

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.

Quenu describió dos tipos principales de dolor: 1.º) dolor difuso del hipocondrio derecho, con sensación de distensión o pesadez permanente de esta zona; esta es la modalidad más frecuente. En general el dolor data de poco tiempo y es evidente que la tumoración quística existía ya mucho tiempo antes; el dolor se ha agregado al cuadro, debido a alguna complicación del quiste.

2.º) El dolor que aparece de una manera intermitente, a veces durante años con los caracteres típicos del cólico hepático. Estos enfermos son tratados durante largo tiempo como litiásicos, desconociéndose el verdadero origen del mal y es recién cuando el quiste adquiere gran desarrollo que se hace accesible a la observación clínica, rectificándose entonces el diagnóstico y el tratamiento de la afección.

Nosotros hemos podido observar algunos casos típicos de esta pseudolitiasis por quiste hidático. He aquí un breve resumen de dos observaciones:

1.º) Olivia M. de A., 32 años; desde hace tres años, cólicos hepáticos típicos, repetidos, irradiados al hombro derecho. Después de algunas crisis dolorosas, el médico notó subictericia, con orinas muy oscuras, sin fiebre. Durante dos años y medio tratada como litiásica. Hace seis meses aparece un engrosamiento difuso del hígado. El examen radiológico demuestra las deformaciones características del quiste, en el hemidiafragma derecho. Cassoni positivo. Eosinófilos 16 %. Operación (Drs. D. Lamas y A. Chifflet). Gran quiste de la cara anterosuperior del hígado, que se aborda por vía torácica anterior. Contenido hialino, sin bilis. Vías biliares intactas.

2.º) He aquí una observación típica que debo a la amabilidad del Dr. Rubio: Señor J. B., 42 años. Desde hace quince años cólicos hepáticos violentos seguidos algunos de ictericia. Hace tres años cólicos continuos, diarios, del tipo vesicular, con defensa muscular localizada durante veinte días, sin fiebre; cede con hielo. Se constata entonces un engrosamiento localizado del hígado en la región vesicular. Se sospecha la posibilidad del quiste hidático. Doce días después fiebre alta con chuchos, que obligan a intervenir, encontrándose el quiste de la cara anterior, supurado. No se pudo explorar la vesícula; pero, en los tres años que han transcurrido después le la operación no ha sentido más dolores de cólico de la región vesicular.

No insistiremos aquí sobre la descripción clínica de estos casos de pseudolitiasis por quiste hidático; todos nuestros cirujanos han tenido seguramente oportunidad de observar casos semejantes a los que acabamos de citar.

Ivanissevich (2) hizo, en 1927, una estadística sobre la frecuencia

relativa de la formaseudolitiásica del quiste hidático del hígado, basándose en el análisis de 184 casos de la Clínica de Arce, de Buenos Aires. En 35 casos, no existía ningún dolor hepático; en 101, los dolores eran oien marcados, pero no del tipo cólico hepático y, en 47,es decir, en 22.2 % de los casos, los dolores eran del tipo del cólico y los casos correspondían al tipo de laseudolitiasis.

Para orientarnos sobre la frecuencia en nuestro país de estos diferentes tipos, analizamos 100 historias de quistes hidáticos del hígado, pertenecientes a las Clínicas de los Profs. Lamas y García Lagos, del Hospital Maciel, y del Prof. Prat, del Pasteur, además de las que corresponden al Sanatorio de los Drs. Lamas y Mondino. Sólo utilizamos las historias donde se menciona especialmente si existían o no dolores y cuál era su carácter. Subdividimos los casos en cuatro grupos:

1.º Casos en los que se menciona expresamente la ausencia de dolores abdominales .....	22 casos
2.º Existían dolores poco marcados del epigastrio o hipocondrio derecho, o molestias de carácter dispéptico	33
3.º Dolores intensos del hipocondrio derecho, algunas veces del izquierdo, con irradiaciones lumbares o a la espalda, pero sin el carácter propio de los cólicos hhepáticos típicos .....	30
4.º Formaseudolitiásica franca .....	15

Encontramos, por consiguiente, un 15 % de casos que corresponden al tipo de laseudolitiasis. Nuestra proporción es algo más baja que la encontrada por Ivanissevich en Buenos Aires; pero, es evidente, que la clasificación de un caso determinado entre los grupos 3.º y 4.º, ofrece a menudo dificultad y esto puede muy bien hacer variar las cifras respectivas.

