Piaggio Blanco en la Revista Médica del Uruguay, de Marzo de 1932, publican una comunicación sobre "Paraplejía por hidatidosis raquídea" con dos casos personales.

La anatomía patológica de la hidatidosis raquídea tiene complejidades que no están aún totalmente resueltas por clínicos y patólogos,

pero es evidente que se ha progresado mucho en su interpretación en estos últimos años. Nosotros nos limitaremos a considerar brevemente y a propósito de esta interesante pieza anatómica, algunos de los aspectos más salientes e interesantes de la hidatidosis raquídea.

La primer cuestión que abordaremos es la que se refiere a la denominación de la afección. Es corriente y esto muy especialmente en nuestro país, que los trabajos referentes a la patología ósea del equinococo, sean designados así: "Quiste hidático del hueso" o "Quiste hidático del raquis o de la columna vertebral". Hay que dejar netamente establecido que, de acuerdo con la patogenia y la biología del proceso patológico, no se puede dar un nombre más inapropiado y más inconveniente que ese. Por el rol sintético de esta comunicación no podemos ni debemos entrar en largas disquisiciones científicas sobre esta cuestión, pero debemos poner bien de manifiesto que la localización y evolución del equinococo en el hueso, se caracterizan por una infiltración microquística difusa, en virtud de la cual, las areolas de ese tejido son invadidas por las vesículas con evolución independiente o aislada de cada una de ellas, lo que ha hecho que se denominara, hidatidosis multilocular a este proceso de la equinocosis ósea. Como se ve, el parásito no presenta en el hueso la evolución que adopta en las vísceras toracoabdominales, con el aspecto típico del quiste hidático, sino por el contrario, la infiltración microquística difusa, razón por la cual no podemos denominar quiste hidático a este proceso, sino hidatidosis o equinocosis ósea. ¿Cuál de estas dos denominaciones debemos adoptar? Sería indiferente cualquiera de ellas, sin embargo preferimos el nombre de hidatidosis, porque es la vesícula hidática, producto evolutivo del germen equinococo, la que directamente realiza la infiltración y porque ese nombre es más preciso y especifica más la lesión, ya que indica que ésta corresponde a la generalización de las vesículas hidáticas. Por otra parte, el uso de la denominación equinocosis podría prestarse al equívoco, porque existiendo la forma alveolar, podríamos confundirla con ella, aunque no se ha registrado ningún caso de ese tipo de equinocosis en nuestro país.

La segunda cuestión que debemos estudiar en la hidatidosis raquídea, es el interesante y debatido problema de la hidatidosis primitiva y secundaria; es decir, la primera, que tiene su origen inicial en los huesos de la columna vertebral y la secundaria, la que naciendo en los tejidos blandos paravertebrales, invade secundariamente los huesos o cavidades del raquis, provocando las lesiones y trastornos de la hidatidosis primitiva.

