

Clínica Quirúrgica del Prof. Carlos Stajano

## QUISTE HIDÁTICO ABIERTO EN VIAS DIGESTIVAS

*Prof. Agr. Dr. Abel Chifflet y Dr. Walter R. Suiffet*

En setiembre de 1941, uno de nosotros mostró en la media hora previa, las radiografías de un enfermo con un quiste hidático abdominal abierto en estómago. Con ese motivo tuvimos oportunidad de escuchar opiniones dispares respecto a la conducta a seguir frente a ese caso, lo que demostraba criterios diversos ante un problema tan interesante. A sugestión del Prof. Prat hemos unido a esa, otras observaciones y son ellas las que motivan estos comentarios.

Es evidente que en nuestro medio no observamos complicaciones de este tipo con la frecuencia que lo haría pensar el número elevado de enfermos con quiste hidático, de ahí que cuando se tenga que actuar frente a ellos surjan dudas originadas en la falta de experiencia que su poca frecuencia crea.

La bibliografía no es muy rica en publicaciones sobre el tema y ella muestra un hecho de real interés: casi todos los trabajos son anteriores a la era quirúrgica del quiste hidático, lo que puede demostrar que el tratamiento médico expectante llevaba en un gran porcentaje de casos a la abertura espontánea de esos quistes; además, faltos de control radiológico u operatorio que confirmara el diagnóstico, esos casos tienen un valor relativo en la casuística.

Dévé cree que un gran porcentaje de ellos pueden corresponder a quistes hidáticos abiertos en vías biliares dado que sólo se utilizaba como base del diagnóstico la emisión de elementos hidáticos por las vías digestivas.

Los quistes que se abren en vías digestivas son aquellos que han formado por un proceso adhesivo preparatorio una íntima

unión con la víscera; son por lo general quistes alterados o supurados, rara vez hialinos.

El quiste en su crecimiento excéntrico y expansivo puede llegar en contacto íntimo con una víscera hueca. El factor irritativo tóxico que en el ambiente peritoneo visceral vecino al quiste existe siempre, produce una verdadera peritonitis plástica que se traduce por esas adherencias tan frecuentes en la cirugía del quiste hidático.

El factor mecánico de compresión va a actuar sobre todo en los sectores viscerales fijos, y en menor cuantía sobre las partes francamente móviles y aptas a grandes desplazamientos del estómago y colon, cuando éstos están libres. Pero si un proceso adherencial los fija al quiste, su compresión podrá ser posible y ambos factores tóxico y mecánico producirán sobre la pared visceral alteraciones degenerativas que labrarán el trayecto de la comunicación.

Es tan importante este factor tóxico mecánico de la génesis de adherencias, fuera de la supuración, que se pueden ver adherencias íntimas entre quiste y víscera en quistes hidáticos hialinos. Tuvimos una oportunidad de apreciar bien esto en una enferma con un quiste hidático de riñón derecho hialino, operado por una incisión de Bazy, en la cual las adherencias de la cara anterior del quiste al duodeno eran tan íntimas que fué imposible separarlos por no encontrar planos de clivaje, debiendo evacuar el quiste y reseca la adventicia dejando pegado al duodeno una zona de unos 3 a 4 cms., de diámetro en donde los dos elementos víscera y quiste estaban íntimamente unidos.

La supuración de un quiste hidático hepático es un hecho habitual; muy a menudo los quistes supurados a contenido purulento franco y con sintomatología ruidosa, no aparecen en el momento operatorio, adheridas a ninguna víscera; otras veces hay adherencias laxas epiploicas o viscerales de reciente formación, pero no es frecuente encontrar adherencias firmes que permitan al quiste abrirse en la víscera. En cambio en los quistes viejos a contenido alterado, infectados, con o sin pus donde el proceso tiene una evolución más lenta es donde pueden verse adherencias firmes de víscera a quiste preparatorios a la comunicación.

