

TEMA EN DISCUSIÓN

EQUINOCOCOSIS PREPERITONEAL

Dr. D. Prat. La comunicación del profesor A. Chifflet sobre equinocosis preperitoneal, presentada a esta Sociedad de Cirugía, en octubre del año pasado, ha provocado una comunicación - réplica del profesor F. Dévé, de Rouen; quien al final de su exposición solicita gentilmente la opinión de sus colegas uruguayos, a los que considera particularmente competentes y experimentados en hidatidosis.

Un elemental deber de cortesía, nos obliga a la aceptación de tan atento pedido y por mi parte, debo declarar que, con verdadero placer de discípulo agradecido, daré la opinión solicitada, al maestro universal e indiscutido de la hidatidosis humana.

Algo extraordinario y que me encanta destacar y poner bien de manifiesto, es la vigorosidad y la valentía científica del distinguido maestro de Rouen. Que en cualquier parte de nuestro mundo terrenal, se diga o se publique algo sobre la Enfermedad hidática, y que el profesor Dévé, considere que no está perfectamente de acuerdo con la verdad científica; bastará esto, para que inmediatamente se haga presente, con alguna comunicación o trabajo, que obliga a debatir la cuestión, hasta que la verdad ocupe su justo lugar.

En este caso, como siempre, el profesor Dévé, nos ha demostrado, que si otros colegas, más obligados por las circunstancias a discutir estas cuestiones y no lo han hecho, él, está siempre alerta y dispuesto a intervenir. Es este un motivo más de aprecio y de afectuosa consideración, que nos obliga con el maestro de Rouen, sumándose esta nueva comunicación, a las

innumerables y atenciosas enseñanzas, que nos ha prodigado, en toda su vida de investigador honesto y sincero.

En el caso actual y felizmente, la discrepancia entre los profesores Dévé y Chifflet, no es nada fundamental sino una cuestión de detalle, aunque en ciencia y más aún, en medicina práctica, todas las cosas tienen su real importancia.

Lo fundamental de la discrepancia está en que el profesor Chifflet sostiene, que la *equinococosis secundaria peritoneal*, tiene una evolución tan especial de exteriorización con respecto al peritoneo, que recubre la cara posterior de la pared anterior del abdomen, que le permite considerar a esta equinococosis, como *equinococosis preperitoneal*.

Como se ve, el profesor Chifflet, acepta la patogenia secundaria de esta hidatidosis, que esto sí, podría ser el punto nodal y fundamental de la cuestión, en que ambos y todos, estamos de perfecto acuerdo. Surge la discordancia en la nueva entidad de equinococosis preperitoneal, que pretende crear el Prof. Chifflet.

Planteada así la cuestión en debate, la controversia pierde gran parte de su importancia y como lo dice muy bien el profesor Dévé, todo se limitaría a preferir el nombre de *quistes subperitoneales* o *quistes preperitoneales*, pero, el problema no se reduce a una simple discusión escolástica, sino que cree el hidatólogo de Rouen, que conjuntamente con el nombre, se pretende dar a esa entidad, características especiales de evolución y pronóstico, que en modo alguno acepta el profesor Dévé.

Establecido este preámbulo, estamos en condiciones de intervenir en la discusión y adelantemos desde ya, que nuestra opinión acompaña en un todo a Mr. Dévé, cuando sostiene que la individualización de una equinococosis preperitoneal, como modalidad de equinococosis secundaria del peritoneo, presentando características particulares, no parece imponerse o justificarse.

La argumentación que confirma esta autorizada opinión, la ha establecido amplia y profusamente el profesor Dévé, de manera que creemos innecesario reeditar argumentos semejantes o parecidos, a los suministrados por este autor, para apoyar nuestro criterio; creemos sí necesario, hacer algunas consideraciones que confirmarán nuestra manera de pensar, en el problema en discusión.

Cuando un quiste hidático primitivo del hígado se rompe

dentro de la cavidad peritoneal, dará origen a una hidatidosis peritoneal secundaria, que se traducirá por la modalidad del hidatoperitoneo o por la siembra generalizada peritoneal. ¿Porqué se produce una u otra forma de la hidatidosis? En rigor no lo sabemos; pero es de nuestro conocimiento hoy día, que con o sin bilis un quiste roto del hígado, puede ocasionar el hidatoperitoneo, pero generalmente da origen a la hidatidosis secundaria peritoneal y de vez en cuando, pero con marcada rareza, al hidatoperitoneo.

La complicación de la hidatidosis que hoy conocemos bien, con el nombre de hidatoperitoneo, fué considerada durante mucho tiempo, como el quiste hidático preperitoneal, de acuerdo con las comunicaciones de Moutet y Lenormant. En colaboración con el profesor A. Lamas fuimos de los primeros en establecer el origen hepático de estos quistes, admitiendo la patogenia intra-peritoneal de los quistes clasificados como preperitoneales por Lenormant y que nosotros (Lamas y Prat), llamamos "Quistes hidáticos del abdomen a tipo ascítico". Es bien sabido que trabajos ulteriores del profesor J. C. del Campo, primero, de los profesores Dévé y Prat después, demostraron que esta modalidad hidática, respondía al coleperitoneo hidático o hidato peritoneo. Quiere decir, que tuvo que transcurrir bastante tiempo, se necesitaron trabajos y esfuerzos, para establecer la verdad patogénica de esta equinocosis, que se caracterizaba por tener una enorme evolución abdominal y que parecía desarrollarse por delante del peritoneo por la gruesa neoformación fibro peritoneal, que la aislaba de las vísceras intra abdominales.

Ahora bien, si ha costado tanto trabajo para aislar e independizar esta modalidad de hidatidosis, ¿por qué pretender volver a emplear el nombre erróneo de equinocosis preperitoneal, nombre que se prestaría a la confusión y al error y que hoy sabemos bien su patogenia intra peritoneal, que nadie discute? Creemos que esa nueva denominación, sólo serviría para complicar o enredar conceptos perfectamente aclarados hoy día.

La hidatidosis peritoneal secundaria, procedente de un quiste hidático roto dentro del vientre, al injertarse en la pared del peritoneo parietal, queda totalmente envuelto por el peritoneo; en su cara externa, por el peritoneo parietal preexistente y en su cara interna, por un endotelio de neo formación, que se des-

arrollaría más o menos en espesor, según la acción tóxica o infecciosa del parásito. Pero, esta hidatidosis múltiple o limitada, siempre presentará en su pared externa, la capa peritoneal primitiva, restos o vestigios de ella, que en todo momento, ya sea macro o microscópicamente, revelarán su origen intra peritoneal y en consecuencia su carácter de hidatidosis secundaria y de ahí, que le corresponda perfectamente, la denominación de hidatidosis peritoneal.

