

do. no fueron más que recursos complementarios para liquidar secuelas: ya dolores como en el lado derecho, ya anquilosis incompleta y por ende dolorosa en el lado izquierdo.

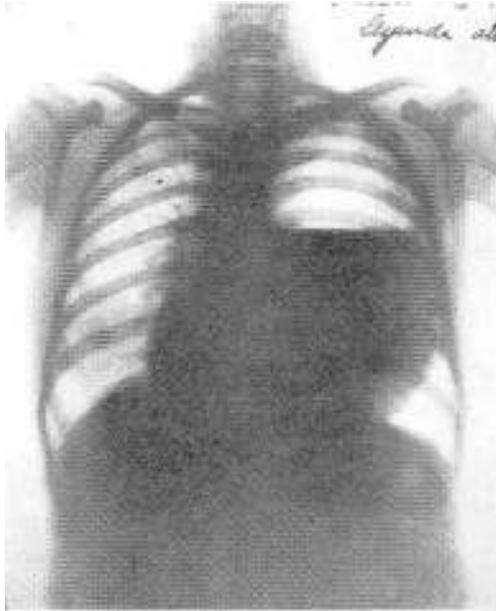
Otros hubieran sido los resultados y por consiguiente el comentario si se hubieran aplicado en pleno período evolutivo.

Caverna hidática pulmonar (Su tratamiento)

Por el doctor JUAN SOTO BLANCO

M. B. de A. 35 años, casada, oriunda del Departamento de Flores, domiciliada desde hace 6 años en Piedras Blancas; ingresa al Servicio del Profesor doctor Domingo Prat, sala 18, Hospital Pasteur, el día 15 de Abril de 1934 con el siguiente cuadro: tos, fiebre discreta, expectoración mucopurulenta abundante, cefalea y dispnea marcada.

Hace 15 días vómica de líquido claro acompañada de tos y dolor de hemitórax



Placa N.º 1. — Imagen hidroaérica que ocupa la casi totalidad del hemitórax izquierdo, respetando solamente la parte posterior e inferior de la base. Mediastino totalmente desplazado a la derecha.

izquierdo expulsando alrededor de 300 gramos de líquido limpio al principio, luego sanguinolento al momento de agacharse inclinando su tórax hacia adelante para levantar un objeto pesado.

El exámen de la enferma muestra: pulmón derecho normal; pulmón izquierdo a la percusión en posición sentada, timpanismo hasta la altura de la quinta costilla en la cara anterior, y matidez por debajo de ella en la cara anterior lateral y pos-

terior. La auscultación de la cara anterior deja sentir los latidos cardíacos transmitidos a distancia y desaparición del murmullo vesicular. En la cara posterior se ausculta bien el murmullo vesicular habiendo en la parte media del hemitórax izquierdo una zona pequeña de roces pleurales; cara axilar del mismo hemitórax, desaparición del murmullo vesicular. No hay soplos de ninguna naturaleza. No se palpa la punta cardíaca. Acostando a la enferma, timpanismo en toda la cara anterior del hemitórax; haciendo cambiar de posición la enferma las zonas mates, se desplazan mutuamente haciéndose sonoras las partes mates y viceversa.



Placa N.º 2. — La misma imagen vista de perfil. Ocupa la topografía del lóbulo anterior; pero, no puede decirse si se trata de un proceso parenquimatoso, de la gran cavidad pleural tabicada, o de la gran cisura interlobar.

Vibraciones abolidas salvo en la parte posterior de la base pulmonar. En el abdomen a nivel del lóbulo derecho del hígado tumoración redondeada del tamaño de una naranja a nivel de la zona vesicular.

Exámenes: esputos purulentos con gran cantidad de neumococos, presencia de ganchos de equinococos, ausencia de B. de K, y pigmentos biliares.

Orina: Albúmina 1 gr. 70. Urobilina contiene Leucocitos y Urato de sodio.

Úrea en el suero sanguíneo 0gr.30 %.

Leucocitosis 16,800. Clasificación.

Pol. Neutrófilos 72 %.

Eosinófilos 0 %.

" Basófilos 0 %.

Lintócitos: Medianos mononucleares 17 %.

Grandes mononucleares 10 %.

