

S U M A R I O

*Litiasis intrahepática*, por el Dr. Gerardo Caprio.

*Epitelioma tiro-gloso*, por el doctor Roberto V. Cantón y Biler Enrique Castro.

*Visualización del hígado*, por el Dr. Seoane.

*Visualización hepática*, por el Dr. B. Varela Fuentes.

*El proceso de cancerización en las cicatrices de quemaduras, y en las radiodermitis*, Hechos de observación por el Dr. Carlos Stajano con la colaboración histológica del Dr. Pedro Larghero.

---

Presentado en la Sesión del 16 de Noviembre de 1931

Preside el doctor D. Prat

*Litiasis intrahepática*

Por el Dr. GERARDO CAPRIO

Entre los métodos nuevos de exploración radiológica de las vísceras, uno de los más interesantes sin duda, es el de la inyección de sustancias opacas.

La exploración de las vías biliares, post operatoria, aprovechando los tubos de drenaje vesicular o coledociano, constituye un método fácil y utilísimo, que usamos casi en todos los casos, aún habiendo constatado la integridad de las vías biliares en el curso de la exploración operatoria, siempre, naturalmente, que sea necesario drenar.

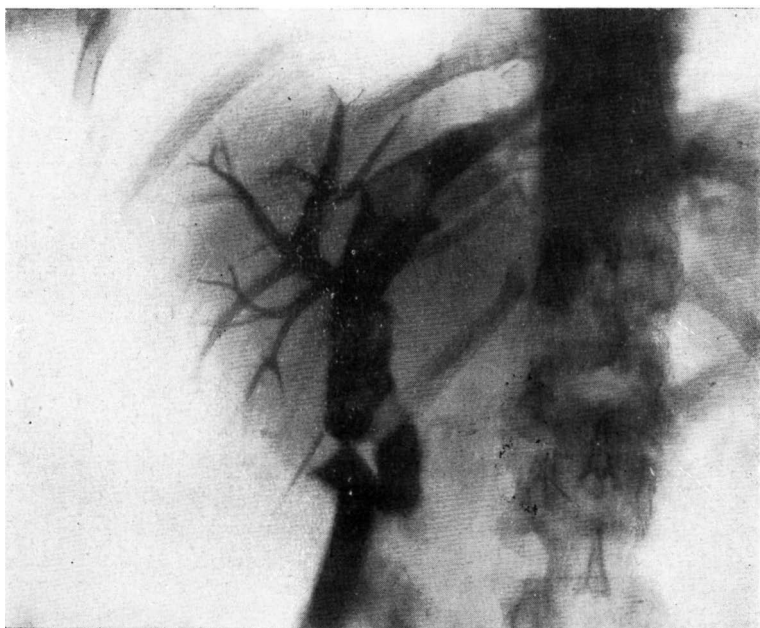
Por otra parte, nos resulta más útil esta exploración radiológica, pues hacemos la enorme mayoría de las veces colecistostomía, siguiendo la norma corriente en la Clínica del profesor Mérola. Pero, en el caso que presentamos, la exploración operatoria fué tan minuciosa y completa como fácil, y, sin embargo, no hallamos nada de particular. Lo resumiré brevemente.

B. B. de I., de 55 años, casada, con hijos, ingresa a la Sala Blanca del Hospital Italiano, para ser tratada de una afección hepática. Su historia y el examen hecho en la Sala, nos hacen diagnosticar litiasis vesicular y coledociana. En particular, la prueba de tetrayodo, muestra una vesícula grande, no contráctil, débilmente teñida y con sombras negativas en su interior.

El día antes al fijado para la operación hizo una crisis dolorosa del hipocondrio derecho, con chuchos de frío y temperatura que descendió a la mañana siguiente, haciendo después ligera ictericia. Este accidente

nos hizo sospechar la participación coledociana; retrasamos tres días la operación y constatamos en ésta, una litiasis vesicular y coledociana, con vesícula muy enferma, desgarrándose el órgano sucesivas veces por lo que lo extirpamos.

El colédoco, grueso como un pulgar, contenía no menos de quince



cálculos facetados gruesos como avellanas. Completamos con una meticolosa exploración instrumental hacia el duodeno y hacia los canales hepáticos, no notando nada de particular.

Terminamos con un drenaje coledociano con tubo abierto en Y griega, sobre el cual cerramos cuidadosamente el colédoco. Colocamos una mecha y cerramos. Los cálculos coledocianos ocupaban desde el Vater hasta el hilio hepático, teniendo movilidad.

El post operatorio fué normal. A los 22 días la bilis del drenaje es limpia, por lo que resolvemos hacer la exploración radiológica antes de retirar el tubo.

Injectamos 40 c. c. de solución de yoduro de sodio al 14 %, o sea la que usamos comúnmente para pielografía. Preferimos esta solución al lipiodol, porque se maneja fácilmente, pudiendo retirarse gran parte por aspiración una vez obtenida la radiografía. Es inocua y da buenas imágenes, por su penetración fácil a los finos canales biliares permitiendo ver su forma.

En nuestro caso obtuvimos la placa que presentamos, en donde ade-

más de constatar la dilatación del árbol biliar total, o sea la llamada hidrohepatosis, se ven en el canal hepático izquierdo cinco imágenes circulares, negativas, que deben corresponder necesariamente a otros tantos cálculos que la enferma aún conserva.

Nosotros no hallamos otra explicación.

En vista de esto, intentamos hacer una exploración instrumental por la fístula, sin resultado.

Resolvimos entonces dejar el drenaje un par de meses. La enferma fué a su casa y volvió a los tres meses de operada. Drenaba aún una regular cantidad de bilis, y no había tenido trastornos. Quitamos el drenaje, cerrando la fístula en pocos días. Después de diez meses, la volvimos a ver hallándola en perfecto estado, lo cual nos resulta interesante, pues creemos que lleva sus cálculos, probablemente fijos. Diciembre 2|931.

---

Presentado en la Sesión del 16 de Noviembre de 1931

Preside el doctor D. Prat

*Epitelioma Tiro-gloso*

Por el Dr. ROBERTO V. CANTON y Br. ENRIQUE CASTRO

El tractus tireogloso cuando persiste en el adulto, ya bajo la forma de un canal continuo, excepcional; de un cordón epitelial compacto, forma rara; o de vestigios epiteliales, forma la más corriente de su persistencia, puede originar a sus expensas, en el área tiroidea de Wolger tumores, benignos o malignos, y formaciones más o menos rudimentarias de tejido glandular tiroideo.

En su segmento inferior, la patología del tractus, está representada casi exclusivamente por los quistes y fístulas tiro-glosas, más raramente por las tiroides accesorias; el epitelioma, ya primitivamente derivado del tractus o secundariamente, por degeneración de un quiste tiroideo o sobre una tiroides accesoria es tan excepcional, que en los textos clásicos no son casi citados y las estadísticas son afirmativas en cuanto a su rareza.

Así, Neris, en su monografía cita un caso de Watson, como una neoplasia desarrollada sobre un quiste del tractus, pero luego agrega: se trata de un adenoma quístico papilífero más bien que de un epitelioma.

En "Il Policlinico", año 1907, Martini cita un caso también de un adenoma quístico papilífero desarrollado sobre una tiroides aberrante,