Los franceses acostumbran designar la enfermedad hidática o quiste hidático primitivo, con el nombre genérico de "Equinocosis" y esa misma denominación, sirve para indicar las complicaciones de la equinocosis en particular, la hidatidosis secundaria, por injerto o siembra, etc. Algunos autores americanos especialmente rioplatenses, han adoptado ese mismo criterio y creo que ha llegado el momento de decir que en la "Enfermedad hidática" hay que usar una terminología precisa y categórica, si se quiere evitar toda clase de duda, error o confusión.

El *quiste hidático* primitivo, generalmente del hígado, por la frecuencia, o de cualquier otra víscera abdominal, al romperse dentro del vientre, suministrará el germen parasitario, para el injerto o siembra que constituirá la *hidatidosis secundaria*.

Algunos la denominan *equinocosis* como *sinónimo* de *hidatidosis*; nosotros preferimos el nombre de hidatidosis, de *hidatide* = vesícula y el sufijo *osis* = enfermedad: la enfermedad vesicular hidática.

Quiere decir que si usamos la denominación de *hidatidosis peritoneal*, ya significamos, que se trata de una equinocosis secundaria y nunca podríamos designar con este nombre una manifestación primitiva del quiste hidático.

De acuerdo con esto, no podríamos decir, ni quiste hidático peritoneal, ni quiste hidático sub-peritoneal, porque la denominación de quiste hidático, indica una localización primitiva y por vía sanguínea del parásito en el peritoneo y como ella es excepcional o quizás no existe, sólo podríamos denominarla así, cuando estuviésemos seguros de la localización primitiva en el peritoneo. En el caso de la hidatidosis peritoneal, sabemos que es una hidatidosis secundaria y entonces está perfectamente usado el término, como lo está cuando decimos hidatidosis ósea. En la hidatidosis ósea, existe un quiste hidático primitivo, que ha llegado

por vía arterial al hueso, pero después el parásito, se ha generalizado por vesiculación exógena, constituyendo la infiltración microvesicular difusa del hueso y en manera alguna le corresponde la designación de quiste hidático del hueso, sino la de *hidatidosis ósea*.

Llegamos a la conclusión pues, de dos hechos principales: 1º la hidatidosis secundaria peritoneal estará siempre limitada afuera por el peritoneo y no perderá en su evolución, su carácter esencial de hidatidosis peritoneal en conexión con serosa abdominal; 2º la denominación de hidatidosis, establece además, su característica principal de proceso secundario, proveniente de un quiste primitivo intra abdominal y que no da lugar a dudas patológicas de ningún género.

Hemos afirmado que la designación de equinocosis preperitoneal dada a la hidatidosis secundaria, puede ser un motivo de confusión, y en efecto, esa duda puede repercutir sobre la hidatidosis secundaria peri - hepática y peri - esplénica.

Se sabe perfectamente que el quiste hidático tiene una *función penetrante* en las vísceras y aun de erodación en el hueso; pero, esta penetración la realiza respetando los planos de recubrimiento, como ocurre en el hígado, donde la hidatidosis secundaria, peri - hepática, se mete en pleno parénquima hepático, pero con la interposición del peritoneo. Existe en el Hospital Pasteur, una preciosa pieza anatómica de quistes hidáticos primitivos del hígado e hidatidosis peri - hepática, en las que la hidatidosis secundaria está tan introducida en el parénquima hepático, que a primera vista ellas parecen también quistes primitivos. La individualización del peritoneo por dentro de estos, entre las formaciones hidáticas periféricas y el parénquima hepático de hidatidosis secundaria establece su característica.

En la hidatidosis esplénica ocurre algo semejante: algunos autores nos han hablado de los quistes múltiples del bazo, porque existían dos o más quistes que sobresalían de la periferia del bazo y estaban incrustados en plena pulpa esplénica. Sabemos hoy, que esta hidatidosis múltiple del bazo es rara, y que este aspecto anatómico - patológico fácilmente confundible con ella es la hidatidosis secundaria peri - esplénica. Si tan fácilmente aceptamos que la hidatidosis secundaria, se convierte en hidatidosis pre peritoneal, no tendremos más remedio que ser tolerantes para evoluciones

semejantes y considerar la hidatidosis peri-hepática y peri-esplénica, como una modalidad que se confunde con las formas primitivas del quiste hidático.

Si se pretende y aceptamos que una hidatidosis secundaria peritoneal, puede convertirse en una hidatidosis o equinocosis preperitoneal, con el mismo derecho y por las más estrictas condiciones de similitud o de igualdad, la hidatidosis desarrollada en el peritoneo parietal posterior de la pared abdominal, tendría que denominarse *hidatidosis o equinocosis retro peritoneal*.

Al plantear esta comparación no acudimos a ningún recurso de mala ley, puesto que la lógica más estricta, nos establece que si las formaciones quísticas secundarias al evolucionar sobre el peritoneo anterior, se hacen preperitoneales, los que evolucionan sobre el peritoneo posterior se harán retro peritoneales.

Ahora bien, sabemos perfectamente todos nosotros, el valor fundamental que presenta la barrera peritoneal para la clasificación nosológica de los tumores intra o retro peritoneales e inmediatamente nos daremos cuenta del peligro a la confusión y del error a que nos podría llevar una denominación tan injustificada como esta, de retroperitoneales, a la hidatidosis secundaria del peritoneo parietal posterior del abdomen.

No es esto todo; más de una vez hemos comprobado que el empleo de nombres impropios o mejor dicho nombres impropriamente aplicados a la patología de una afección como el quiste hidático, ha provocado un verdadero retardo patogénico en el conocimiento perfecto de la enfermedad o por lo menos, ha ocasionado un concepto erróneo en el conocimiento anátomo patológico de la hidatidosis.

Prueba al caso, en nuestro medio médico de tiempo atrás, se había establecido la práctica simplista de clasificar la localización hidática abdominal, según el órgano donde tomaba asiento la formación quística y era frecuente oír mencionar un quiste hidático de la fosa iliaca, quiste hidático del útero, quiste hidático de la trompa del ovario, etc., sin habernos preocupado antes, de establecer y confirmar si se trataba de una verdadera localización hidática primitiva del útero, ovario o trompa o si era una simple hidatidosis secundaria peritoneal, injertada en el peritoneo del útero, del ovario, etc.