Conviene, por consiguiente, insistir sobre la frecuencia relativa en nuestro país de estos casos deseudolitiasis de origen hidático; hay que tener presente esta posibilidad en el diagnóstico de las afecciones vesiculares.

Existen casos deseudolitiasis en los que el reconocimiento del origen hidático de la enfermedad es particularmente difícil, pasando desapercibido aún durante la intervención operatoria. Chauffard (6), en su trabajo sobre el tema, cita el caso de un colega operado por litiasis biliar, en el que se encontraron libres las vías biliares durante la operación, no viéndose tampoco ninguna otra cosa que pudiera explicar el origen de los trastornos. Se hizo colecistostomía. A los 15 días con

motivo de una reacción pleural se puncionó atrás el tórax y se retiró en vez de líquido pleural esperado, una gran cantidad de líquido hidático. El quiste fué operado entonces por vía posterior.

Nosotros encontramos una observación semejante: Venancio P., de 30 años, sufre desde hace 6 meses de dolores intensos periódicos, como cólicos hepáticos. Diagnóstico de litiasis biliar. Operación: Vesícula distendida sin cálculos; colédoco libre. Hígado y páncreas de aspecto normal. Colectostomía. A los 3 días aparecen restos de membranas hidáticas en la curación. Persisten los dolores. Se aborda entonces el hígado por vía posterior descubriéndose un gran quiste.

Estos dos casos demuestran con toda evidencia hasta donde puede ser difícil en algunos casos el reconocimiento del origen hidático del falso cuadro de litiasis biliar que presenta el enfermo.

### ORIGEN DE LOS DOLORES DE COLICO EN LA FORMA SEUDO-LITIASICA DEL QUISTE HIDATICO DEL HIGADO

Este es el punto a que deseamos referirnos más especialmente, aportando algunos datos originales que pueden contribuir a aclarar este problema. El punto ha sido ya ampliamente discutido por los autores que se han ocupado del tema; resumiremos aquí las opiniones vertidas:

En primer lugar hay cólicos hepáticos de origen hidático sobre cuyo origen no hay duda alguna: nos referimos al caso de la hidatidosis de los canales biliares gruesos, con vesículas o restos de membranas dentro del colédoco dilatado, ya sea a consecuencia de la ruptura de un quiste en las vías biliares o a consecuencia del desarrollo primitivo de un hidátide dentro de los canales biliares, posibilidad aceptada por Chauffard (6). En estos casos hay obstrucción más o menos completa del colédoco con dilatación del canal y, además, inflamación de sus paredes por acción irritativa del líquido hidático o por infección secundaria microbiana. La obstrucción se acompaña, por consiguiente, de angiocolitis; hay a menudo ictericia con fiebre y chuchos. A este grupo de casos pertenecen las observaciones ya antiguas, de Lejuje (7), 1857; de Graux-Hayem (8), 1874; de Black George (9), 1887, de Westerdick (10), 1877; de Conti (11), 1897 y de Beyer (12), 1904.

También es claro el origen de los cólicos seguidos de ictericia en los dos casos de Tuffier (13), en los cuales el colédoco estaba comprimido directamente por un quiste del lóbulo de Spiegel. Otro tanto se puede decir de los casos en los cuales se encuentra además del quiste hidático, una litiasis vesicular, que existió en 5 % de nuestras observaciones.

El punto en discusión es el que se refiere al origen del dolor, en

Los casos de quistes que no parecen comprimir las vías biliares y que no demuestran tampoco signos evidentes de apertura secundaria en las mismas; en este grupo de casos, la vesícula y el hepatocolédoco aparece intactos durante la intervención a pesar del síndrome deseudolitiasis.

Mac Laurin (3), en 1909, basándose en un número grande de observaciones, admitió el rol preponderante de la éstasis vesicular en la producción de estos cólicos. Anotó la frecuencia con que la vesícula aparece dilatada, sobre todo en los quistes de la cara superior del hígado y atribuía la éstasis vesicular a la compresión del cístico por acomodamiento del canal a causa del descenso del hígado provocado por el quiste.

