

cosa que un ligero retardo de la evacuación cólica explicable en una constipada habitual.

Se trata, pues, por el aspecto anatómico y por la evolución de una úlcera simple del colon ascendente, caracterizada por un ataque agudo de vientre derecho que diagnosticamos apendicitis, porque era perfectamente lógico, aunque nos llamó un poco la atención la situación un poco alta del máximum de síntomas y que del punto de vista anatómico, aunque el examen haya sido incompleto, pues sólo pudimos ver la cara peritoneal, se traducía por una lesión limitada de espesamiento parietal (peritonitis plástica, con epiploítis de protección, traduciendo probablemente una perforación cubierta de la úlcera. De la sintomatología nos parece de interés hacer notar la evolución en dos tiempos, hecho ya señalado en algunas observaciones del trabajo de Soupault, "Revista de Cirugía", 1920.

En cuanto al diagnóstico él no fué hecho en nuestro caso como tampoco se hizo en otros y creemos que sólo en condiciones muy especiales pueda plantearse antes de la intervención. Sin embargo, el conocimiento de esta lesión, la noción de su comienzo a menudo súbito, traduciendo su perforación amplia o cubierta y la evolución rápida con los caracteres de una peritonitis localizada o generalizada, es particularmente útil cuando abierto el vientre el cirujano busca la causa del proceso peritoneal.

Esta noción hemos tenido oportunidad de aplicarla hace unos días frente a un enfermo, que ingresó en la guardia del Hospital Pasteur, con un síndrome de peritonitis generalizada cuya causa encontramos en una triple lesión ulcerosa aguda del colon transverso, caso que será objeto de una comunicación cuando el estudio completo nos permita llegar a alguna conclusión sobre la causa del proceso ulceroso cólico.

Presentado en la sesión del 11 de Noviembre de 1931

Preside el Dr. D. Prat

Quiste del páncreas. - Fístula pancreática.

Por el Dr. RAUL DEL CAMPO

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—No hay antecedentes de importancia.

Niño de nueve años que ingresa al Servicio de Medicina por un proceso pulmonar. Curado su proceso pulmonar es enviado a Cirugía, porque presenta un tumor del abdomen.

Examen.—No es posible determinar de que tiempo data su enfermedad. No ha presentado nunca perturbaciones gastrointestinales. Buen estado general.

mor epigástrico, lobulado en su parte media, que se extiende arriba hasta una línea horizontal que pasa por la décima costilla, abajo hasta la cicatriz umbilical, a la derecha se extiende hasta el hipocondrio derecho, a la izquierda invade el hipocondrio y flanco izquierdo.

Esta tumefacción que se palpa fácilmente es renitente, poco móvil, en el sentido vertical y transversal. No sigue los movimientos respiratorios. Es mate a la percusión y está rodeado por zonas sonoras. No hay frémito hidático. La piel es normal, no existe circulación complementaria. El examen radiológico practicado no permitió precisar diagnóstico de localización. La intradermo reacción de Cassoni fué positiva. El examen de san re dió como resultado: Polinucleares neutrófilos 74 %, eosinófilos 3 %, pequeños y medianos linfocitos 1 %, grandes mononucleares 4 %.

Examen de orina.—Albúmina 0.12 ctgrms. Leucocitos, glóbulos de pus, glóbulos rojos.

Aparato circulatorio normal, macidez y oscuridad respiratoria en la base pulmonar derecha.

Los datos clínicos y la reacción de Cassoni positiva nos permiten suponer el origen hidático del tumor sin precisar con exactitud la localización, pero sospechando sus relaciones con el hígado.

Agosto 24 de 1928.—**INTERVENCION.**—Anestesia éter, incisión paramediana sobre la tumefacción, sección de todos los planos hasta el músculo, separación del músculo de la hoja posterior de la vaina, incisión del peritoneo. Aparece en el campo operatorio el epiplón que se reclina, el colon está adherido a la tumefacción, es necesario prolongar la incisión hacia arriba y abajo para poder incidir el quiste. Es un tumor que tiene adherencias a los planos profundos, parece tener relación con la retrocavidad del epiplón, protegido el campo con compresas se punciona con trócar saliendo gran cantidad de líquido citrino (300 gramos), se llena la cavidad con solución de formol al 2 % durante cinco minutos y se evacúa. Se agranda la incisión, se seca la cavidad y no se encuentra membrana hidática. La exploración de la cavidad permite constatar sus relaciones con los planos profundos, se mansupializa colocando tubos de drenaje.

Agosto 28 de 1928.—Al practicar la curación salen unos 300 gramos de líquido seroso citrino.

Agosto 30 de 1928.—La curación se encuentra completamente empapada en el líquido de secreción quística.

Setiembre 18 de 1928.—Ha seguido hasta ahora segregando abundante serosidad por su cavidad quística. Ha aumentado la fiebre, tiene dolor en la garganta, al examen se constata exudado seroso en ambas amígdalas, principalmente, en la izquierda, hay ganglios ángulo maxilares. Pasa a Contagiosos.