Sabemos bien cuan raros son los quistes primitivos de los

órganos genitales de la mujer y sin embargo estas localizaciones eran frecuentes en los letreros de las piezas y fotografías presentadas en la interesantísima exposición del quiste hidático, que el Uruguay realizó en homenaje a la visita del insigne hidatólogo, profesor Dévé. Nadie se extrañó más que el propio maestro de Rouen, al comprobar tanta localización rara del quiste hidático; pero, un somero examen, le bastó para darse cuenta de que la casi totalidad de estos casos estaban constituidos por casos de hidatidosis peritoneal secundaria, en los cuales no se había tenido el cuidado de establecer un riguroso contralor científico, al clasificarlos y así, lo que figuraba como quiste hidático del útero, era una hidatidosis secundaria del peritoneo uterino, o del ovario, de la trompa, etc. Cuando el severo espíritu crítico, del científico profesor Dévé, se hizo presente, desaparecieron la mayoría de los rótulos erróneos y la verdad patogénica de la hidatidosis, volvió a reinar soberana, en la exposición del quiste hidático de Montevideo.

Los que hemos seguido esta lenta y penosa evolución de la patología hidática, no podemos menos de mirar con un intenso recelo, la propuesta del profesor Chifflet, de denominar *equinococosis preperitoneal*, lo que es una evidente y reconocida *hidatidosis secundaria peritonéal*. La terminología hidática correcta se ha ido adoptando lenta y progresivamente a su verdadero significado, la aceptación de una denominación como la que se propone y la creación de una nueva y pseudo modalidad o entidad hidática, sólo puede ser causa de duda, de confusión o de error.

En lo concerniente a las características de evolución y pronóstico que se ha pretendido conceder a la equinococosis preperitoneal, estoy en un todo de acuerdo con los reparos y argumentos que en su contra ha interpuesto el profesor Dévé.

Dr. J. C. del Campo. — Para participar en el debate promovido por el Prof. Dévé he leído de nuevo los dos trabajos del Prof. A. Chifflet.

Permítaseme en primer lugar rectificar una apreciación del Prof. Chifflet.

Al referirse en su último trabajo al *antiguo quiste preperitoneal* de Moutet y Lenormant, atribuye a Dévé el haber sido el primero en darle la interpretación exacta y a mí el haber insistido sobre el punto en 1927.

Cuando en 1927 individualicé las peritonitis crónicas de origen hidático sin bilis (que denominé con o sin razón hidatoperitoneo) y las separé del coleperitoneohidático, única entidad de la cual se hablaba en ese entonces, sostuve además que los llamados quistes preperitoneales debían ser interpretados como hidatoperitoneo (en el sentido de peritonitis crónica de origen hidático).

La opinión de Dévé en este punto es posterior a la mía; fué emitida poco tiempo después y en condiciones que permiten afirmar que lo fué sin conocimiento de mi trabajo como lo dice Dévé. Su sola palabra por otra parte, bastaría.

Debiendo escribir detenidamente sobre este punto para rebatir algunas afirmaciones ligeras de otro trabajo, me limito a decir que en una carta al Prof. Prat que obra en mi poder, el propio Prof. Dévé reconoce esa prioridad. Me extraña sin embargo que al referirse a este punto, diga que las particularidades de esta modalidad anatomo-clínicas habían sido ya "parcialmente" reconocidas por nuestros colegas y queridos amigos uruguayos, los Profs. A. Lamas, D. Prat y Juan C. del Campo. Yo no entiendo bien que quiere decir con "parcialmente". Agregaré también una pequeña anotación a lo manifestado el otro día por el Prof. D. Prat. El habla al referirse a estos supuestos grandes quistes preperitoneales, de hidatoperitoneo, de coleperitoneo hidático. Yo no lo acompaño en esto último. He dicho bien claramente en el Congreso del Centenario que sólo las colecciones peritoneales sin bilis (las que había yo denominado hidatoperitoneo) han podido ser tomadas por quistes preperitoneales.

La presencia de bilis en el contenido, en un caso sin ictericia (que es lo corriente) debe llevar y ha llevado siempre a considerar la situación como intraperitoneal y en relación con el árbol hepático.

Es en ese sentido que creo que la llamada forma antevisceral, admitida por Escudero y Pasman, es pasible de la misma objección, si se la quiere interpretar como antecesora de mi opinión, como lo pretende V. Pérez. "Tiene relaciones muy estrechas con el coleperitoneo desde que tiene la misma etiología", dicen Escudero y Pasman.

Yo no puedo concebir otra etiología de un coleperitoneo que la entrada de bilis al peritoneo y por lo tanto lejos de ser un

antecesor, confirma la opinión de que en ese entonces, 1922, sólo se conocía y admitía el coleperitoneo hidático. Esto sin negar que hoy o mañana se encuentre, como ha pasado con otras opiniones, buscando prolijamente, que había sido emitida anteriormente.

Por lo tanto ni el quiste preperitoneal antiguo debe subsistir, ni la forma antevisceral representa otra cosa que la topografía previsceral de los coleperitoneo hidático y no justifica el sitio que le reserva el Prof. Chifflet en su primer trabajo.

En el último punto, que es el que interesa a Dévé, sobre la situación anatómica y la denominación a dar a estos quistes, deseo hacer algunas aclaraciones. Todos estamos de acuerdo en que se trata de *equinocosis secundaria, de origen peritoneal*, en los que el germen (escolex), caído en la cavidad después de la ruptura de un quiste hidático visceral ha sufrido el proceso bien conocido de englobamiento peritoneal: recubrimiento de fibrina, reconstitución del endotelio y situación secundaria subserosa.

Los argumentos y los estudios de Dévé han arrastrado la convicción.

He manifestado sin embargo, repetidas veces que ciertas exigencias descriptivas del maestro de Rouen eran discutibles.

El Prof. F. Dévé ha enderezado tanto sus trabajos hacia la patogenia de las diversas modalidades de la enfermedad hidática que la clasificación patogénica ha pasado para él al primer plano. Protesta cuando se dice quiste del útero porque se trata según él de localización peritoneal, olvidando que en las descripciones anatómicas el útero tiene una capa peritoneal en propiedad y no concediéndole a la localización primitiva de un embrión exacanto en dicho sitio, más que una posibilidad remota, cuya demostración por la anatomía patológica, deja a cargo de quien la sostenga. Que frente a un caso así, haya argumentos para considerar que se trata de una hidatidosis secundaria es innegable, que esto tiene su significación práctica también.

Pero este punto, es decir si se trata de una equinocosis primaria o secundaria, al hacer la clasificación, debe figurar en segunda línea.

Se dirá entonces y no veo que reproche puede hacerse, quiste del útero, agregando hidatidosis secundaria, seguramente, probablemente o nada, según el valor de los argumentos que puedan invocarse. En esto estoy de acuerdo con el Prof. Chifflet.

Más interesante es cuando se trata de manejar las hojas conjuntivas que rodean al parásito.

Este provoca, a su alrededor una formación conjuntiva. Él tiene por otra parte una acción toxinecrótica que le permite abrir un bronquio, un canal biliar, verterse en el peritoneo, etc.

Según el concepto de Dévé puede romper la cápsula de Glisson de adentro para afuera, pero no de afuera para adentro concediéndole a la cápsula de Glisson en estas condiciones, una inmunidad particular.