Formas de transición 1 %.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

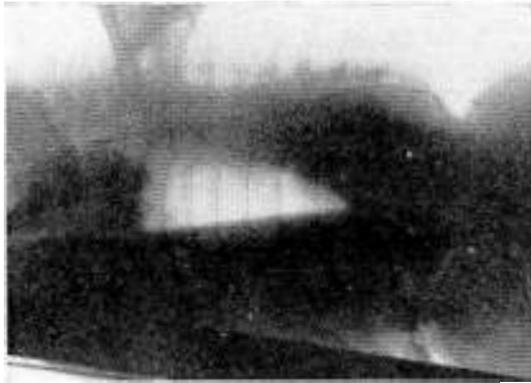
Reacción de Cassoni francamente positiva.

Tiempo de coagulación por punción venosa 9'.

Tiempo de sangría 2'.

Presión arterial. A. de Vaquez brazo Mx 15 Mm 6.

Exámenes radiográficos simples muestran en la radiografía de frente y de perfil (Placas N.º 1 y N.º 2) una imagen hidroaérea que ocupa casi la totalidad del hemitórax izquierdo, respetando solamente la parte posterior e inferior de la base.



Placa N.º 3. — Cambio de orientación del nivel líquido, con los cambios de posición de la enferma.

Puede verse el parénquima pulmonar comprimido por el proceso, gracias al relleno del aparato bronquial por el yodíol.

El mediastino totalmente desplazado a derecha llegando el borde derecho de la sombra cardíaca a la vertical trazada por el mameón derecho. En la radiografía lipiodolada sacada en posición acostada, puede verse el cambio de posición del nivel líquido. No había duda alguna que nos encontrábamos frente a una caverna hidática pulmonar.

Llegado por la clínica y la radiología simple al diagnóstico preciso de caverna hidática supurada, se planteó el tratamiento quirúrgico de la misma, que fué realizado después de un estudio radiológico empleando la técnica de la radiografía lipiodolada con visualización del árbol bronquial, lo cual nos permitió resolver una serie de interrogantes que decidirían el porvenir de la enferma, y sacamos de ella conclusiones que detallaré más adelante.

Operación: se realizó a los 6 días de su ingreso previa preparación común, evacuación intestinal, digitaloterapia y cloruro de calcio por vía bucal. Doctores Frat y Soto Blanco. Anst. crepuscular previa; anst. local con novocaína al 1|2 %. Se reseca el arco lateral de la cuarta costilla en una extensión de 5 cms. desde el borde lateral externo de la mama hasta la línea axilar media izquierda (las mamas

eran chicas pegadas al tórax): se incide la pleura parietal, hay adherencias, se abre la caverna hidática, saliendo abundante pus 700 gms.; se introduce el aspirador de Finochietto y se aspira la membrana que traemos hasta la brecha operatoria y que retiramos totalmente con una pinza de corazón. El aspecto del pus es cremoso de color verde bien ligado. Vacuada completamente la cavidad, introduciendo un dedo y explorando, hacia arriba y adentro, hacia adelante y hacia abajo, sentíamos las paredes del hemitórax izquierdo; en cambio llevando el índice atrás y abajo notamos la presencia del pulmón adherido a la pared posterior distante unos 8 cms. de



Placa N.º 4. — Cavidad hidroaérica que ocupa los dos tercios superiores del pulmón izquierdo, desplazando en masa el parénquima pulmonar hacia la base.

Las ramas bronquiales pertenecientes al lóbulo posterior presentan signos de compresión extrínseca (ausencia del follaje, bronquios retencionistas).

Las ramas bronquiales del lóbulo anterior aparecen obstruidas con los caracteres de la obstrucción por exudado intrabronquial. En conjunto, el hilio pulmonar se halla desplazado hacia la base y la curva normal del pedicular principal enderezada.

la herida. Mirando la cavidad después de colocar un espéculo, se vió que estaba recubierta por una capa blanco purulenta, de fibrina, y que la pared interna se levantaba a cada contracción cardíaca. Se colocó drenaje (sonda de Pezzer descabezada) y se suturó la herida operatoria alrededor de la misma, cerrándola completamente.