La supuración puede crear adherencias, pero la supuración puede ser el resultado de esas adherencias creadas por el factor

tóxico y mecánico al favor de una contaminación microbiana de víscera a quiste. Instalada esa supuración, puede ser ésta el golpe de gracia de la barrera víscero - quística e instalarse así la fístula.

No creemos que la supuración sea indispensable para la abertura; puede estar ausente y producirse la comunicación al favor de los elementos antedichos aunque lo frecuente es que sean quistes infectados. El camino está preparado pues por un foco de peritonitis plástica que une ambos elementos y la abertura se realizará por desaparición del tabique, podemos decir así, que separa víscera y quiste, ya sea por trastornos degenerativos o íntimos y que llegarán a la instalación de la comunicación entre ambos.

### Cuadro clínico

Muy a menudo vemos enfermos que nos dicen que han expulsado membranas o vesículas por vómito o con las materias fecales. La investigación clínica y de laboratorio nos es completamente negativa y a pesar de que se tiene la impresión no se puede asegurar que ese enfermo haya evacuado, podemos decir así, un quiste hidático por sus vías digestivas.

Otras veces el enfermo presenta un cuadro clínico con algunos elementos patognomónicos.

Puede tratarse de un enfermo que ya esté catalogado como portador de un quiste hidático o todavía como sucedió en un caso, donde se ha hecho diagnóstico de supuración. Otras veces el enfermo no había consultado nunca y no se tiene idea de que tenga un quiste hidático.

En el interrogatorio de los antecedentes lejanos podemos sacar datos que nos orienten al diagnóstico de quiste hidático.

Precediendo a la crisis de abertura, el enfermo se queja de dolores que traducen fenómenos inflamatorios o congestivos en la región quisto - visceral o en caso de franca supuración, dolores y fiebre como manifestación habitual de ella.

La perforación se instala con un cuadro brusco doloroso que puede acompañarse de los síntomas generales de todo cuadro perforativo, cuadro de shock clásico con todos sus elementos.

No es habitual que se acompaña el cuadro perforativo de accidentes anafiláticos serios como puede verse en aberturas quísticas en otros ambientes orgánicos. Tal vez el hecho de que por lo

general son quistes viejos, alterados o supurados, es el responsable de la atenuación de los fenómenos de alergia, que se hacen tan visibles en casos de ruptura de quistes jóvenes o hialinos; además la mucosa digestiva es una barrera más fuerte y la absorción de líquido hidático no es tan masiva como lo es por ejemplo cuando un quiste se rompe en pleno peritoneo.

Inmediatamente al accidente doloroso o después puede aparecer la hidatidemesis o hidátidenteria mostrando elementos de grueso reconocimiento macroscópico, membranas y vesículas o microscópico (escolices ganchos) investigación ésta que se deberá realizar siempre para certificar la veracidad del diagnóstico. Su presencia traducirá la abertura de un quiste hidático en vías digestivas o vías biliares. Sobre un total de 136 casos de hidatidemesis e hidátidenteria. Dévé establece el siguiente porcentaje:

- 55 % por abertura en vías biliares
- 33 % por abertura en el intestino y
- 12 % por abertura en el estómago,

y sobre este total tienen confirmación anatómica, operatoria o necrósica, 4 abiertos en estómago y 1 en colon y cita como probables 13 abiertos en estómago y 44 en colon.

Difícilmente la abertura en vías biliares podrá traducirse por una eliminación de gruesas membranas o vesículas como puede verse en las aberturas gastro - duodenales o cólicas ya que por lo general en esos casos los restos hidáticos son pequeños. Por otra parte el cuadro clínico orientará al diagnóstico.

El examen del enfermo nos traducirá signos clínicos que variarán según el tamaño y la topografía del quiste y la mayor o menor participación peritoneal. Si se trata de un enfermo ya conocido como portador de un quiste hidático podremos notar la disminución de volumen en el tamaño del quiste. Pero esto no es lo habitual y por lo general el enfermo llevaba un quiste hidático sin conocerlo y sólo podrá notar él, la disminución del tamaño de su abdomen o la desaparición de una tumoración que él se tocaba.