Pues bien la mezcla de esas dos acciones señaladas, neoformación conjuntiva y acción toxinecrótica, hace que, a menudo, el parásito tome contacto con varios tejidos o vísceras vecinas, siendo difícil afirmar a quien pertenece (cuestión anatómica) si ello significa afirmar de donde viene (cuestión patogénica).

Refiriéndonos al quiste hidático de origen peritoneal, hidatidosis secundaria, él parte de un punto, porque de tal debe considerarse el tamaño de un escolex.

Para el Prof. Dévé siempre existe esa adherencia peritoneal y atestiguaría su origen. Nosotros no creemos que él pueda afirmar, que esa adherencia exactamente en la misma forma, no pueda establecerse cuando un quiste se encamina hacia la serosa. El Prof. Dévé niega que un quiste de origen peritoneal pueda desarrollarse en el tejido celular subperitoneal y habría siempre allí un plano de clivaje. Sería de preguntarle al Prof. Dévé dónde se ha desarrollado el quiste que señala el Prof. Chifflet perteneciente a un caso mío.

Se trataba de una enferma, operada de siembra peritoneal y librada de sus quistes en 8 intervenciones. En una de ellas encontramos que un quiste de unos 10 cms. de diámetro, que el Prof. Dévé denominaría peritoneal posterior, estaba cruzado por delante, en su ecuador, por el uréter izquierdo.

Dentro del esquema del Prof. Dévé esto no tiene explicación. Un quiste peritoneal no puede nunca pasar por detrás del uréter. ¿No es lógico explicarse esta situación diciendo, que el quiste primitivamente seroso, ha ido desarrollándose en la subserosa, en el espacio retroperitoneal, pasando, al encontrarse con el uréter por el espacio más fácil, por el retroureteral?

¿Y qué decir de los quistes señalados en un protocolo de autopsia que figura en uno de nuestros trabajos? (B. de la Soc. de Cirugía. Tomo II, B. 41 - 1931).

“En el espacio látero - mesentérico izquierdo entre la raíz del mesenterio, el colon descendente y el colon transversal hay tres o cuatro quistes grandes como un puño. El decolamiento coloparietal los deja para atrás, pero un decolamiento más profundo permite separarlos del fascia renal; son quistes retromesocólicos (se vieron bien los vasos pasando por delante) y pre o mejor dicho pararenales.

“Entre la raíz del mesenterio, el colon transversal y el colon ascendente, hay varios quistes de tamaño variable, *retroperitoneales*, con situación idéntica a los señalados del otro lado y continuándose por detrás del mesocolon transversal con quistes perihepáticos. Agregaremos que hacia afuera la capa de quistes retrocólicos se continuaba hacia ambos lados con la capa de quistes que tapizaba la pared abdominal anterior.

“En la pelvis por debajo del ansa ilíaca que la tapizaba se encontraron varios quistes”.

Creo por lo tanto que en la pared anterior pueda pasar lo mismo y que un quiste pueda desarrollarse en el tejido celular subperitoneal.

Esta relación subperitoneal ha sido muy bien aprovechada por el Prof. Surraco en su técnica de abordaje de los quistes hidáticos retrovesicales.

Es una técnica similar la que preconiza Chifflet para los quistes de la pared abdominal anterior.

Poco yo debo confesar que todos estos argumentos míos son operatorios o de escritorio y *me dirijo a los anatomopatólogos* para que me digan si les es posible diferenciar las formaciones fibrosas que rodean un quiste de manera de poder decir cuales provienen de la hoja fibrosa del peritoneo y cuales son provocados por el parásito en el medio ambiente.

En este sentido creo que tanto el esquema de Dévé como el de Chifflet son “tendenciosos” es decir, encuentran o señalan lo que querían demostrar.

En resumen, yo no puedo concebir en mi ignorancia que un quiste nacido en el peritoneo y desarrollándose hacia el plano subperitoneal y que un quiste originado en el subperitoneo y desarrollándose hacia el peritoneo, no puedan tener en un momento dado las mismas relaciones anatómicas. Tanto Dévé como Chifflet quieren que las hojas fibrosas hablen de su origen afir-

mándolo el uno, negándolo el otro. Y es en esto que no puedo acompañarlos.

Admitimos pues con Chifflet que los quistes de origen peritoneal puedan desarrollar en el subperitoneo anterior. ¿Justifica eso que se cree una variedad parietal anterior y que se le llame preperitoneal? Para lo primero no le vemos inconveniente aun cuando su importancia es indudablemente menor que los subdiafragmáticos, que los pelvianos, que los parietales posteriores.

Lo segundo es discutible, los hechos lo dicen: El esquema de Chifflet que provocó la discusión, no cuenta con nuestra aprobación. Hay en él una independencia del quiste con el peritoneo que no corresponde a lo que uno ha visto. Pero el término preperitoneal es para nosotros sostenible, si con ello se quiere significar que esos quistes se encuentran antes de llegar a la cavidad peritoneal, que son preserosos, que se encuentran al llegar al tejido celular preperitoneal y que puede utilizarse este plano como aconsejan Surraco y Chifflet para abordarlos quirúrgicamente.

Dr. A. Chifflet. — La amabilidad exquisita del Prof. Dévé le ha hecho destinar tiempo y trabajo para comentar un artículo traído por mí el año pasado, a la Sociedad de Cirugía. Vuelvo hoy sobre el mismo asunto, no con la finalidad de mantener un alegato con el distinguido hidatólogo, sino, modestamente, para decir sintiéndome discípulo, lo que aun no ha podido modificar en mi criterio la palabra autorizada y cálida de nuestro admirado maestro.

Me voy a permitir invertir el orden de mi comunicación con respecto a mi artículo anterior y a la contribución del Profesor Dévé (1-2). En lugar de comenzar por la patología de la afección, es decir su patogenia y su anatomía patológica, con la discusión correspondiente a la verdadera denominación de estos quistes, para terminar con el estudio de los caracteres y tratamiento, he de empezar por esto último. Y lo hago así para terminar desde la entrada con aquello que no puede ser objeto de discusión, que son hechos, y que no pueden subordinarse al criterio que se tenga sobre la verdadera ubicación del quiste. En último término entraremos a este problema, pero ya hecho el acuerdo sobre lo fundamental y dejando, si así fuese necesario, que cada uno ponga a los quistes cuyo origen, ubicación, caracteres, evolución, etc., no puede ser motivo de divergencia, el nombre que más le plazca.

TRATAMIENTO. — No existe entre nuestra opinión y la del distinguido maestro de Rouen, diferencia de importancia. Coincidimos en las dificultades técnicas que plantea esta localización, lo cual obliga a considerar varias posibilidades operatorias.