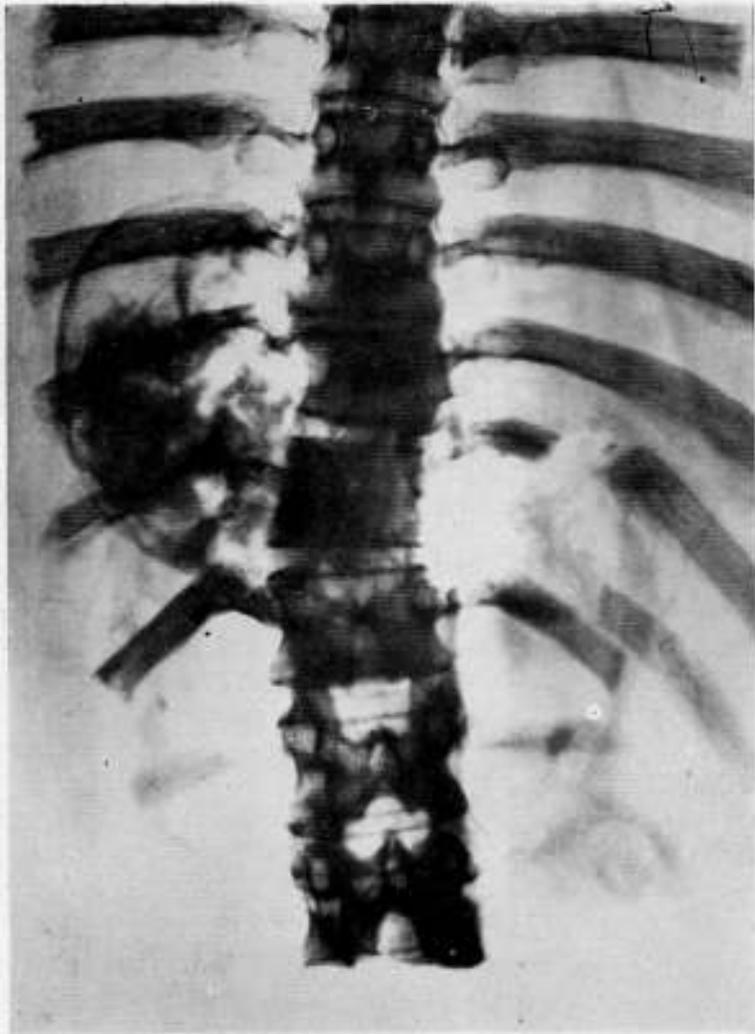


Fig. 3. — Radiografía antero posterior de la pieza de hidatidosis raquídea. A pesar de la total invasión de la vértebra equinocócica, sus contornos son bastante netos aún, y radiográficamente no se ponen de manifiesto las grandes lesiones de la hidatidosis. Se ve bien el contorno calcificado del absceso osifluente hidático.

Es curioso que este problema que se ha planteado para la hidatidosis raquídea no exista para los demás huesos, especialmente para los huesos largos, donde ni se ha discutido siquiera la cuestión y se admite la localización ósea primitiva del equinococo.

La opinión clásica admite que al lado de la hidatidosis vertebral

primitiva existe una hidatidosis secundaria, originada por quistes hidáticos primitivos paravertebrales, desarrollados delante del raquis en los tejidos prevertebrales, subpleurales o subperitoneales; otras veces, son a localización posterior en las masas musculares de las goteras vertebrales y que invaden secundariamente las vértebras y el canal raquídeo. Esta hipótesis data de 1807, desde que Chaussier al publicar su observación original, inició la historia de la hidatidosis vertebral. Olliver d'Angers refuerza esta opinión patogénica, pero es Belencontre, quien da publicidad a esta opinión. Scherb en 1900 hace revivir esta hipótesis y Borchardt y Rothmann en 1909, hacen clásica esta concepción en Alemania, opinión que aceptan luego varios autores europeos tales como: Guleke (1921), Bagué (1922), Zamato (1924), von Woerden (1927), de Lehmann (1928), Benhamou y Goinard (1929), Berial (1929) y muy recientemente Georgel (1930).

En la Argentina Castex, Camarier, Brachetto Brian y Battro, en 1927, en la Prensa Médica Argentina se declaran partidarios de la hidatidosis vertebral secundaria y más tarde Camarier, en su memoria sobre "Hidatidosis raquídea", acepta ese mismo criterio, no teniendo duda alguna de la existencia de la hidatidosis primitiva y secundaria, haciendo la salvedad de que las lesiones anatomopatológicas son esencialmente distintas en estos dos tipos de hidatidosis. No obstante, esta categórica aceptación, dice luego Camarier en el capítulo de anatomía patológica: "Los elementos anatomopatológicos son, sin embargo, insuficientes para permitirnos considerar como demostrada la segunda categoría de lesiones" (se refiere a la hidatidosis ósea secundaria).