A la palpación se notará la presencia de una tumoración con los caracteres clínicos habituales de los quistes hidáticos con algo de reacción peritoneal a su alrededor que podrá enmascarar los datos finos de la semiología hasta hacer aparecer la zona quisto -

visceral como una región más resistente o defendida que el resto del vientre. Si la evacuación ha sido completa y los signos inflamatorios ausentes, la palpación puede ser negativa.

La percusión puede mostrar en algunos casos una sonoridad limitada a la zona tumoral que corresponde a la presencia de gas en el interior de la cavidad quística debido al pasaje de gases intestinales o a la formación "in situ" de gases por la supuración.

El examen radiológico debe ser realizado para ayudar al diagnóstico. Simple, puede mostrar una imagen hidroaérea en la cavidad quística parcialmente evacuada, o ser completamente negativa en otros casos.

La radiología contrastada nos va a dar datos interesantes que pueden llegar a ser categóricos cuando aparece el relleno de la cavidad quística comunicando con el estómago, duodeno, íleon o colon en forma directa o a través de un trayecto fistuloso más o menos neto.

Hecho que si va unido a la eliminación comprobada de elementos hidáticos certifica definitivamente el diagnóstico clínico y topográfico.

Puede mostrarnos la radiología contrastada algún trayecto fistuloso más o menos largo que no llegue a llenar la cavidad quística ya sea que ésta se ha drenado totalmente y obliterado o que el trayecto se ha obstruido total o parcialmente.

Dejamos de lado lo que la radiología puede dar como desplazamientos viscerales en casos de quistes hidáticos.

Dos hechos fundamentales permitirán realizar el diagnóstico clínico completo:

El reconocimiento macro o microscópico de elementos hidáticos en el vómito o en el contenido gástrico y en las materias fecales.

La visualización radiológica del trayecto quisto-visceral y de la cavidad residual quística.

La primera premisa no excluye la segunda porque el quiste hidático hepático abierto en vías biliares puede dar hidátiden-teria e hidátemesis y sólo con la comprobación radiológica se podrá llegar al diagnóstico exacto. Este diagnóstico clínico dudoso o concreto podrá ser completado por el diagnóstico anatómico (operatorio o necrópsico) y en ausencia del radiológico será indispensable para afirmarlo.

Pocas observaciones resisten a este control riguroso, clínico, radiológico y anatómico y esa es una de las razones fundamentales porque el número de quistes hidáticos abiertos en vías digestivas es tan pequeño en la clínica actual.

El pronóstico de la abertura de un quiste en las vías digestivas no tiene la gravedad que hacía pensar la comunicación de una cavidad quística con vísceras a contenido prácticamente séptico.

El porcentaje de curaciones es grande y llama aún más la atención el porcentaje de curaciones espontáneas cuando el quiste se abre y se evacúa totalmente. "Se podrá creer que la penetración de gérmenes intestinales o materias fecales en una bolsa quística casi fatalmente mal drenada, debería ser seguida inevitablemente de accidentes septicémicos. Esta eventualidad ha sido observada algunas veces, pero lo más a menudo, la curación sobreviene. De todos los modos de evacuación espontánea de quistes es la más favorable".

Así se expresaba Dévé en 1905 y las observaciones posteriores confirman su opinión de entonces.

Esta curación espontánea será posible cuando la evacuación del parásito ha sido completa, lo que implica una comunicación amplia y persistente para permitir la total eliminación del contenido y los restos parasitarios. En ese caso podrá quedar una cavidad residual pequeña que con el tiempo desaparecerá siempre que la comunicación persista el tiempo suficiente para permitir el drenaje de aquélla hasta que se colapse totalmente. Realiza esta comunicación espontánea un drenaje indirecto al exterior semejante al que realiza el cirujano cuando opera un quiste hidático.