El formolado "in situ" de acuerdo con la técnica descrita por el mismo Dévé (3) lo rechazábamos, teniendo en cuenta la exis-

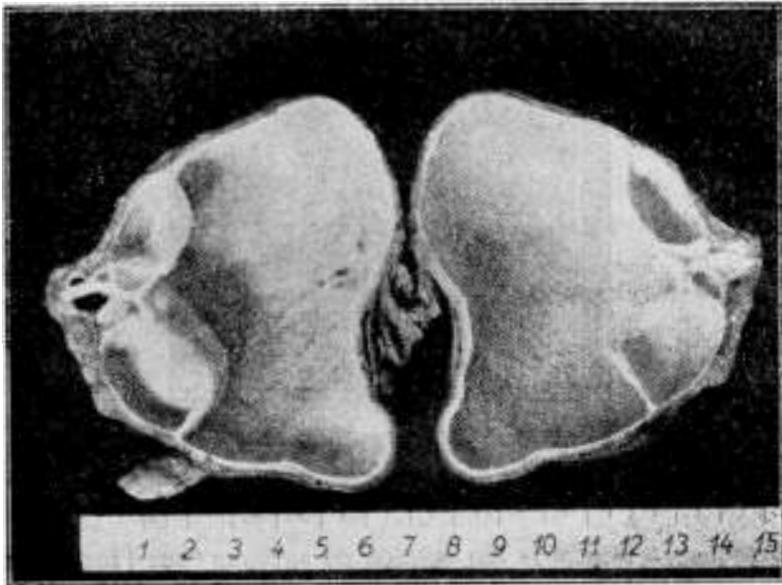


FIG. 1. — Quiste de siembra serosa donde se ve la multivesiculización. La momificación con formol intraquístico no podría matar todas las vesículas.

tencia general de múltiples hidatides a veces microscópicas dentro del saco adventicial (fig. 1) y aun en el espesor de la adventicia (fig. 2). Estas hidatides son las que obligarían siempre a la extirpación total de la adventicia o por lo menos a una rigurosa limpieza y formolado de los repliegues de la bolsa, después que se sacó la membrana principal (4).

El Prof. Dévé considera que el formolado "in situ", "trouventant, en l'espèce, une indication d'élection". Pero no olvida de agregar que: "Il va sans dire que le taille de certains de ces kystes on leur contenu multivesiculaire rendront parfois préférable l'ouverture du sac. . . ." etc., etc. Nosotros que consideramos esa

multivesiculización lo corriente y que sabemos la imposibilidad de reconocerla por el examen exterior del quiste, no estamos lejos de él cuando aconsejamos hacer en todos “la formolización, abertura, evacuación y cierre con abandono”. En la práctica pues, no existiría oposición en la conducta que adoptaríamos frente a cualquier paciente.

Recibo gustoso su opinión de no recurrir a decolamientos extendidos, para evitar los cuales, yo ya aconsejaba las incisio-



FIG. 2. — Parásitos en el espesor de la adventicia que escaparían seguramente a la acción del parasiticida.

nes pequeñas múltiples. Su opinión de agregar “sur l’incisión pariétale verticale une petite incision transversale complémentaire” no la comparto en lo más mínimo. No es el caso de discutir ahora incisiones, pero diré que prefiero siempre la multiplicidad de incisiones anatómo - fisiológicas a las incisiones destructivas complejas y que la incisión vertical que Dévé toma como directriz, tiene para mí escasísimas indicaciones en la equinocosis peritoneal, prefiriendo las incisiones fisiológicas que pueden multiplicarse sin temor.

CARACTERES. — Cuando nosotros decimos que el quiste preperitoneal no puede crecer mucho porque es un candidato a degenerar, a supurar o a dar equinocosis de siembra, el Prof. Dévé dice: “nous n’en croyons rien”.

Cree que los quistes secundarios de peritoneo parietal anterior pueden crecer tanto como los otros quistes peritoneales secundarios, no hundiéndose en el tejido subperitoneal o en el plano

muscular vecino, sino simplemente abombando hacia la cavidad abdominal libre.

Por razonamiento el Prof. Dévé piensa que los quistes podrían crecer abombando en la cavidad abdominal. Por razonamiento diría yo, con fundamentos científicos, a mi parecer irrefutables, que es imposible que un proceso parietal crezca hacia la cavidad peritoneal interrumpiendo el plano de deslizamiento entre dos formaciones completamente independientes en sus movimientos: pared abdominal y masa visceral. Pero quiero suponer que mi razonamiento es erróneo. Queda en pie algo que vale más que todo cálculo: los hechos. Estos muestran en infinidad de casos de quistes desarrollados por injerto seroso del peritoneo parietal anterior, que son siempre de dimensiones reducidas. Espero aún ver el caso o leer la observación de un gran quiste de siembra en el peritoneo parietal anterior.

El mismo Dévé dice más adelante, en la parte de tratamiento: “. . . . on a affaire à des kystes parietaux, de taille habituellement modérée”

El estudio de los quistes sacados en el paciente A. F. que motivó mi comunicación de octubre de 1938, lo mismo por otra parte que el correspondiente a varios casos ulteriores, mostró en la adventicia de esos quistes una vieja evolución y aun signos de alteraciones de distintos tipos, y su contenido parasitario raramente en su virginidad inicial. Estos hechos son argumentos a sumar para reconocer en estos quistes una dificultad insalvable para crecer indefinidamente.

LA DEGENERACIÓN. — El Prof. Dévé dice refiriéndose a nuestra afirmación del pequeño volumen de estos quistes, de su supuración, de su degeneración, etc.: “Nous n'en croyons rien”. Emitida ya nuestra opinión sobre el volumen, entremos en la degeneración. No necesitaré en realidad mayor desgaste dialéctico. El mismo Dévé acepta que son “comme tous les kystes secondaires du peritoine, mais non plus qu'eus sujets à dégénerer, c'est a dire à entrer spontanément en involution”.

Me podría dar por satisfecho. Pero deseo insistir en que esa posibilidad de la involución del quiste secundario peritoneal no es la misma para todas las localizaciones y que las observaciones muestran que una de las zonas predilectas para la degeneración es la del peritoneo anterior.

Todos los cirujanos de cierta actuación en hidatología hemos observado, operando equinocosis peritoneales secundarias, la existencia, antes de llegar al peritoneo, de quistes marchitos, a contenido informe, o hemos tocado por el lado seroso de la pared, estas formaciones blanduzcas que son quistes en involución. Y dentro del vientre nos esperaba una equinocosis florida.