Finochietto (R.) acepta también la hidatidosis raquídea secundaria. Nos creemos autorizados para opinar así, por este párrafo de su trabajo sobre "Quistes hidáticos interpleuroparietales" en la Semana Médica Argentina, de 1928: "Nada tiene de raro que las vesículas puedan, al igual que en otros tejidos u órganos, tener asiento en esa lámina conjuntiva (se refiere al espacio interpleuroparietal); y si en la literatura y en la casuística, ellos no figuran en mayor número, es que creemos que muy a menudo han sido confundidos con los quistes externos del pulmón y con los de la pleura y aún de las costillas y de las vértebras".

En lo que a nosotros concierne debemos declarar sinceramente que en nuestra larga práctica, nunca hemos encontrado un quiste hidático del tórax, en el que pudiéramos suponer que fuera primitivo del espacio interpleuroparietal. Es evidente que las confirmaciones operatorias en este sentido son difíciles, sino están contraloreadas por la

autopsia, pero tendríamos interés en conocer en esta cuestión particular, la opinión de nuestros colegas de la Sociedad de Cirugía.

Ante la opinión clásica de la hidatidosis vertebral secundaria, se



Fig. 4. — Radiografía lateral de la hidatidosis raquídea, con características semejantes a la radiografía anterior.

levanta la indiscutida autoridad que en hidatidosis posee Devé, quien se ha manifestado contrario a esa hipótesis y sostiene, por el contrario, que la hidatidosis vertebral es una hidatidosis ósea primitiva, que da corrientemente formaciones hidáticas intra-raquídeas y paravertebra-

les, que pueden y han sido tomadas como quistes hidáticos primitivos paravertebrales. Devé es tan categórico, que declara terminantemente que "no conoce ningún caso auténtico de equinocosis vertebral secundaria".

He aquí muy sintetizados los argumentos que parecen probar que la hidatidosis raquídea es primitivamente una lesión ósea vertebral.

1. La hidatidosis vertebral primitiva se acompaña habitualmente de formaciones hidáticas quísticas, quistes que han sido tomados como los quistes hidáticos primitivos que habrían invadido secundariamente las vértebras o el canal raquídeo por los orificios de conjugación.

Es difícil o imposible establecer con precisión la antigüedad de procesos hidáticos que han evolucionado en tejidos diferentes, pero Devé primero y Grisel y Devé después, han demostrado que casi siempre estos llamados quistes hidáticos paravertebrales son formaciones hidáticas consecutivas a una hidatidosis ósea.

2. De la presencia de los quistes hidáticos paravertebrales se ha concluido un poco a la ligera, que la causa de la hidatidosis vertebral era debida al quiste de las partes blandas, sin haberse investigado cuidadosamente y en todos los casos la lesión ósea que se ha considerado como inexistente. Muchas de esas comprobaciones han sido solo operatorias y ya sabemos cuán difícil es llegar a una confirmación anatómica absoluta en la compleja región raquídea, con la simple y deficiente investigación operatoria. La estadística honesta y concienzuda pone en evidencia cada vez más, la lesión ósea hidática primitiva. Las formas de hidatidosis intra-raquídea consideradas puras, han ido acompañadas casi siempre de la lesión ósea que había pasado desapercibida en un examen.

3. La hidatidosis paravertebral superficial puede invadir un hueso, como el aneurisma, el tejido óseo adyacente, es decir, rodeándolo o adhiriéndose una brecha geódica, pero nunca infiltrándolo como la hidatidosis primitiva. Sólo la hidatidosis puede invadir, o mejor dicho, infiltrar un hueso vecino, cuando entre uno y otro hay una estrecha unión ósea asociada a una sólida capa ligamento-perióstica que sirve de apoyo o sostén a la parasitosis hidática, para que pueda invadir el hueso vecino. Esto se observa en la invasión del sacro al coxal y de las vértebras a las costillas y vice versa.

4. Las formaciones hidáticas peri-raquídeas con la forma y la estructura del quiste hidático, que han sido consideradas por algunos como los quistes hidáticos primitivos que han invadido el hueso, son en su gran mayoría, abscesos o formaciones osifluentes hidáticos, pro-

ducto directo de la hidatidosis ósea y en manera alguna causa de la equinocosis vertebral.