Quenu (1), en 1910, comentando ampliamente los datos de Mac Laurin no niega la posibilidad de este origen de los cólicos; pero cree que sea excepcional; para él, la causa principal estaría en la inflamación de la pleura o del peritoneo vecinos del quiste. En algunos casos en los que no se encuentra ninguna placa de peritonitis o de pleuritis localizada, atribuye los cólicos a la penetración de líquido hidático, tóxico, en las vías biliares, por simple exudación a través de la membrana intacta del quiste.

Castex (14) discute el punto en su tesis del profesorado de 1913, sobre "el síndrome coledociano en la hidatidosis", y acepta los dos mecanismos de la compresión directa de las vías biliares extrahepáticas por los quistes cerrados de la cara inferior o la apertura del quiste en las vías biliares con angiocolitis secundaria.

Chauffard (6), en 1917, en su trabajo sobre "las formas dolorosas del quiste hidático del hígado", acepta la posibilidad del pasaje frecuente de líquido hidático, por exudación simple hacia las vías biliares ya admitido por Quenu, como mecanismo habitual de producción de los cólicos en los casos deseudolitiasis, sin ruptura del quiste en las vías biliares. Al referirse al modo de acción del líquido hidático, supone que éste provoque por su contacto con la mucosa de los canales biliares un **reflejo biliovesicular**, que trae el espasmo de la túnica muscular lisa de la pared vesicular.

Devé (15), en 1919, estudia una serie de observaciones de la bibliografía, reuniendo 140 casos deseudolitiasis con historias clínicas detalladas. Cree que con los datos presentes en ellas se puede afirmar que en la mayoría de los casos hubo ruptura del quiste en las vías biliares.

La conclusión que saca Devé, es la de que en más de 95 % de los casos deseudolitiasis hidática, los cólicos se deberían a la ruptura previa de un quiste en un canal biliar. Debemos decir, sin embargo, que

la lectura de las tres comunicaciones presentadas sobre el tema a la Société de Biologie por Devé, no contienen datos suficientes como para convencer al lector, sobre la evidencia de las conclusiones que saca su autor.

La tesis de Devé ha sido retomada por Ivanissevich (2) en el trabajo ya mencionado. Acepta este autor la hipótesis de Devé por creer que la ruptura parcelar de un quiste, en un canal biliar, debe ser mucho más frecuente de lo que se admite habitualmente. Fuera de los casos de ruptura con gran eliminación del contenido quístico en las vías biliares y, por consiguiente, con las heces (hidatidentería), están las pequeñas eliminaciones poco ruidosas, reconocibles solamente después de una búsqueda prolija en las heces o mejor aún en el líquido duodenal obtenido por el sondaje. Este hecho es bien exacto; nosotros encontramos también dos casos en los que los escólex típicos fueron hallados sólo durante el examen microscópico del sedimento del jugo duodenal y sólo en un sondaje no repitiéndose el hallazgo en otros sondajes ni en las heces del mismo enfermo. Se trata, por consiguiente, de rupturas muy pequeñas que pueden pasar desapercibidas clínicamente y comprobadas con nuestros medios de exploración sólo por azar. Además, insiste Ivanissevich sobre la frecuencia de la colerragia intraquística antes de la apertura quirúrgica del quiste o después de ésta, lo que sería otro indicio de una comunicación preexistente entre la cavidad del quiste y un canal biliar.

Es necesario reconocer que los datos en que se basa la tesis de Devé y que acepta Ivanissevich, para explicar la génesis de los cólicos de laseudolitiasis de origen hidático, son perfectamente exactos y que la apertura del quiste por efracción de su membrana debe ser mucho más frecuente de lo que se supone habitualmente. Pero, creemos, que puede ser exagerada la suposición de que en todos los casos de pseudolitiasis sea éste tan sólo el mecanismo original del dolor de cólico, aun cuando el quiste es hialino, sin bilis, y cuando las investigaciones repetidas del líquido duodenal o de las heces, no demuestre la existencia de la hidatidentería.

Resumiendo las opiniones emitidas vemos que se ha aceptado sucesivamente el origen siguiente para los dolores de laseudolitiasis hidática: **éstasis vesicular** (Mac Laurin); **peritonitis o pleuritis localizada periquística** (Quenu); **exudación del líquido hidático a través de la membrana intacta, hacia los canales biliares** (Quenu y Chauffard), con irritación de la mucosa de los mismos y espasmo secundario de la musculatura lisa vesicular; **compresión directa de los canales por quiste**

tes de la cara inferior (Tuffier y Castex); **ruptura del quiste** en vías biliares, pequeña (Devé e Ivanissevich).