Si se quita el tubo de drenaje luego de operado un quiste hidático cuando aún la cavidad exuda o tiene restos parasitarios, ésta retendrá y será necesario reabrirla. Lo mismo si el trayecto fistuloso se cierra, la cavidad residual con o sin restos se rellenará o supurará y será entonces necesario drenarla. De modo que si el drenaje es amplio y persistente, la evacuación puede ser total y curar el enfermo quedando como único recuerdo de ese quiste hidático, una adherencia visceral en una zona de peritonitis plástica. La posibilidad de infección de esa cavidad por el contenido digestivo es discreta. Prácticamente esa cavidad quís-



quístico es remota y si se establece cerrará generalmente espontáneamente o estableciendo las directivas terapéuticas habituales.

Una eventualidad posible y a la que no nos hemos referido antes, es la abertura postoperatoria de una víscera digestiva en un quiste hidático drenado. Cuando la zona adherencial víscero-quística tiene cierto tiempo de evolución, la pared visceral puede estar transformada en adventicia de la hidátide, de tal modo que la cavidad visceral está cerrada en determinada zona por adventicia hidática y no por pared del órgano.

Evacuado el contenido parasitario, al necrosarse y desprenderse la adventicia total o parcialmente, puede poner en comunicación la cavidad visceral con la bolsa adventicial.

Le sucede a la cavidad digestiva lo que a los canalículos biliares o a los bronquios, que englobado en la adventicia al evacuarse el parásito pueden ponerse en comunicación con la cavidad residual.

En dos oportunidades hemos visto la fistulización digestiva en el post-operatorio de quiste hidático; se trataba de quistes evacuados anteriormente con adventicias calcificadas donde la extracción del cascarón trajo como consecuencia la abertura visceral que fué seguida de curación rápida. En estos casos de calcificación adventicial tenemos todavía más neta la comprobación de la causa de la fistulización son adventicias viejas con fenómenos de necrosis y degeneración hialina y depósitos cálcicos que pueden estar íntimamente ligados a vísceras vecinas, formando la pared de éstas como elemento constituyente de esas adventicias alteradas. Al quitar quirúrgicamente esa adventicia calcificada es fácil abrir la cavidad de la víscera adherida y establecer así la comunicación.

**Conclusiones.** — La abertura de un quiste hidático abdominal en las vísceras huecas digestivas es poco frecuente.

El diagnóstico se basará en la eliminación de elementos hidáticos por las vías digestivas, en el examen radiológico o en la comprobación anatómica.

La evolución puede ser favorable.

Del diagnóstico no nace una indicación quirúrgica, ésta surgirá del estudio de los elementos ya citados.

La terapéutica quirúrgica debe dirigirse al quiste practicándose drenaje, sin ocuparse de la fistulización quisto-visceral.

La casuística que hemos podido recoger la descomponemos en las siguientes observaciones:

**(A) Control anatómico positivo o anatómico y radiológico  
3 casos**

OBS. N° 1. — Servicio del Prof. C. Stajano. — Historia N° 1998.

Quiste hidático de hígado abierto en colon.

R. F., 44 años. Hace 23 días dolor intenso en hipocondrio izq. sin vómitos. A los 2 días hidátidenteria comprobada por médico, expulsando gran cantidad de vesículas. Ligera subictericia. Hígado grande con aumento de su lóbulo izq. A la intervención (Dr. Mernies) se encuentra un quiste de la cara inferior de lóbulo izq. de hígado adherido al colon transverso. Vaciado por aspiración de líquido fétido y restos parasitarios. Tubo y mecha. Cierre. Post-operatorio sin ningún hecho de interés. El lipiodol inyectado por el drenaje llena una pequeña cavidad irregular en el lóbulo izq. del hígado. Curación a los 40 días.

OBS. N° 2. — Dr. Julio Nin y Silva.