5. La experimentación no ha logrado conseguir hasta la fecha la invasión o propagación ósea secundaria de un quiste hidático adyacente.

Estos argumentos fundamentales permiten asegurar el carácter de lesión ósea primitiva de la hidatidosis vertebral. Hay autores, sin embargo, que admiten la posibilidad de la hidatidosis ósea secundaria, para un muy limitado número de casos que un buen examen y un concienzudo análisis de los hechos, reduce cada vez más.

Tendríamos que estudiar ahora el absceso osifluente hidático, pero a fin de hacer más comprensible su estudio, empezaremos por describir las lesiones de esta interesante pieza de hidatidosis raquídea.

La pieza para su estudio ha sido desprovista de sus grandes vasos prevertebrales, aorta y cava, y luego seccionada sagitalmente en el eje central vertebral. Las fotografías simples y estereoscópicas establecen el aspecto de la pieza completa.

En el corte sagital se ve que la localización primitiva de la hidatidosis se ha hecho en el cuerpo de la 10.^a vértebra dorsal, totalmente invadido e infiltrado. Esta infiltración hidática, que evoluciona en forma latente y fría con muy poca o ninguna modificación inicial de la forma y del volumen, se pone bien de manifiesto a simple vista al contemplar el corte, porque la vértebra invadida es de color blanco que destaca netamente y por contraste con el color oscuro de las demás vértebras. Es la vértebra blanca de la hidatidosis en contraposición a la vértebra negra neoplásica de la radiología. Con el auxilio de una lente de aumento se ve que la vértebra presenta una infiltración microvesicular difusa, que en el transcurso de los años ha permitido su invasión total y la destrucción casi completa de todo el tejido óseo del cuerpo vertebral, respetando como es de regla en la hidatidosis, los discos intervertebrales. La palpación de esta vértebra blanca no da ya la consistencia normal del tejido esponjoso, sino una dureza sui generis que suena netamente al golpearlo con un objeto metálico y que creemos sea debido a la calcificación intensa de la hidatidosis.

Es de sorprender esta consistencia de la vértebra parasitada, sobre todo si adelantamos la constatación histológica, de que al microscopio se ve el hueso muy alterado y totalmente destruido, quedando sólo las membranas hidáticas entre pequeños fragmentos óseos. Ante ese hecho paradójal es que suponemos la calcificación de la parte in-

filtrada para explicar su dureza persistente, cosa que comprobaremos con el examen químico.

Del foco vertebral la hidatidosis ha invadido hacia atrás el canal vertebral, levantando el periostio y ha relleno el canal raquídeo por medio de pequeñas vesículas muy aglomeradas, que proyectan la duramadre y con ella la médula hacia atrás y afuera, comprimiéndola y deformándola completamente, dando los trastornos neurológicos que no entraremos a estudiar, pues salen del marco general de la hidatidosis ósea.