Nosotros hemos podido abordar el estudio de este problema desde un nuevo punto de vista, explorando el estado de la funcionalidad de la vesícula biliar, utilizando para ello los nuevos métodos de que disponemos actualmente: la colecistografía y la prueba de Meltzer-Lyón, en una serie de casos de quiste hidático del hígado a forma dolorosa.

Los resultados obtenidos pueden resumirse así: de 12 casos en los que se hizo la colecistografía (empleando el método oral con la técnica de Kirklín, que según nuestras experiencias comparativas da resultados similares a los obtenidos con la técnica intravenosa), sólo en un caso obtuvimos el colecistograma normal; en dos observaciones hay una reducción considerable de la intensidad de la sombra del colecistograma y en las nueve observaciones restantes hubo "ausencia total de sombra vesicular".

La prueba de Meltzer-Lyón practicada en once observaciones dió: Meltzer-Lyón negativo en ocho casos; y bilis negra, de éstasis, en los tres restantes. Los datos correspondientes a estos casos se exponen en la tabla final.

Los resultados que hemos obtenido mediante la exploración de la vesícula por los métodos indicados, nos demuestran que las formas dolorosas del quiste hidático del hígado la **funcionalidad vesicular está habitualmente muy comprometida**, aun cuando el quiste esté colocado lejos del hilio hepático, en la cara superior del órgano. La éstasis vesicular es al regla en estos casos. En cuanto al mecanismo que produce aquí la éstasis vesicular, es naturalmente difícil de reconocer por ahora, pero hay una observación que nos ha demostrado de una manera clara, que la éstasis está ligada estrechamente a la presencia del quiste, desapareciendo con rapidez después de su extirpación quirúrgica. He aquí esta observación resumida:

Irma G., 17 años. Sufre desde hace dos años de dolores epigástricos intensos que irradian a la región lumbar y al hombro derecho, muy semejantes a los cólicos hepáticos habituales. Los dolores se presentan en forma de accesos separados por intervalos libres y se acompañan de vómitos biliosos. No hay fiebre ni ictericia. A pesar de los cólicos se sospecha el origen hidático, por la edad de la enferma y por el engrosamiento difuso del hígado. Cassoni positivo. **Colecistografía:** ausencia de sombra vesicular. Prueba de **Meltzer-Lyón:** negativa (bilir. del jugo duodenal: 19 mgrs. ‰, en la bilis "B" 22 mgrs. ‰).

Operada en Junio 20: Gran quiste de la cara superior, hialino. Desaparecen los dolores epigástricos. El 24 de Julio se hace nueva cole-

cistografía observándose un colecistograma normal; la vesícula se contrae muy bien después de la ingestión de la comida grasa. La prueba de Meltzer-Lyón es ahora positiva (jugo duodenal: bil. 9 mgrs. %; colestestina: 78 mgrs %; bilis "B": bilir. 32 mgrs. %; colestestina: 184 mgrs. %).

Por consiguiente, en este caso, la supresión del quiste bastó para que se restablecieran las funciones normales de la vesícula a los 34 días después de la intervención.

Como por otra parte es notorio que **la éstasis vesicular basta por sí misma para producir cólicos hepáticos típicos**, sea cual sea el origen de la éstasis, creemos que se debe tener en cuenta la frecuencia con que la hemos constatado en los casos de quistes hidáticos del hígado, para explicar el mecanismo de la producción de los cólicos en las formas seudolitiasicas de la enfermedad. Es posible que en muchos de estos casos, baste la éstasis vesicular para provocar los episodios dolorosos, sin que sea necesaria la intervención de otras causas. La tesis emitida en 1909 por Mac Laurin, viene así a recibir un nuevo apoyo con las constataciones realizadas por medio de la exploración de la funcionalidad vesicular en nuestros casos.

### CONCLUSIONES

- 1) El síndrome de seudolitiasis por quiste hidático del hígado es relativamente frecuente en nuestro país, encontrándose en el 15 % de los casos estudiados.
- 2) La exploración de las funciones de la vesícula biliar por medio de la colecistografía y de la prueba de Meltzer-Lyón, en los casos de quiste hidático del hígado, demuestra habitualmente la existencia de una éstasis vesicular.
- 3) La supresión quirúrgica del quiste que hace desaparecer habitualmente el síndrome doloroso de seudolitiasis, hace desaparecer también la éstasis vesicular, comprobada antes de la intervención.