Durante la operación en ningún momento notamos la producción de neumotórax, observando sí, que a medida que salía el líquido penetraba aire en la cavidad con gran ruido.

La enferma toleró muy bien el acto operatorio sin disnea y sin ninguna es-

peccoración; la membrana examinada después de su extracción parece estar completa siendo el quiste en este momento del tamaño de una naranja grande. A los 10 días se sacó el tubo que dió muy poco líquido, habiéndose hecho durante ese tiempo sifonado. Durante estos 10 días la enferma tomaba hiposulfito de sodio 3 grs. por día, y hacia espirometría varias veces al día, teniendo cuidado de obstruir el drenaje por medio de una pinza de Kocher, con el fin de que el aire no pasara del bronquio a la caverna y de allí al botal.



Placa N.º 5. — radiografía sacada a los 10 días de realizada la operación.

Muestra la persistencia de la cavidad hidroaérica, aunque reducida considerablemente de volumen.

Como podrán ver por la cuadrícula, en el post operatorio no hubo ningún accidente térmico pareciendo desde el día siguiente a la operación que la enferma no hubiera tenido nada. A los 11 días se saca una nueva placa lipiodolada en la cual, como se podrá ver, hay una cavidad reducida a ínfimas proporciones. En el intervalo la enferma fué sometida al tratamiento quirúrgico de su quiste hidático hepático, después de habernos asegurado de su no abertura en el árbol biliar. Se procedió a hacer la apertura del quiste, extracción de membrana, formolado del mismo, cierre y abandono. A los 40 días de su ingreso es dada de alta, sacándole una nueva radiografía lipiodolada donde no se ven ni trazos de la antigua cavidad.

Las radiografías lipiodoladas (placas N.os 3 y 4), hechas antes de la operación, mostraban (placa de perfil): cavidad hidroaérica que ocupa los 2,3 superiores del pulmón izquierdo, desplazando en masa el parénquima pulmonar hacia la base. Las ramas bronquiales pertenecientes al lóbulo posterior, presentan signos de compresión extrínseca indirecta (ausencia de follaje, bronquios retencionistas).

Las ramas bronquiales del lóbulo anterior aparecen obstruídas con los caracteres de la obstrucción por exudado intrabronquial. En conjunto, el hilio pulmonar se halla desplazado hacia la base y la curva normal del pedicular principal enderezada.

En la radiografía de frente, se pueden observar los mismos caracteres; en resumen: se trata de un proceso hidroaéreo que ocupa la topografía del lóbulo anterior que, a su vez, se encuentra desplazado y colapsado en la base, con obstrucción intrínseca de sus ramas.

Las radiografías (placas N.os 5 y 6) sacadas a los 10 días de realizada la operación, muestran la persistencia de la cavidad hidroaérica, aunque reducida considerablemente de volumen. En la radiografía de perfil se puede observar la reexpansión del lóbulo posterior.



Placa N.º 6. — En esta radiografía se puede observar la reexpansión del lóbulo posterior.

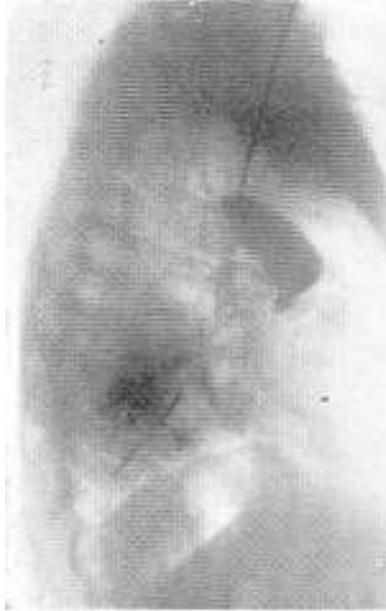
He traído esta comunicación al seno de la Sociedad de Cirugía, con el fin de demostrar:

1º Que el enorme desarrollo de un quiste hidático pulmonar, no implica que el portador del mismo quede, una vez de intervenido y drenado, con una cavidad más o menos séptica que comprometa su vida del futuro con los accidentes propios de las cavidades pulmonares, cavidades que siempre están en comunicación con los bronquios aún en los quistes cerrados, y que por lo tanto, tienen siempre en latencia el peligro de infección de la misma por intermedio de esa vía bronquial.