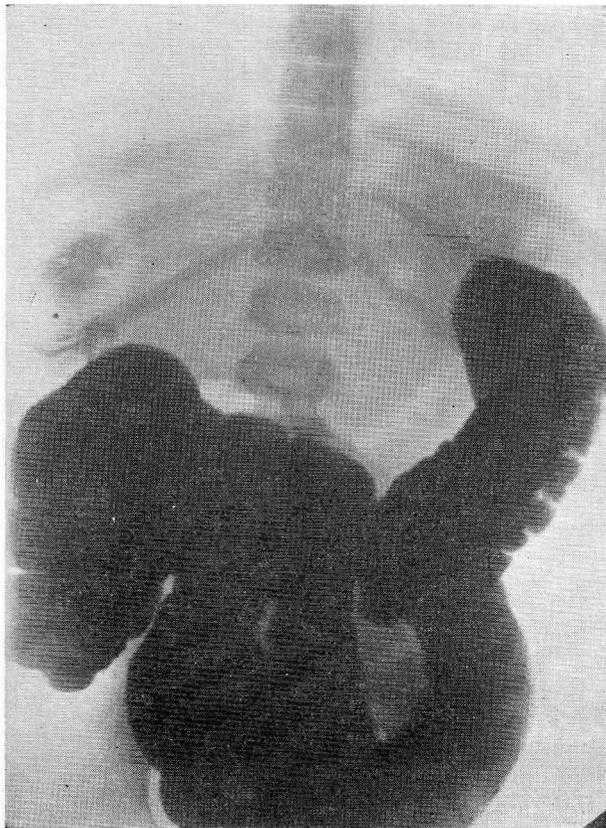
Quiste hidático de hígado abierto en estómago.

Enferma con un quiste hidático de lóbulo izq. de hígado que brusca-mente hace un vómito de membranas y vesículas hidáticas. Se interviene a los varios días con el diagnóstico de quiste hidático abierto en el estómago. Se encuentra un quiste hidático de hígado íntimamente pegado al estómago. Liberación de la zona de adherencia y cierre de la brecha gástrica. Mecha en la cavidad quística que está vacía. Cierre. Curación luego de un post-operatorio, sin complicaciones.

OBS. N° 3. — Prof. A. Rodríguez Castro.

Quiste hidático de hígado abierto en colon.

J. J. B., 6 años. Consultó hace 1 año por cefalalgia y anorexia. El médico le encuentra un hígado grande y le indica tratamiento. En febrero del año 1941 expulsa por el intestino junto con las materias fecales algo semejante a clara de huevo cocida. Al día siguiente tiene un vómito de color verdoso claro semejante según su médico a líquido hidático. No hace fiebre ni ningún otro trastorno. A su ingreso se encuentra solamente un hígado apenas palpable, completamente indoloro con un estado general excelente. El relleno opaco del colon muestra una comunicación con una cavidad redondeada intrahepática (fig. N° 1). A los dos meses después de este accidente es operado con anestesia general encontrándose una adherencia firme del ángulo derecho del colon a la cara inferior del hígado. Duodeno parcialmente adherido. Liberación de la adherencia cólica y cierre de la brecha intestinal en dos planos. La cavidad quística está vacía. Tubo y mecha subhepáticos. Cierre. Post-operatorio normal. Curación.



### B) Control radiológico, 1 caso

OBS. N° 4. — P. M. Quiste hidático de hígado abierto en estómago. Enfermo con una hidatidosis peritoneal, operado ya en otras oportunidades. Quiste hidático de lóbulo izq. de hígado que debía ser operado a breve plazo. Comienza con chuchos, fiebre y dolor a nivel del quiste; su médico diagnóstica supuración y lo trae a Montevideo. Al llegar a la Estación de Ferro Carril, siente un dolor brusco muy intenso en hipocondrio izq. seguido de una lipotimia y luego un abundante vómito de pus y elementos hidáticos (membranas y vesículas) en los días siguientes le hacen lavados de estómago que traen cantidad regular de pus y elementos hidáticos. Mejora su estado general en los días sucesivos, siendo cada vez más limpio el líquido gástrico. Recupera totalmente su estado general y es dado de alta a los 20 días.

En el examen radiológico practicado al día siguiente de su accidente, se nota una hepatomegalia que desciende y lleva a la izquierda el píloro, y una

zona de niveles hidroaéreos a la izquierda, hacia abajo y atrás del estómago que parecen corresponder al primer grupo de asas delgadas. No se visualiza francamente trayecto ni cavidad quística, sólo hay una zona sospechosa que pudiera corresponder al trayecto fistuloso pero que no es claro.