Adelante y a los lados de la columna vertebral, se ve una voluminosa formación hidática que tiene todas las características anatómicas del quiste hidático. La tumefacción es globosa o redondeada, de color blanco, de consistencia resistente, con líquido, membranas y vesículas hidáticas en su interior. Dos tumefacciones quísticas constituyen la formación hidática: una prevertebral y otra laterovertebral. La primera, situada delante de la columna, va de la 7.^a a la 11.^a vértebra dorsal, recubre la aorta y la cava y se extiende hacia la izquierda en el tórax, llenando el surco costovertebral izquierdo. Ella está formada por dos sacos quísticos, del tamaño de una naranja, el antero izquierdo y el otro, antero derecho, como una mandarina. Al corte, el saco quístico presenta una pared fibrosa, en partes calcificada. Tiene bien el aspecto de una adventicia quística y está recubierta adelante por los planos fibrosos prevertebrales y los gruesos vasos a los lados, por los mismos planos y, además, por la pleura, fascia endotorácica, etc. Al abrir transversalmente estos dos casos quísticos se ve que ambos comunican por un orificio anterior y mediano del tamaño de una moneda de cincuenta centésimos. Las cavidades, irregularmente redondeadas, están llenas de membranas hidáticas, vacías en su gran mayoría. Las hidátides son de tamaño variable, como un huevo de gallina o paloma, otras más chicas como una uva, algunas rellenas aún de líquido claro, pero, en general, la cavidad está repleta de membranas vacías, acumuladas y apretadas, que constituyen verdaderos conglomerados. Hay, también, en el interior, pequeños fragmentos óseos o secuestros. De la naturaleza del líquido nada podemos decir, pues la pieza había sido conservada en líquido formolado, que había penetrado ya en estos sacos quísticos. Extraemos todas las membranas del saco fibroso y entonces podemos ver ampliamente la pared profunda del absceso osifluente hidático, cuya parte lateral interna corresponde a la pared lateral izquierda de la vértebra blanca parasitada o sea la 10.^a dorsal. Esta pared es anfractuosa e irregular, desprovista en gran parte del

plano fibroso que forma la pared del saco quístico. Contra el hueso se ven formaciones quísticas vesiculadas, adherentes al hueso y que al extraerlas se comprueba que salen de canales óseos del cuerpo vertebral. Algunas vesículas, como pasas de uva, aplastadas y sin líquido, están en parte dentro del hueso y en gran parte exteriorizadas. En la cara posterior del saco quístico, se ve que la apófisis articular de la 10.^a vértebra y la cabeza y una gran parte de la 10.^a costilla, están invadidas, infiltradas y destruidas por la hidatidosis. La 10.^a costilla hace saliencia en la cavidad quística, está infiltrada y denudada, ha dado lugar a la formación de secuestros y presenta una fractura patológica. Inmediatamente, por debajo de la costilla, se ve en el ángulo costovertebral izquierdo, un orificio que da salida hacia atrás a un proceso diverticular posterior de la hidatidosis, que invade por aquí el canal raquídeo, los arcos posteriores y las apófisis espinosas, está invadida y destruida la 9.^a apófisis espinosa. Encima de este orificio está la 9.^a costilla también al descubierto y desperiostada, desde su articulación vertebral hasta 4 o 5 centímetros hacia afuera; costilla también invadida e infiltrada por la hidatidosis, pero no fracturada.

En el ángulo súperonterno del absceso osifluente, existe un divertículo, que perfora el espacio intercostal y da pasaje a vesículas hidáticas, que han constituido un nicho vesicular en la pared y que aparecen en el dorso del tórax, en el diedro formado por la masa dorso-sacro-lumbar y la parrilla costal muscular. Se exterioriza esta membrana hidática, que está aplastada y que desplegada corresponde al tamaño de una ciruela y que rellena totalmente una cavidad diverticular con varias logias incompletas, cuya pared está constituida por una capa conjuntiva, de la que se toma un fragmento para el estudio anatomopatológico. El aspecto de esta membrana hidática no es el de una membrana germinativa y, por lo tanto, creemos que la cavidad debe ser un nicho secundario formado por vesículas nacidas por vericulación exógena, como algunas de estas formaciones típicas que hemos encontrado en otros casos de hidatidosis vertebral.

Del otro lado del hemitórax, lado derecho, existe otra formación quística que corresponde a la parte derecha de la formación quística, que estudiamos y que fué seccionada por el corte mediano.

Este saco, atraviesa también un espacio intercostal, el 10.^o y hace su aparición como un quiste hidático en el dorso de la enferma. Esta formación quística, fué abierta en el primer examen de la pieza, de manera que nosotros sólo pudimos comprobar la presencia de membranas y vesículas en su interior, sin poder efectuar el estudio anatomopatológico completo, que hemos hecho del lado opuesto.

