

**IMPORTANCIA DE LOS DESPLAZAMIENTOS DEL  
DUODENO Y DEL COLON, PARA EL DIAGNÓSTICO  
TOPOGRÁFICO DE LOS TUMORES ABDOMINALES**  
*(LA IMPORTANCIA DE METODIZAR EL ESTUDIO RADIOLÓGICO)*

**F. García CAPURRO F. N. PREDARI**

Presentado a la Sesión del 25 de Junio de 1941

Con motivo de una observación cuyos documentos se prestan para señalar de manera precisa la conducta con que deben ser realizados los exámenes radiológicos para topografiar tumores abdominales (1), insistiremos sobre algunos hechos ya conocidos y que han sido motivos de trabajos (2), pero que no se tienen lo suficientemente presentes.

La radiología puede precisar de una manera muy acabada la topografía real o exacta de un tumor abdominal; por eso debe el radiólogo llegar a agotar con sus recursos el estudio de cada caso para entregar al cirujano una verdadera disección radiológico-anatómica que defina sin lugar a dudas el origen topográfico real del proceso. No basta con precisar las topografías aparentes de los tumores abdominales, es necesario señalar el territorio anatómico en que asientan, la víscera que habitan y dentro de ésta la porción o segmento en que se han desarrollado facilitando los datos de las relaciones anatómicas que permitan llegar a estas exactitudes, para que puedan los documento ob-

---

(1) El caso clínico, con los detalles referentes a la intervención quirúrgica y estudio anatómico-patológico, se describe en el trabajo de Varela Fuentes, Schunk y Buño (22).

(2) Ver Bibliografía.

tenidos ser interpretados fácilmente por otros observadores, que conseguirán así apreciar la verdadera posición anatómica del proceso y formarse un concepto estereognóstico de la región.

Procediendo de esta manera se abrevia la terapéutica considerablemente, se beneficia al enfermo y se simplifica la intervención.

Los puntos sobre los que deseamos insistir, recordamos que son la mayoría de ellos conocidos, pero no se han convertido en una rutina que se aplique de una manera sistemática todas las veces que se realizan estudios radiológicos con fines de topografiar una tumoración abdominal. Queremos llamar la atención sobre tres puntos principales: 1º Sistematización de los exámenes de frente y perfil; 2º Estudio en todos los casos del arco duodenal; 3º Aplicación más frecuente de la pielografía descendente.

### 1º Sistematización de los exámenes de frente y perfil.

A pesar de que todos conocemos y apreciamos las bondades de los exámenes radiográficos de frente y perfil no hemos llegado a sistematizarlos de una manera rutinaria como es lo habitual en el estudio del tórax o en el estudio del esqueleto. Al decir sistematización de los exámenes de frente y perfil no queremos limitar su empleo al estudio en dos incidencias del tumor en sí, sino que es necesario extender este procedimiento al estudio de cada una de las vísceras que nos sirven como jalones topográficos para precisar el origen real del tumor. Un examen topográfico bien disciplinado debe comenzar por el estudio radiográfico de frente y perfil simple, sin artificios, de la tumoración abdominal, luego según el caso se seguirá con el examen de frente y perfil del estómago, luego del duodeno, después del intestino delgado y de los segmentos cólicos, documentando además también de frente y perfil algunas imágenes de conjunto con rellenos simultáneos de las vísceras que tienen mayor relación con la tumoración. Después de realizadas estas documentaciones se obtendrán también en dos incidencias imágenes pielográficas o colecistográficas o cistográficas, o por otros métodos de contraste según las indicaciones del caso.

Como regla general, es preferible dejar para último momento del examen topográfico el relleno baritado de las vísceras

del tubo digestivo, porque si se comienza por esta parte del procedimiento, hay veces en que antes de seguir con los otros exámenes radiológicos es menester esperar varios días para dar tiempo a eliminar las sombras baritadas que pueden confundir los exámenes ulteriores. Generalmente nosotros procedemos realizando primero los exámenes colecistográficos o pielográficos, y después ese mismo día, o en el día siguiente obtenemos en una sola sesión los documentos de relleno de las vísceras huecas por ingestión en el estómago y duodeno, y por enema en el cólon.