### C) Fistulización visceral secundaria, 3 casos

OBS. N° 5. — D. A. Servicio del Prof. C. Stajano. — Hist. N° 981.

Abertura secundaria de quiste hidático de riñón en colon.

Quiste hidático calcificado de riñón izquierdo. Drenaje por insición de Bazy. Fistulización, saliendo en algunas oportunidades materias fecales. No se visualiza la comunicación con bario en el colon. A los 10 meses lumbotomía y drenaje posterior, extrayéndose la adventicia calcificada. Fístula lumbar. Fallece por afección intercurrente.

OBS. N° 6. — D. R. de R. — Servicio del Prof. Dr. C. Stajano.

Abertura Secundaria de quiste hidático de hígado en duodeno o estómago.

Quiste hidático de lóbulo derecho de hígado a contenido multivesicular alterado, calcificado. A los 7 meses se reinterviene para extirpar la adventicia calcificada. Aparece a los 20 días al quitarse la mecha y tubos, restos alimenticios y líquido amarillento abundante. Se tapona con mechas la cavidad, cerrando rápidamente la fístula. Cura y alta a los 6 meses.

OBS. N° 7. — Servicio del Dr. Prat.

Abertura secundaria de quiste hidático de hígado en estómago y hemorragia.

Q. M., 43 años. Operado en 1920 de quiste hidático de hígado. A los 6 meses operado por otro quiste en esa región. ¿Hepático? Operado en 1929 de quiste hidático de lóbulo derecho de hígado y de quiste epiploico vecino del tamaño de un huevo de avestruz.

En diciembre de 1930, operación por quiste hidático lóbulo derecho de hígado. Ningún antecedente de evacuación hepática digestiva. (Dr. Soto Blanco). Vaciado y cierre. A los 4 días hematemesis y melena falleciendo a las 24 horas. Autopsia. Quiste hidático abierto en estómago.

### BIBLIOGRAFÍA

GREENHOU - SURGEON - NEWCASTLE. — Case in Which Hydatids were discharged in considerable quantities from the intestines. *The Lancet*, 1823, I, pág. 22.

CHAECELLAY. — Hydátides abcedées et rompues dans les foie et engagées dans le canal cholédoque; détritits purulent dans l'intestin grêle. *Bull. et Mem. de la Soc. Anatomique de Paris*. 1836, pág. 317.

GUILLEMINE (V.). — Note sur un bruit particulier produit par les acéphalocystes, du moment de leur expulsion du sac qui les contient dans la cavité intestinale. *Archives Gen. de Med.*, 1848, 16, pág. 118.