Como vemos por esta descripción, la formación hidática de nuestro caso de hidatidosis raquídea, es un absceso osifluente hidático, constituido por un saco fibroide, con tendencia a la calcificación y un contenido de vesículas, membranas hidáticas y secuestros, nadando el todo en un líquido seropurulento. Decimos que este saco quístico es una forma osifluente hidática, porque el contenido hidático proviene directamente de la hidatidosis ósea, estando la parte desnuda del hueso, en contacto directo con el saco, lo que permite el pasaje y acumulación de las hidátides y membranas en él; por lo tanto, el quiste osifluente hidático, estará siempre desprovisto de membrana madre germinativa. Estas formaciones osifluentes hidáticas tienen tal similitud con el quiste hidático, que a menudo se les ha confundido con quistes hidáticos paravertebrales, aún hoy día, médicos o cirujanos no prevenidos, pueden cometer esa confusión si no practican un examen metódico y concienzudo.

Terminaremos el estudio de esta interesante pieza de hidatidosis ósea con algunas sugerencias que la brevedad del tiempo de exposición nos obliga a presentarlas en una forma muy sintética.

Las vesículas y membranas hidáticas del quiste osifluente hidático proceden de la hidatidosis ósea, que son del tamaño de un grano de alpiste, una arveja, un grano de café o un garbanzo. En el hueso no se ve cavidad alguna, ni destrucción cavernosa, sin embargo las vesículas y membranas en el saco, son de un tamaño mucho mayor, una avellana, una nuez, una ciruela y mucho más grandes aún. ¿De dónde provienen, pues, estas vesículas y membranas? Evidentemente del foco óseo, pero en éste eran todas chicas, habrá que admitir entonces y al parecer nada se opone a ello, que las vesículas y membranas continúan en el saco osifluente, una evolución propia y aislada de cada uno de esos elementos y así se explica la diferencia de volumen que hay entre los elementos hidáticos del hueso y los del saco.

Se ha admitido clásicamente que la patogenia de la hidatidosis ósea se hace por vesiculación exógena, cosa que está bien de acuerdo con la infiltración aislada de las vesículas y la ausencia de membrana germinativa en las nidaciones quísticas. Ahora bien, es sabido que corrientemente las vesículas hidáticas óseas, se rompen por la acción de las agujas óseas, permitiendo que el contenido vesicular se vierta en el tejido en que están alojadas, como estas vesículas pueden ser fértiles, como lo ha comprobado el examen microscópico de algunas de las vesículas de esta pieza que contenían escolex, creemos que, biológicamente, nada se opone a que esos gérmenes den origen a hidá-

tides y entonces llegaremos a la conclusión de que en la patogenia de la hidatidosis ósea, puede ésta perfectamente desarrollarse por el mecanismo doble de la versiculación exógena y de la siembra hidática.

Más aún, el equinococo localizado en el hueso realiza la evolución propia y característica de la hidatidosis ósea, con las manifestaciones que acabamos de estudiar, pero preguntamos nosotros: cuando una vesícula exógena o un germen por siembra llega a un tejido peri-óseo, apropiado al desarrollo del quiste hidático, ¿no se desarrollará éste con las manifestaciones clásicas del segundo, hidatidosis del hígado o del pulmón? En nuestras investigaciones no hemos encontrado ninguna formación hidática que nos confirmara esta opinión, pero creemos que biológicamente no hay razón alguna que se oponga a esa evolución.

Wattson, citado en la obra de Dew, "Enfermedad Hidática", sostenía este criterio en el año 1895 y Dew admite lo mismo, pero conviene adelantar que este autor en su obra no habla de las formaciones osifluentes hidáticas, y cabe preguntarse entonces, si esta opinión no deriva de un error de interpretación por desconocimiento de las formaciones osifluentes.

Para terminar, deseamos llamar la atención de nuestros colegas de la Sociedad de Cirugía, sobre la colaboración necesaria para el estudio biológico de los problemas que acabamos de plantear y que no están definitivamente resueltos, pero estamos seguros que la incógnita se despejará definitivamente, con el estudio metódico y completo, de los pocos o contados casos que nos depare la casuística de la hidatidosis ósea.