LA SUPURACIÓN. — Cuando nosotros decimos que el quiste preperitoneal puede entre otras cosas ir a la supuración, el Profesor Dévé dice: “nous n'en croyons rien”. Sin embargo más abajo, cuando llega al párrafo destinado a esa eventualidad recuerda un caso de decolamiento pelvi - subperitoneal que publicó en 1923 ⁽³⁾ y sin dar la razón para no creer en la supuración de los quistes que nos ocupan, se orienta hacia el motivo de esa supuración, olvidando que líneas más arriba la negaba. Advierto el esquivo y lo acompaño hacia su derivación sobre el motivo de la supuración.

El Prof. Dévé encuentra causas para la supuración “indépendamment de tout hypothétique, phénomène anaphylactique local provoqué par l'opération d'un outre kyste”. Acepto las causas que él invoca, es decir la infección por vecindad de vías urinarias y digestiva y la influencia de los decolamientos extendidos, pero el aceptar eso no significa hacer caso omiso de otros fenómenos indiscutibles. Me refiero a lo que nosotros hemos llamado con Suiffet la supuración metastática, es decir, la supuración de quistes hidáticos hialinos por una intervención sobre otro quiste hialino. El Prof. Dévé no habla de ese hecho. Muy indirectamente se refiere a él atacando la hipótesis que hemos dado para explicarlo. Y aun puede decirse que no niega la hipótesis, sino que por un hábil artificio de exposición deja al lector en la creencia de que considera a este fenómeno como un proceso baladí.

Daremos próximamente nuevas pruebas en apoyo de la hipótesis del fenómeno anafiláctico local, que no nos interesa ahora. Vayamos a los hechos. Recordemos sólo que existe la supuración metastática y las observaciones lo muestran con cierta frecuencia. Y aunque no acepte el Prof. Dévé ni siquiera el hecho, ya bastante dice cuando plantea la hipótesis de la infección por vía urinaria o digestiva o por los decolamientos, lo cual es aceptar la supuración, único proceso en discusión, y dar así un nuevo vuelco a su afirmación, “nous n'en croyons rien”.

Denominación exacta de los quistes de siembra serosa en el peritoneo parietal anterior. — Estamos en la única parte que puede ser objeto de discusión. Hay conceptos muy importantes que deben ser recordados para poder hacer unidad de criterio en este problema. Abordaré el asunto bajo forma de considerando lo cual permitirá ir analizando por separado cada uno de los aspectos más importantes.

1^o) *Importancia que justifique su aislamiento.* — Refiriéndose a la equinocosis peritoneal múltiple el Prof. Dévé decía: “du point de vie clinique, d’une part, du point de vie chirurgical, d’autre part, l’isolement de quelques unes de ces variétés est parfaitement justifié” (5). En una comunicacón reciente donde analizaba las particularidades de los quistes según su topografía (6), anotaba que los quistes de la región inframesocólica gozan de una gran movilidad, tal como corresponde a las características de los órganos allí contenidos (colon transverso, intestino delgado, epiplón mayor) y a las de la pared que los recubre. Separados de ellos por la gran logia peritoneal antivisceral los quistes preperitoneales son fijos, jamás pediculados, engarzados íntimamente en la pared. Tienen así las características de los quistes fijos supramesocólicos y pélvicos y han de tener con ellos caracteres propios derivados de esa fijeza. Esta particularidad muy interesante y algunas otras ya ampliamente expuestas (quistes chicos, involucionados, situados por delante del peritoneo, que propagan sus procesos infecciosos al tejido subperitoneal y no a la serosa, de difícil abordaje si son múltiples, etc.), justifican de un modo categórico la segregación de esta forma de equinocosis peritoneal.

Dice Dévé: “Algunas de las modalidades regionales merecen ser individualizadas en razón de su interés clínico y quirúrgico”. No creo que existan otras localizaciones con derechos más definidos que ésta para aislarse como entidad.

2^o) *La costumbre.* — Oyendo descripciones de operaciones por equinocosis múltiple, los cirujanos más variados, con gran preparación en hidatología o sin ninguna, suelen decir: antes de abrir el peritoneo encontré un quiste pequeño, degenerado, que extirpé. Y llama a ese quiste preperitoneal sin que nadie le haya

dicho que se llama así. Sólo los eruditos temen usar esa palabra prohibida.

Los prefijos a la palabra peritoneal se utilizan dando a esa palabra el significado de cavidad peritoneal y no de hoja fibro-serosa. Se está intra-extra o paraperitoneal con relación a la cavidad serosa. A ningún cirujano se le va a ocurrir, ajeno por completo a toda antigua polémica, que los quistes que nos ocupan, encontrados antes de abrir esa cavidad no deben llamarse preperitoneales.

3º) *La histología.* — Las fotografías macro y microscópicas publicadas en mi comunicación de 1938 eran de una elocuencia terminante al mostrar el plano de clivaje que separa la adventicia del peritoneo. La descripción hecha por el Dr. Ardao daba el golpe final demostrando la ubicación de esos quistes independizados del peritoneo. El Prof. Dévé recuerda que en la figura 6 de su tesis (5) aparece el mismo hecho: “A savoir que le péritoine recouvrant un kyste secondaire est séparé de l’adventice fibreuse du kyste sous-jacente par un tissu conjonctif plus ou moins lâche, de neo-formation. Il se peut, par suite, que comme l’écrit le Dr. Ardao, “le péritoine se décolle tres facilement de l’adventice sous-jacente. Cela est vrai histologiquement. A moins sur certains kystes et au moins partiellement. Mais ce n’est plus vrai pratiquement, chirurgicalement”. Estoy de acuerdo de que en el acto quirúrgico el peritoneo se desgarrar si uno pretende despegarlo, pero ese hecho no puede por sí solo destruir toda una comprobación histológica documentada.

¿Se puede acaso separar quirúrgicamente con facilidad la serosa peritoneal que recubre el estómago, el hígado, el bazo, el intestino, etc., del tejido propio del órgano? Y por la dificultad para hacerlo vamos a quitar valor a la comprobación histológica, científicamente exacta de que el peritoneo recubre esos órganos y no los contienen entre la serosa y la fibrosa de la hoja peritoneal? Me parece que es querer desviar el problema al admitir el hecho indiscutible de la separación histológica entre adventicia hidática y peritoneo, mucho más evidente que en los órganos citados, para luego quitarle valor porque en el acto quirúrgico se producen desgarros al querer seguir ese plano de clivaje.

4º *Acción invasora del quiste hidático.* — El Prof. Dévé llevado posiblemente por el deseo de terminar definitivamente con los quistes preperitoneales se aleja algo del problema en sí y aborda un problema de la patología general del equinococo de gran



FIG. 3. — Quistes de siembra serosa engarzados en la superficie del hígado. Parecen independientes del parénquima. Se ve abajo un surco de desprendimiento.

importancia: la penetración tisural del quiste hidático. No entraremos a analizar las particularidades del quiste primitivo que nos daría material abundante. Quedando con los peritoneales secundarios por siembra serosa, tenemos múltiples ejemplos de esa penetración de los quistes.