- SENAC. — Echinokokkencysten im Douglas Netz inden Gekrösen, in der Leber ander Darmserosa. — Cita in *Zeitschrift f. Chirurgie*, 1856. T. 101, pág. 207.
- BAHRDT (R.). — Spontane Heilung eines Echinococcus der Leber mit abgang der Blasen durch Gallengänge un der Darm. *Arch. d. Heilk.*, 1872, XIII, pág. 467. In Schmidt. *Jarhb.*, 1874, T. 164, pág. 196.
- LETOURNER. — Terminaison spontanéé des kystes hidatiques du foie dans le tube digestif. *These de Paris*. 1873.
- RUSSELL. — Two large hidatid tumor of the liver communicating the one with the right pleural cavity the other with the stomach. *Med. Times and Gaz.* 1873, April 26.
- RENDU (K.). — Kyste hydatique du foie, communiquant avec le duodénum et s'étant fait jour par le poumon en determinant une gangrene pulmonaire et une hemoptysie foudroyante. *Bull. et Mem. de la Soc. Anatomique de Paris*. 1874, pág. 482.
- GERIN ROZE. — Kyste hydatique du foie vide a deux reprises au moyen de l'aspirateur et gueri spontanément par rupture et evacuation dans l'estomac. *Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôpitaux de Paris*, 1877, pág. 199.
- FREYER. — Echinococcus der Leber, spontane Oeffnung in den Darm Genesung. *Deutsche Med. Woch.*, 1878, N° 31.
- HAVAGE. — Kystes acephalocistos multiples du foie, du rein, de la rate, des epiplons et du petit bassin; obstruction intestinal et compression de la veine cave inferieure. *Bull. et Mem. de la Soc. Anatomique de Paris*. 1879, IV, pág. 622.
- CONTI (L.). — Ciste idatigena del fegato, suppurazione della ciste, comunicazione coll'intestino, evacuazione della idatide. Guarigione. *Lo Sperimentales*, 1883, Ottobre.
- LIANDIER. — Des Kystes hidatiques du foie ouverts dans l'estomac, principalement aun point de vue du pronostic. *Gaz. Med. de Paris*, 1883, pág. 581 - 600 - 611. 1884, pág. 39
- LEVIS (H. J.). — Hydatids of the liver with passage of hydatid membranes per anum. *St. Barthol. Hosp. Reports*. 1884, XIX, pág. 315-319.
- WHITE (W. H.). — Hydatids of left lobe of liver in process of cure opening into dudenum, large supurating cavity in right lobe. *Transact. of. the Patol. Soc.* 1885, XXXVI, pág. 252 - 53.
- BARBILLON (L.). — Kyste hydatique du foie ouvert dans l'estomac. *Bull et Mem. de la Soc. Anatomique de Paris*, 1886, pág. 721.
- RYAN (J. P.). — A case of Enlargement of the Liver and Jaundice Associated with passage of hydatid cyste by the bowel. *The Lancet*, 1895, I, pág. 125.
- REICHOLD. — Fall von Ileus, bedingt durch Echinococcus der Leber. — *Münchener. Med. Woch.*, 1897, pág. 17.
- FLESCHE (M.). — Echinococcus hydatidosus der Leber mit freien Teochtterecysten in der galenblase ind im Magen. *Zeitsch. f. prakt.* 1898, pág. 29.

- LEVEN (G.). — Kyste hidatique ouvert dans l'intestin. Ictère par retention. Fievre. *Bull. et Mem. de l'Acad. Anatomique de Paris*, 1899, pág. 1025.
- SMITH (F. J.). — A case of Hydatid cyst of the Liver rupturing into the transverse colon. *The Lancet*, 1901, I, pág. 400.
- BRODRIBB (A. W.). — Rupture of hydatid cyst into intestine recovery. — *British Med. Journal*, 1908, II, pág. 1271.
- TAROZZI (E.). — Cisti da echinococo del mesocolon trasverso, aperta nell'intestino ed invasa da infezione, Laparotomia, Marsupializzazione, guarigione. *La Riforma Medica*, 1909, pág. 127.
- NICOLICH. — Kyste hydatique du rein ouvert dans l'intestin, nefrotomie. Guérison *Journal d'Urologie*, 1912, II, pág. 843.
- TAMINI (L. A.). — Caso poco común de expulsión de quiste hidatídico (hígado). *Archivos Latinoamericanos de Pediatría*, 1913, VII, pág. 294.
- DÉVÉ (F.). — Hydatidemeses et hydatidenterie. Valeur semiologique de ces deux symptomes. *Comptes rendus Société de Biologie*, 82, 1919, pág. 265.
- ROLDAN (A.). — Quiste hidático del hígado abierto en el estómago. — *Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo*. 1922, pág. 444.
- SILVESTRINI (L.). — Patologie e Chirurgia della milza. 1924, pág. 131.
- LIZCANO (G. A.). — A propos des Kystes hidatiques du foie ouverts dans les cavités voisives. *Medicina, Cirugia y Especialidades*, 1º Marzo 1926.
- BERGERET (C. A.). — Le rupture du Kiste hidatique de la rate et particulièrement la rupture dans le voies digestives. *Journal de Med. de Lyon*, X, 1929, pág. 535.
- VELAZCO SUÁREZ (C.). — Quiste hidático de hígado abierto en estómago y duodeno con perforación de vena porta. *Bol. y Trab. de la Soc. de Cirugia de Buenos Aires*. T. 15, pág. 333-40. Junio 17, 1931.
- MOIROUD (P.). — Kyste calcifié traite par marsupialization, rupture secondaire dans duodenum. *Bull. et Mem. de la Soc. Nationale de Chirurgie*, 57, pág. 1364. Noviembre 1931.
- CALLOSE (A.). — Ruptured hidatic cyst of the spleen. *Med. Journal of Australia*, II, 53, 1931.
- GIORDANO (M.). — Un caso di perforazione a utra nel tenue di cisto da echinococo addominale. Contributo radiologico. *Archivio di Radiologia*, 8, pág. 457, Agosto 1932.
- LAVATELLI. — Quiste hidático del hígado desconocido supurado y luego abierto. *Soc. di Cultura Médica Novaresca*. Junio 2 de 1932.
- MASCIOTRA y FERRANDO. — *Revista Médico Quirúrgica de Patología Femenina* (B. A.). T. II, Setiembre 1933, pág. 363.
- BERNER (F.) und MEYTHALER (F.). — Röntgenologischer Nachweis der Perforation swege von Leber und Milzechinocokken. *Fortsch. auf. d. Geb. der Röntgenstr.*, L, 337, 1934.
- DE MATA (R.). — Quiste abierto en el estómago. *Revista Española de Cirugia*, 17, pág. 59-63, Marzo-Abril, 1935.
- BOLOGNESI (G.). — Rottura spontanea di una ciste idatidea epatica nella duodeno. *La Riforma Medica*, 52, pág. 951-57. Julio 1936.