Antes de terminar deseamos agradecer a los Profs. Lamas y Mondino, García Lagos y Prat, su deferencia al facilitarnos historias clínicas que utilizamos para este trabajo. Igualmente, a los Drs. Diego y E. Lamas por su ayuda personal para el análisis de estas historias.

## Resultado de la exploración funcional de la vesícula en casos de formas dolorosas del quiste hidático del hígado.

Nombre y edad	Síntomatología y Exámen	Colecistografía	Prueba de Meltzer-Lyón	Operación
1) <b>Olivia M. de A.</b> , 32 años. Set. 1931. Sala Cirugía B.	Cólicos hepáticos intensos, repetidos desde 3 años. Tratada como litiasis hasta hace 1 mes, constatándose entonces tumoración hepática difusa (hígado desborda 6 cmts. el reborde costal).	"Ausencia de sombra vesicular"	Negativa. Bilirubina del jugo duodenal: 10 mgs. %; en la bilis "B": 13 mgs. %.	Quiste hialino de 2 lts. de la cara anterosuperior. Vías biliares normales.
2) <b>Victoria C.</b> , 22 años. Sala Cirugía B. Ag. 1931.	Desde hace 4 años cólicos repetidos, irradiados al hombro derecho; algunos seguidos de subictericia. Se palpa tumor liso, epigástrico.	Colecistograma normal	Negativa. Bil. del jugo duodenal: 8 mgs. %; bilis "B": 11 mgs. %.	Quiste hialino como una naranja de la cara inferior del hígado. Vesícula de aspecto normal.
3) <b>Amelia G. de L.</b> , 33 años. Sala Cirugía B.	Cólicos hepáticos desde hace 6 años, tratada como litiásica. Dos veces con ictericia. Desde hace un mes dolores continuos. Se palpa tumor subhepático, desplazable. Se duda entre quiste e hidrocolecisto. No hay fiebre ni subictericia.	Colecistograma apenas reconocible en la radiografía	Se obtuvo la bilis negra de éstasis. Bilirubina en el jugo duodenal: 8 mgs. %; en la bilis "B" (de color verdoso): 120 mgs. %.	Un quiste de la cara inferior, hialino. Otro del epiplón, libre; móvil (el que se palpaba en el examen). Vesícula normal.
4) <b>Serafina A.</b> , 35 años. Sala Cirugía B.	Cólicos típicos desde hace 2 años, algunos con subictericia. Hay tumor epigástrico como una naranja.	"Ausencia de sombra vesicular"	Se obtuvo bilis negra, espesa, de éstasis. Bil. del j. d.: 53 mgs. %; en la bilis "B": 710 mgs. %.	Quiste hialino de la cara inferior, del tamaño de una naranja. Vesícula normal.
4) <b>Maruja A.</b> , 20 años. (Clínica privada).	Cólicos violentos, tratados con inyección de morfina, desde hace 3 años, seguidos, sin fiebre, sin ictericia.	"Ausencia de sombra vesicular"	Bilis "B" negra, de éstasis, en 5 sondajes sucesivos.	Dos quistes de la cara inferior, hialinos. Hay, además, varios en la cavidad abdominal.