El propio Dévé vuelve en 1923 sobre las comprobaciones de Davaine e insiste en la particularidad del quiste pélvico de penetrar en el espesor de los órganos y de abrirse en su luz (vejiga, recto, vagina). Nadie puede negar esos hechos, menos aún si se recuerda que la penetración en el espesor de la víscera impidió



FIG. 4. — El surco de desprendimiento está en pleno tejido hepático. No hay clivaje interquisto visceral.

mucho tiempo que se acepte, tal era la introducción en el órgano, su origen en una siembra serosa.

El Prof. Surraco (7) en su trabajo sobre “Los Quistes Hidáticos retrovesicales” analiza las particularidades de esos quistes, en especial su acción sobre el confluente espermático ureteral, dándoles una topografía extra peritoneal. Dedicó algunos párrafos para insistir sobre su exteriorización serosa, titulado así un capítulo: “C. Tendencia a la rápida exteriorización”. El trabajo en su conjunto tiene múltiples facetas que podría yo utilizar para mis necesidades, ya que es una contribución muy documentada sobre un sector del extenso espacio preperitoneal. Sólo recordaré que entre las más importantes conclusiones de ese trabajo figura la del tratamiento de elección que ha de ser por vía hipogástrica, ex-

traperitoneal. Un minucioso estudio autoriza al autor a evitar la abertura del peritoneo. Es una opinión documentada que apoya lo que venimos sosteniendo sobre la ubicación de los quistes preperitoneales.

Podría suponerse que sólo los pélvicos son penetrantes. Pero no es así. En la región supramesocólica o toracoabdominal los quis-

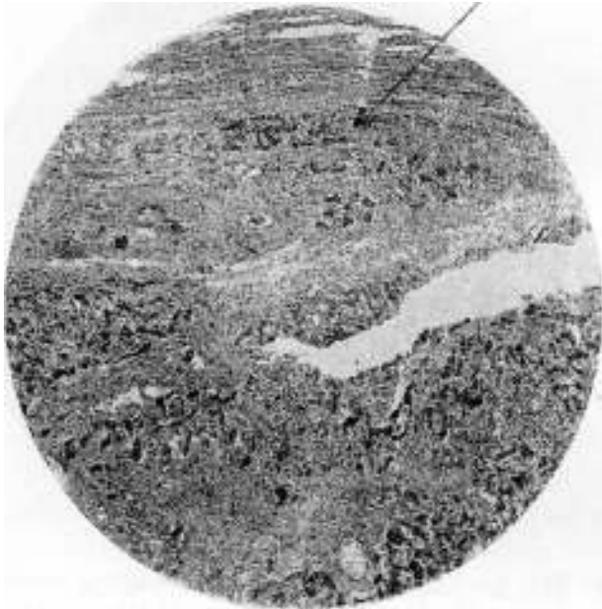


FIG. 5. — En la extrema derecha la adventicia hidática, teniendo en su espesor lobulillos hepáticos, marcados con la flecha. El proceso invasor del quiste ha hecho mezclar tejidos quísticos y parenquimatosos.

tes de siembra tienen también una acentuada tendencia a la invasión visceral. En una comunicación a la Sociedad Pasteur donde analizaba los caracteres de los quistes según su localización, presenté un caso de ulceración vascular y di mi opinión sobre la mayor penetración de los quistes en la pelvis y en la región toracoabdominal. En el hígado los quistes quedan en la superficie del órgano, deprimiéndolo generalmente y formándose logias en esa superficie. Dice Dévé que están en realidad "tous couchés dans un épaissement fibreux de la capsule de Glisson". Esto basta-

ría para mis necesidades de hoy. Si están en el espesor de la cápsula de Glisson es porque ya han atravesado todo el peritoneo y entonces son francamente subperitoneales.

No necesitaría más para mostrar que los quistes de siembra se subperitonealizan. Pero el Prof. Prat dice: “. . . . como ocurre



FIG. 6. — Corte a la altura del ángulo que forma un quiste de siembra serosa con el hígado. Arriba la adventicia hidática, abajo hígado (lobulillos canales). El peritoneo recubre hígado y en el ángulo se continúa, plegándose, para recubrir la adventicia hidática.

en el hígado, donde la hidatidosis secundaria, perihepática, se mete en pleno parénquima hepático, pero con la interposición del peritoneo” (8). Esto me obliga a insistir sobre el asunto para demostrar que no es exacta la afirmación del Prof. Dévé de que los quistes están en el espesor de la cápsula de Glisson y menos por lo tanto podría ser exacta la del Prof. Prat de que hasta el peritoneo está interpuesto entre el quiste y el hígado.

El Dr. Scandroglio ha realizado una serie de cortes histológicos en estudio de este problema. Las figuras 3, 4, 5, 6 y 7, muestran que en realidad el quiste está metido en pleno parénquima

hepático y que no sólo el peritoneo sino la cápsula fibrosa está dispuesta por fuera. El plano de decolamiento que parecía encontrarse para desprender estos quistes del hígado, estaba en realidad en pleno parénquima. Esta sola comprobación histológica alcanza para mí, que acepto como verdades los hechos bien vistos.



FIG. 7. — Mayor aumento de la figura anterior. El peritoneo endotelio y tejido conjuntivo de sostén) se continúa claramente dejando subperitoneal al quiste

Pero hay más aún: estudiamos con Suiffet y Scandroglia la repercusión visceral y peritoneal de los quistes sanos o enfermos de siembra serosa. En los quistes de la superficie hepática hemos encontrado frente a cierto número de casos con modificaciones en el peritoneo, la unanimidad de casos con alteraciones funcionales del hígado y netas alteraciones histológicas del tejido hepático en las vecindades del quiste. Esos quistes han dejado de ser de la patología serosa para ser de la patología del órgano. Lllamarlos serosos perihepáticos sería recordar su origen para desconocer su verdadera ubicación y el campo de sus manifestaciones mórbidas. Todos por otra parte le dan el nombre de hepáticos y

el propio Dévé en más de un trabajo divide los quistes del hígado en primitivos y secundarios lo cual es aceptar a éstos como propios de la víscera.

La insistencia en querer negar la ubicación visceral a los quistes de siembra serosa provocaría situaciones de difícil explicación como aquello de llamar quiste periuterinos a formaciones que están abiertas en la luz del útero.

En fin, el concepto de que no se introducen en el órgano, llevaría a la indicación operatoria de sacarlos enteros, pues podría utilizarse el forzoso plano de clivaje entre el quiste y el órgano, y la experiencia quirúrgica muestra como la histología, que tal clivaje no existe y que el quiste está introducido en el parénquima mismo.