Noviembre 30 de 1928.—Vuelve de Contagiosos. Estado general bueno, el quiste supura un poco, gasas teñidas en verde.

Enero 3 de 1929.—Por la herida operatoria drena un poco de líquido, se saca el tubo y se coloca una mecha.

Enero 17 de 1929.—Estado general muy bueno, ha mejorado mucho.

Mayo 26 de 1929.—Se colocó una laminaria.

Mayo 27 de 1929.—Se saca la laminaria porque tiene muchos dolores, con ella sale bastante cantidad de pus oscuro.

Junio 3 de 1929.—Desde ayer tiene fiebre alta. **Auscultación:** Se oye en la parte media del pulmón izquierdo un soplo tubario, percusión, fuerte disminución de sonoridad en esa región.

Junio 5 de 1929.—Estado general regular, sigue disneico, pulso rápido, pero bien golpeado, 120; macidez en el un tercio inferior de los dos pulmones. **Auscultación:** Se oye el soplo tubario en la parte media del pulmón izquierdo, debajo hay gran disminución del murmullo vesicular. En el pulmón derecho hay disminución del murmullo vesicular en la base.

Mayo 29 de 1929.—Radiografía N. 10.001.—**Abdomen** (lipiodol): Fístula y cavidad bastante profunda. Detrás del colon transverso a izquierda de la columna lumbar.

Julio 23 de 1931.—**INTERVENCION.**—Et : Laparotomía mediana contorneando el orificio fistuloso. Se reseca la piel de la vecindad. Sección de todos los planos hasta el peritoneo, se agranda el orificio fistuloso y se explora palpándose en el fondo, un órgano que tiene los caracteres y consistencia del páncreas. Existen adherencias de las asas delgadas al colon transverso; existen, además, numerosas bridas que van de la pared a las vísceras, asas delgadas han pasado a través del mesocolon. Como no es posible disecar el trayecto de la fístula, ni extirparlo, se anastomisa a una asa delgada. Lavado al suero fisiológico y sutura de la pared en dos planos. Se hace examen anatomopatológico de una parte de la pared quística extirpada.

Julio 24 de 1931.—Pasó bien la noche, hoy tiene un vómito porráceo; no tiene temperatura, pulso 120 bien golpeado. **De tarde:** Suero a la Murphy, pulso regular 120, lengua saburral, húmeda; tuvo un vómito bilioso, temperatura 37 2/5.

Julio 25 de 1931.—Pasó la noche un poco excitado, no tuvo más

vómitos, pulso no presenta modificaciones con relación al día anterior, lengua saburral y húmeda, se continúa suero a la Murphy, tiene dolores, movió el vientre. **De tarde:** Pulso 124, bien golpeado; lengua húmeda, tuvø vómitos color marrón.

Julio 26 de 1931.—Pulso 124, tenso; no tiene más vómitos, orina bien, lengua húmeda. Se inicia la alimentación, jugo de frutas.

Julio 27 de 1931.—Herida operatoria bien, buen estado general, movió el vientre, duerme bien: leche por cucharadas.

Julio 28 d 1931.—Sigue en el mismo estado.

Julio 29 de 1931.—La curación está ligeramente manchada de sangre y pus, se sacan los puntos, sigue alimentándose con leche.

Julio 30 de 1931.—Se sacan los puntos, sale pus oscuro, piel decolorada. Estado general bueno.

Agosto 9 de 1931.—Herida mejorada, tiende a cicatrizar. Buen estado general.

Agosto 14 de 1931.—Tiene dolor en la región lumbar, tiene dolor y ligera defensa en el flanco izquierdo; bolsa de hielo, dieta, temperatura.

Agosto 24 de 1931.—Vientre bien, no hay dolor a la palpación.

Radiografía, N.o 14.349.—Intestino: retardo en la evacuación de las asas delgadas, irregularidades en el llenamiento del colon.

Setiembre 5 de 1931.—Sigue bien, herida cicatrizada, se alimenta.

Setiembre 16 de 1931.—Nueva radiografía: el mismo resultado.

En la observación que antecede se relatan hechos clínicos poco frecuentes que vamos a comentar.

La tumefacción operada no es otra cosa que un quiste pancreático fistulizado después de marsupialización. Sus relaciones evidentes con el órgano comprobado por la exploración intraquística y sus relaciones anatómicas, permiten corroborar nuestra afirmación. Falta en nuestra observación el examen del líquido quístico, pero el estado de las paredes de la fístula y las lesiones de la vecindad del orificio parecen comprobar su origen pancreático. No ha sido hecho el examen de la función pancreática, pero no ha existido glucosa en las orinas.

La edad del enfermo, la poca sintomatología que caracterizó el proceso, la no existencia de perturbaciones anteriores a la aparición del tumor, que hayan revelado la existencia de la lesión pancreática nos inducen a admitir que se trata de un quiste congénito.