Nombre y edad	Síntomatología y Exámen	Colecistografía	Prueba de Meltzer-Lyón	Operación
6) <b>Lorenzo L.</b> , 42 años. Abril 1931. Sala Artigas.	Tensión epigástrica desde hace 6 meses. Desde hace 2, crisis de cólicos intensos. Agrandamiento difuso del hígado (5 ctms. bajo el reborde costal).	"Ausencia de sombra vesicular"	Negativa. En un sondaje se obtuvieron <b>ganchos de hidátide</b> en el jugo duodenal.	No fué operado.
7) <b>Juana P.</b> , 32 años. (Clínica privada).	Dolores intensos, reeptidos, del hipocondrio derecho, desde hace 3 años, seguidos de vómitos y diarreas.	Colecistograma de poca densidad. Forma irregular.		Quiste hialino de la cara inferior. Hay una adherencia que divide en dos a la vesícula.
8) <b>Rosa P.</b> , 28 años. Sala Artigas.	Dolores del hipocondrio derecho desde hace 3 años. Ahora casi diarios. Engrosamiento del hígado; llega al ombligo.	"Ausencia de sombra vesicular"	Negativa. Bil. del j. d.: 8 mgs. %; Bil. de la bilis "B": 12 mgs. %.	Gran quiste hialino de la cara anterosuperior. Otro de la cara inferior.
9) <b>Clemente B.</b> , 27 años. Sala Maciel.	Dolores continuos del hipocondrio derecho, desde hace 4 meses. Ahora ictericia franca en vía de retroceder. Vómitos y fiebre, 38°. Hay engrosamiento difuso del hígado.	"Ausencia de sombra vesicular". En el lóbulo derecho del hígado, sombras calcificadas	Negativa. Bil. j. d.: 6 mgs. %; Bil. de la bilis "B": 14 mgs. %	En la operación se encuentran las vías biliares libres. Adherencias múltiples de la cara superior del hígado. No se ve quiste.
10) <b>Isabelino V.</b> , 39 años. Sala Maciel.	Pesadez epigástrica post-prandial que alivia el vómito. Desde hace 2 meses dolores epigástricos intensos.	"Ausencia de sombra vesicular"	Negativa.	Quiste de la cara anterior, en la región epigástrica, supurado.
11) <b>Julio A.</b> , 32 años. (Clínica privada).	Malestar epigástrico desde hace 1 año. Digestiones laboriosas. Desde hace 4 meses dolores del hipocondrio derecho.	"Ausencia de sombra vesicular"	Negativa. Bil. j. d.: 16 mgs. %; en la bilis "B": 12 mgs. %.	Gran quiste hialino de la cara anterior.
12) <b>Irmia G.</b> , 17 años. Sala Cirugía B.	Dolores de cólico desde hace 2 años. con vómitos, sin fiebre ni ictericia. Hay engrosamiento difuso del hígado.	"Ausencia de sombra vesicular". El colecistograma se hace normal después de la operación.	Negativa. Bil. j. d.: 19 mgs. %; en la bilis "B": 22 mgs. %. El Meltzen-Lyón se hace positivo, 34 días después de la operación.	Quiste hialino de 2 lts. de la cara anterosuperior.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **Quenu.**—La douleur dans les quistes hidatiques du foie. "Revue de Chirurgie", 1910. T. 2, p. 945.
- 2) **Ivanissevich.**—El cólico hepático de origen hidático. "Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica", 1927. T. 3, p. 11.
- 3) **Mac Laurin.**—"The Australian Med. Gazette" (citado en el trabajo de Quenu, 1 c.). Sidney, 1909.
- 4) **Morquio y Pena.**—Quistes hidáticos del niño. "Revista Médica del Uruguay", 1913. T. 16, p. 550.
- 5) **Prat.**—Quistes hidáticos en el Uruguay. "Revista Médica del Uruguay", 1913. T. 16, p. 487.
- 6) **Chauffard.**—Les formes douloureuses des quistes hidatiques du foie. "Annales de Médecine", 1917. T. IV, p. 561.
- 7) **Lejuje.**—Quistes hidatiques du foie avant présenté pendant la vie toutes les symptomes des coliques hepaticques. "Bull. et Memoires de la Societé Anatomique", 1857. P. 122.
- 8) **Graux-Hayem.**—Quistes hidatiques du foie avec coliques hepaticques. "Le Progrés Médicale", 1874, P. 264.
- 9) **Black George.**—Hepatic colic caused by the presence of hidatids in the biliary passages. "Brit. Med. Journal", 1887. P. 124.
- 10) **Westerdick.**—Ein Fall von Leberechinococcus mit der Symptomenbild der Colica Hepatica. "Berl. Ki. Wochensch", 1877. N.º 43.
- 11) **Conti.**—Colica hepática da ciste da ecchinococcus. "Gazzeta dell' Ospedali", 1897. T. 1, p. 231.
- 12) **Beyer.**—Referido en el Zentralblatt f. Chirurgie, 1904. P. 807.
- 13) **Tuffier.**—"Semaine Médicale", 14 Mars 1906.
- 14) **Castex.**—Sindrome coledociano por hidatidosis. "Tesis del Profesorado", 1913.
- 15) **Devé.**—La colique hepaticque hydatidique. "Comptes rend. Soc. de Biol.", 1919. T. 82, p. 232, p. 243 y p. 419.