2º Podemos ver por las placas sacadas en el post operatorio, que el resultado ha sido completo y que la cavidad desapareció casi totalmente (placas N.os 7 y 8).

3º Que mismo en estos casos puede desaparecer del ánimo del cirujano el segundo peligro, sobre el que hoy se llama mucho la atención, y que es el desarrollo en plena caverna hidática del bacilo de Koch, es decir, la tuberculización de la cavidad restante.

Esto parecería, en fin, una vista del espíritu en el sentido que todos los cirujanos tienen y tendrán casos análogos de grandes cavernas hidáticas supuradas, vomitadas o no, y curadas completamente luego de la intervención con drenado y sifonado de las mismas, sin dejar rastros de su primera lesión. Pero también es cierto que al lado de estos casos felices, hay otros y posiblemente los más (a juzgar por la estadística de los post operatorios de los enfermos operados de quis-



Placa N.º 7. — Desaparición casi completa de la cavidad primitiva.

Se ha relleno perfectamente por vía bronquial, la cavidad pulmonar residual del quiste hidático.

Obsérvese la reexpansión del lóbulo posterior.

te hidático del pulmón que estoy realizando), que han quedado con secuelas importantes y grandes cavidades pulmonares que si no comprometen del punto de vista general su salud, dado que aparentemente están curados, radiológicamente presentan verdaderas mutilaciones pulmonares.

Las técnicas radiológicas perfeccionadas en la actualidad con las imágenes que se obtienen por medio de la radiografía con relleno lipiodolado del árbol bronquial, nos permiten poner de manifiesto esas lesiones residuales de los quistes hidáticos del pulmón.

Estas secuelas pulmonares no pueden atribuirse a mala técnica

quirúrgica, sino por el contrario pueden quedar aún en operados técnicamente perfectos.

¿A qué son debidas por lo general estas secuelas?

1º A los medios de examen de que dispone el cirujano para la visualización del elemento hidático.

Hoy se puede decir sin ningún reproche a lo ya andado, que el empleo del lipiodol intrabronquico como medio de estudio previo al



Placa N.º 8. — Sólo persiste en el límite externo de la placa una pequeña cavidad.

acto quirúrgico, pone de manifiesto lesiones periquísticas que se suman a la sombra del quiste, haciéndolas aparecer como producto del mismo y que en realidad no son más que lesiones agregadas de reacción del parénquima pulmonar o de la pleura, por la manera de comportarse éstos ante un elemento agresor que se caracteriza por el aumento continuo del mismo y las lesiones de compresión que el desarrollo excéntrico del mismo va produciendo. Así es que las lesiones de atelectasia pulmonar, de bronquiectasia, de congestión periquística han podido independizarse de la verdadera sombra del quiste, y han podido ser sospechadas y evitadas, por lo tanto, durante el acto quirúrgico.

Estas lesiones que acompañan a todo quiste hidático del pulmón y a las que yo llamo las zonas de complicación del mismo, deben ser

evitadas en lo posible, y a ellas son debidas las más de las veces esos resultados no muy felices que tenemos que deplorar a menudo.

Por parte de la pleura hay también un factor importante que hay que reparar y saber proteger para no comprometer sobre todo la expansión pulmonar de los lóbulos vecinos al atacado por la hidátide, que serán los encargados de hacer el relleno de esa cavidad que ha quedado luego de la evacuación del parásito.

Me refiero sobre todo a las pleuras cisurales, en la parte periférica de las mismas; es decir, los labios de las cisuras que están en relación con la parrilla costal.

Toda técnica quirúrgica que para abordar un quiste hidático de un lóbulo pulmonar cree adherencias a la pared de esa pleura cisural, habrá condenado al lóbulo indemne vecino, a no poder utilizar esa preciosa cualidad de la elasticidad propia de su tejido y hará persistir una cavidad que debió suprimirse totalmente con una incisión que respetara esa misma cisura. Esta es la causa de persistencia de las cavidades pulmonares post operatorias.