BOLOGNESI (G.). — Rottura di una ciste idatidea epatica nell estomaco.

*La Riforma Medica*, 15, pág. 558-65. Abril 1939.

SICHET (P.), BOMBACESCU and PREOTESOIU. — Suppurating hydatid cyst of spleen perforating in to stomach. *Cluj. Medic.* XVII, 160, 1936.

(Consideraciones acerca del trabajo de los Dres. Chifflet y Suiffet sobre  
“Abertura del quiste hidático en el tubo digestivo”)

Dr. CENDÁN. — Deseo citar un caso de la Clínica del Prof. García Lagos operado por el Dr. Roca y el que habla. Se trataba de una enferma del interior con diagnóstico de quiste hidático del lóbulo derecho de hígado; quiste de mediano volumen que fué intervenido sin que la historia hiciera suponer una posibilidad de comunicación del quiste con las vías digestivas.

El quiste estaba ampliamente adherido a las vísceras vecinas y principalmente al colon transversal y se comprobó que del interior del quiste, semi vacío, salía un contenido evidentemente fecal.

Se comprobó una comunicación del quiste con el colon transversal a pocos centímetros del ángulo hepático.

Dado precisamente lo que decía el Dr. Suiffet, la gran cantidad de adherencias del quiste al colon, el Dr. Roca pensó que era imposible hacer un cierre del colon y se limitó al drenaje del quiste.

En los días siguientes la enferma tuvo pérdida de materias por el tubo, pero la cavidad se redujo rápidamente, y curó sin complicaciones, cerrando espontáneamente la fístula de drenaje.

Dr. SUIFFET. — En nuestras conclusiones decimos que muy a menudo se encuentran, a propósito de lo que decía el Dr. Cendán, adherencias firmes de una víscera a un quiste aplastado, o semi vacío en una zona de peritonitis plástica.

Los antecedentes no la hacía prever, pero el acto operatorio muestra una comunicación en ese momento. Hay que sospechar que la abertura de los quistes hepáticos o de otras vísceras abdominales es más frecuente de lo que se tiene la impresión y que debemos ser más rigurosos en la búsqueda de esas aberturas, sobre todo para catalogar bien los enfermos y establecer así la conducta terapéutica exacta, que es tal vez lo más interesante desde el punto de vista del estudio de este tema.