El examen anatomopatológico afirma la existencia de una pared fibrosa densa, doblada en parte por manojos musculares. Por dentro existe corión laxo-vascular que presenta, en ciertas zonas, epitelio cilíndrico o cilindro cúbico monoestratificado. En algunas regiones el

epitelio falta y está reemplazado por tejido de granulación. Existe infiltración difusa mononuclear linfocitoide más marcada en el corión. En el borde del fragmento existe un conducto excretor pancreático.

Este dato anatomopatológico destacando la existencia de una pared propia con las características anotadas, confirma nuestra opinión de que se trata de un quiste congénito del páncreas. La conducta terapéutica a seguir pudo haber sido en la primera intervención la extirpación total o la marsupialización. Obtenemos por esta última, porque la existencia de adherencias a las vísceras vecinas y a los planos profundos hacían imposible la extirpación.

La marsupialización deja siempre trayectos fistulosos que cicatrizan excepcionalmente, obligando a practicar el abocamiento de la fístula en uno de los órganos del aparato digestivo. Tal es lo que ocurrió en nuestro caso. Las adherencias a las vísceras vecinas y las modificaciones anatómicas de la región, después de la primera intervención, no nos permitió disecar la fístula.

Intentando entonces la anastomosis lateroterminal del trayecto fistuloso a un asa delgada con el resultado satisfactorio mencionado. Aconsejado al principio por algunos.

El tratamiento conservador de la fístula consiste en establecer régimen dietético y evitar la digestión de la piel por una sonda introducida en el trayecto fistuloso y prescribir medicamentos que tiendan a disminuir la secreción glandular. Se agrega por otros la radioterapia.

Sin experiencia sobre el tema, nos limitaremos a exponer el criterio general de los autores sobre tratamiento médico y, especialmente, de Bordat, quien en sus tesis afirma que los regímenes y medicamentos preconizados están basados en concepciones teóricas ni ciertas. Agrega, Bordat: la fisiología del páncreas sano y más aún del páncreas patológico y portador de una fístula, son demasiado mal conocidos, de ahí que toda terapéutica médica se considera como empírica. Los casos en los que la terapéutica ha fracasado, han sido numerosos. El tratamiento quirúrgico consistirá en la anastomosis de la fístula a un órgano hueco del aparato digestivo. La pancreatogastrotomía ha sido la intervención practicada por la mayoría de los cirujanos.

Han sido publicadas numerosas observaciones en las que la implantación de la fístula se hace indistintamente: en el estómago, intestino, vesícula biliar.

Jedlick, Gutiérrez, Corachan, Capello, anastomosan la fístula al estómago, Ombredanne al intestino; Henle y Villaret, menciona una observación en la que la anastomosis se hizo a una asa delgada. Heiman menciona tres observaciones en las que practicó el abocamiento a la ye-

yuno. A juzgar por los casos publicados, los resultados de estas intervenciones parecen satisfactorios, pero ella, como lo afirma Bordat, no está exenta de accidentes serios.

Nuestro enfermo ha tolerado muy bien la intervención. Han transcurrido tres meses y no ha presentado ninguna perturbación funcional.

Presentado en la sesión del 2 de Diciembre de 1931

Preside el Dr. D. Prat

Pseudo litiasis biliar por quiste hidático del hígado.

por el Dr. B. VARELA FUENTES
Trabajo de la Clínica del Dr. A. Lamas

El dolor producido por el quiste hidático del hígado ha sido analizado por numerosos autores, sobre todo después de la comunicación de Quenu, en 1910 (1), sobre este tema. Antes, se había atribuído poca importancia a este signo, admitiéndose que en la mayoría de los casos el quiste evolucionaba sin dar lugar a molestias locales de importancia (ver bibliografía en el trabajo de Quenu). Sólo Mac Laurin (3), había señalado la presencia de dolores intensos en el curso de la afección, sin que existiera una hidatidosis clara de las vías biliares. Quenu reunió una serie de observaciones propias y de otros autores, y demostró la frecuencia del dolor en el quiste hidático del hígado, que puede asumir caracteres muy variados, pero que en ciertos casos aparece en forma de crisis periódicas de dolores violentos, con todos los caracteres clásicos del cólico que acompaña a la litiasis biliar. En algunos casos aparecen después del dolor, fiebre e ictericia más o menos intensas; la simulación del cólico hepático de la litiasis es entonces perfecta. Estos casos fueron reunidos por Quenu bajo la denominación general de "**seudolitiasis por quiste hidático del hígado**".

La hidátide hepática puede desarrollarse hasta adquirir gran tamaño sin provocar ningún dolor y es así como la tumoración abdominal puede ser descubierta por azar, sin que ninguna molestia hubiera llamado hasta entonces la atención del enfermo. Este es el caso habitual en el niño, según la descripción hecha por Morquio y Pena en 1913, basada en el estudio de 116 observaciones del Hospital Pereira Rosell (4). En el adulto, en cambio, el dolor es muy frecuente, como lo hace notar Prat (5), en su trabajo de 1913, sobre los quistes hidáticos en el Uruguay. En general, son las molestias del hipocondrio derecho las que llaman la atención del enfermo sobre esta región y lo inducen a consultar.