El estudio anatómico-patológico de las cisuras y regiones yuxtacisurales, fondos de saco pleurales, etc., tienen escaso valor del punto de vista práctico, puesto que en cuanto aparece un proceso hidático del pulmón los desplaza, los achica, en una palabra, desarmoniza su verdadera topografía, no pudiendo, por lo tanto, haber líneas trazadas de antemano en donde deberían estar situadas; sino que en cada caso particular habrá determinado desplazamiento, debiendo éste ser estudiado también particularmente en cada caso. De ahí el valor del reparado de la topografía de la hidátide pulmonar por la técnica de la radiografía contrastada con relleno del árbol bronquítico con lipiodol, que no sólo permite visualizar el elemento patógeno, sino que pone de manifiesto lo que es hidátide de lo que es zona de complicación por crecimiento extrínseco del mismo.

La antigua radioscopia en varias posiciones realizada por el propio cirujano previo al acto operatorio, para tratar de poner de manifiesto el punto más cercano del quiste a la pared para por allí ser intervenido, tuvo y tiene mucho más valor que las placas de frente y perfil del mismo proceso para localizarlo, pero a ambas se les puede hacer el mismo reproche: no independizar la sombra propia de la hidátide, de los elementos de reacción periquística.

De ahí que más de una vez el cirujano al operar un quiste hidático del pulmón, ha tenido que ir mucho más profundo de lo que se había imaginado, viéndose obligado a atravesar una zona de bronquiectasia, atelectasia o congestión pulmonar, que darán sus consecuencias en el post operatorio.

De ahí que nos halla parecido imprescindible el método del estudio radiológico lipiodolado en la hidatidosis pulmonar previo a todo acto quirúrgico.

Este tema de la cirugía del tórax al cual han aportado nuestros maestros y compatriotas elementos técnicos insustituibles e invaluable, merece de nosotros que empezamos nuestro oficio, el aporte entusiasta de los conocimientos modernos.

La sistematización bronquial (tema tratado en mi Tesis de Agregación), permite leer en una placa radiográfica, como sobre un plano de una ciudad, y dirigir la intervención orientándonos por los verdaderos caminos donde se sabe de antemano que no habrá tropiezo alguno.

Antes de terminar quiero hacer notar, puesto que es justicia, que si puedo presentar a la Sociedad de Cirugía un caso tan documentado radiográficamente y estudiado con los auxilios que prestan a la Clínica los nuevos métodos de examen, se debe a los medios que las autoridades del organismo de Salud Pública nos facilitan generosamente en la Clínica diaria para la asistencia de los enfermos confiados a su cuidado.

Vólvulo del sigmoide

Por el doctor ABEL CHIFFLET

En la guardia del Prof. del Campo, en el Servicio de Entrada del Hospital Maciel, actuando en calidad de Cirujano Adjunto, observamos tres vólvulos del sigmoide en el último trimestre de 1932, cuyas historias resumidas y consideraciones que le derivan, deseo poner a consideración de esta Sociedad.

Observación I. — M. F., 57 años. Ingresó el 28-9-1932.

Desde hace un mes, crisis dolorosas abdominales, cada tres o cuatro días, con vómitos oscuros. Hace cuarenta y ocho horas, dolores de tipo cólico, vómitos acuosos, biliosos y fecaloideos. Temperatura 39° a 39° ½. Distensión progresiva del vientre.

Examen: enfermo muy grave. 38° ½ axilar. Pulso 140. Vientre uniformemente batoado, tenso, sin defensa, sin reptación. Ciego muy distendido. Macidez declive. Fosas lumbares tensas, salientes. Tacto: hemorroides inflamadas. Douglas tenso; más arriba se palpa un pequeño tumor duro.

Operación. — Dr. del Campo. — Anestesia local. Laparotomía. Enorme asa sigmoide, de un metro de largo y 12 centímetros de diámetro. Color verde. Contenido: pequeña cantidad de líquido hemorrágico y gases. Vólvulo de dos vueltas en el sentido de las agujas de un reloj. Pie del asa edematoso. Vasos trombosados. Bandas de esclerosis en el meso. Meso largo y estrecho; inserción parietal de 8 centímetros a izquierda de la línea media (raíz secundaria). Asas delgadas aglutinadas por exudado fibrinoso. Se unen ambos pies del asa al peritoneo parietal anterior. Tubo en el Dou-