En el peritoneo parietal la penetración no es tan marcada como en la pelvis y la región toraco abdominal, pero su existencia ha sido mostrada de modo inequívoco en las preparaciones y descripción del doctor Ardao.

La supuración de esos quistes no provocó, clínica ni anatómicamente ninguna modificación del peritoneo. En cambio difundió en el tejido subperitoneal provocando amplios decolamientos supurados. El Prof. Dévé en su crítica a mi trabajo, se refiere a un caso ya publicado por él de supuración de "proche" en el tejido pelvisubperitoneal, pero lo hace para discutir mi opinión de la supuración y no para fortificar mis afirmaciones de que el quiste repercute más en el tejido subperitoneal que en la serosa.

5° *Confusión.* — El Prof. Prat agrega este argumento a los esgrimidos por Dévé para negar la individualización de la equinocosis preperitoneal. Es un argumento que merece ser muy tenido en cuenta. Es el único que me ha hecho reconsiderar sobre el porvenir de la denominación de estos quistes.

En primer lugar debo hacer una pequeña síntesis histórica. Lenormant ⁽⁹⁾ siguiendo a Moutet había descrito como preperitoneales, grandes colecciones hidáticas previscerales. Había dicho además que no había que confundirlas con los casos de grandes quistes hidáticos del hígado pegados a la pared. En 1927 del Campo ⁽¹⁰⁾, muestra que los llamados quistes preperitoneales por Lenormant y otros autores eran en realidad colecciones intraperitoneales del tipo de la peritonitis crónica encapsulada. Poste-

riormente Dévé reconoce el hecho y desde entonces quedó definitivamente abolida la entidad llamada equinocosis preperitoneal. Hace ya 12 años. El tiempo y la experiencia han barrido con toda duda al respecto. Aquellas colecciones intraperitoneales, tienen un nuevo sitio en la nosología corriente, aunque aun queden diferencias sobre el verdadero nombre que les corresponde (11). Pero ya nadie se refiere a ellas con el nombre de preperitoneal.

Es posible que exista un nombre, desposeído de un confuso pasado, para designar los quistes que hoy nos ocupan. Pero ese nombre, que no faltará en la imaginación de los padrinos de las cosas ya hechas, no podrá oponerse con el solo mérito de su virginidad en el campo de la ciencia, al peso enorme que significa una palabra que dé cuenta de la ubicación, de los caracteres, de las complicaciones y del tratamiento de la enfermedad.

En fin, para terminar, diremos que la posibilidad de confusión por la palabra preperitoneal es un argumento tangencial al problema ya que nada apoya o niega del punto nodal de la cuestión que es la situación, caracteres, etc. de los quistes, injertados en el peritoneo parietal anterior. Argumentar contra la palabra no es destruir el hecho y el hecho en este caso lo constituye la ubicación preperitoneal demostrada por todos los aspectos en que se puede mirar el problema.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) DÉVÉ (F.). — Au sujet de l' "equinocose Préperitoneale". Comunicación leída en la Soc. de Cirugía. T. X, N° 3.
- 2) CHIFFLET (A.). — Equinocosis Preperitoneal. *Arch. Urug. de Med. Cir. y Espec.*, Montevideo, Vol. XIV. 1939. N° 2. Febr. pp. 177-88.
- 3) DÉVÉ (F.). — Nouveau traité de Médecine. Paris. 1923. Kystes hidatíques du péritoine.
- 4) CHIFFLET y ARDAO. — Equinocosis peritoneal secundaria. *Anales de la Facultad de Medicina*. Montevideo. Vol. 20. 1935. N° 1 y 2. pp. 122-50.
- 5) DÉVÉ (F.). — De l'Echinocoose Secondaire. Paris. 1901, p. 253. fig. 7.
- 6) CHIFFLET (A.). — Táctica operatoria en la equinocosis peritoneal múltiples. Comunicación de la Soc. Pasteur. A publicarse en *Arch. Urug. de Med. Cir. y Especialidades*.
- 7) SERRACO (L. - A.). — Los quistes hidáticos retrovesicales. *Anales de la Fac. de Med.* Montev., XXII, 1937, N° 11 y 12, pp. 855-84.

- 8) PRAT (D.). — Discusión en la Soc. de Cirug. de comunicación del Prof. Dévé. (Ver 1).
- 9) LENORMANT (Ch.). — Les kystes hydatiques de la paroi abdominale. *Revue de Chirurgie*. Paris. Vol. XXXII, 1905, pp. 446-66.
- 10) DEL CAMPO (J.-C.). — Hidatoperitoneo. Seudo tuberculosis peritoneal hidática. *Anales de la Fac. de Medic.* Montevideo. Vol. XII, 1927, pp. 702-19.
- 11) PÉREZ FONTANA VELARDE. — Echinococose peritoneale vesiculeuse enkys-tee. *Archv. Internac. de la Hidatidosis*. Montevideo. Vol. 11, 1937, N° 2, pp. 155-86.

Dr. D. Prat. — Recuerdo que en el H. Pasteur hay una pieza de hidatidosis peritoneal múltiple en especial hepática muy interesante. Creo que la Sociedad de Cirugía podría por algunos de sus miembros abocarse al estudio de ese hígado para aclarar el problema de la penetración de los quistes.

Dr. J. C. del Campo. — La Anatomía Patológica no puede por sí sola liquidar todo el problema, ya que es posible en este asunto como en muchos, encontrar hecho en uno u otro sentido cuando se va con finalidad preestablecida.

Dr. Domínguez. — Vine a la Sociedad de Cirugía interesado por este asunto. Traeré piezas y documentación al respecto en la próxima sesión.

Dr. Nario. — Existe en el asunto en debate una cuestión de fondo y una de fórmula. En lo que se refiere a los hechos estoy de acuerdo con Vds. Creo que debe mantenerse en estudio el problema, analizando el mayor número de casos, sin prejuicio de ninguna clase. Mientras tanto, que el asunto quede como no definido.

Dr. Larghero. — Acepto la denominación de preperitoneal para los quistes que resultan de la siembra serosa en el peritoneo parietal anterior. Son en realidad quistes que se encuentran antes de abrir la cavidad peritoneal y en ese sentido el nombre es exacto.

En cuanto al problema de la exteriorización de los quistes de siembra serosa, existe una experiencia del Prof. Dévé realizada en una *articulación*, que puede servir en todas las líneas como prueba de ese proceso. Consistió en la inyección intra-articular

de elementos hidáticos. Cierta tiempo después las formaciones quísticas se encontraban hasta en tejidos muy alejados de la sinovial. Presentaré próximamente a esta Sociedad, el caso inverso, en que una equinocosis de la rodilla a comienzo extra - articular, llegó hasta la producción de vesícula en el espesor del paquete adiposo articular. La argumentación expuesta por el Dr. Chifflet es por otra parte copiosa y convincente.