## 2º Estudio del arco duodenal en todos los casos.

El duodeno ocupa entre las hojas peritoneales, en el centro de la cavidad abdominal, una situación de privilegio que traduce en un estudio bien realizado en distintas incidencias, con gran fidelidad, la situación anatómica de la mayoría de los procesos tumorales de las regiones vecinas. En el diagnóstico siempre difícil y siempre lleno de sorpresas, de tumoración intra o retro peritoneal, el duodeno es sin duda alguna la víscera capaz de aportar mayores precisiones y sin embargo es el jalón que ha sido más descuidado en las descripciones radiológicas de los procedimientos topográficos abdominales; la mayoría de las alteraciones que se producen en el arco duodenal a consecuencia de desarrollos tumorales abdominales son conocidas, pero no se les ha dado una unidad en su descripción. No hemos encontrado en la bibliografía un trabajo de conjunto que encare de una manera esquemática, práctica y beneficiosa estas alteraciones que nosotros consideramos que son la base del diagnóstico topográfico de los tumores.

El estudio del duodeno no debe ser realizado aisladamente, es necesario completarlo siempre con el examen de las otras alteraciones que se aprecian en el estómago, en el cólon o en las cavidades vesiculares o renales. Mientras que las alteraciones que se producen sobre estas otras vísceras pueden ser comunes a procesos de distinta topografía, las alteraciones que se observan sobre el arco duodenal son en cambio casi electivas para cada ubicación tumoral. Del estudio en conjunto de las modificaciones del arco duodenal y de las otras vísceras huecas se llega a la obtención de una especie de sistema de clasificación comparable al de las matrices de un fichero.

No insistiremos aquí sobre las distintas modificaciones que se pueden apreciar, porque serán motivo de un trabajo especial. Queremos sólo llamar la atención sobre la necesidad de realizar el estudio del arco duodenal y como puede hacerse de manera sencilla. Para realizar este estudio se utiliza la poción baritada, pero ella tiene el inconveniente de que muchas veces el examen se encuentra dificultado por la superposición de la sombra gástrica, y sobre todo porque el pasaje del bario a través de los segmentos del duodeno es tan rápido, que no se pueden llegar a fijar de manera gráfica las modificaciones de situación que se aprecian. Por eso si bien inicialmente realizamos siempre el examen baritado, desde un tiempo a esta parte cuando comprobamos modificaciones del arco duodenal, completamos el estudio por documentos obtenidos en distintas incidencias, previa colocación de una sonda opaca de tubaje en el duodeno. Es así fácil objetivar sin lugar a dudas, las compresiones, desplazamientos o traslaciones del arco duodenal.

### **3º Empleo más frecuente de la pielografía descendente.**

La urografía es un método sumamente sencillo, sin inconvenientes, casi sin contraindicaciones, que debe ser prodigado. El establecer la morfología del parénquima renal y de las cavidades pielocaliciarias, desde las fases iniciales del examen, simplifica mucho el procedimiento topográfico. No diríamos que el examen pielográfico debería realizarse como paso previo en todos los casos en que se trata de topografiar una tumoración, pero creemos que debe emplearse en todos aquellos casos cuyo documento radiográfico simple no muestra de manera precisa la situación del área renal. El examen pielográfico no escapa tampoco a la regla disciplinaria que queremos sistematizar: hay que hacerlo siempre en incidencias de frente y perfil.

Creemos que el caso que a continuación vamos a exponer en detalle, por su precisión, podrá demostrar mejor que cualquier descripción la utilidad de aplicar los preceptos que hemos enunciado.

Antes de pasar a describirlo, queremos puntualizar la extensión de algunos términos que se utilizan para definir las modificaciones viscerales producidas por los tumores, que son

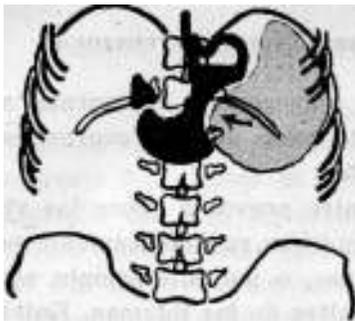
usados indiferentemente, sin tener mayormente en cuenta su real acepción, y que acarrear por esta causa algunas confusiones en la interpretación de los documentos.

Los procesos tumorales del vientre provocan sobre las vísceras vecinas, compresiones que se traducen radiológicamente por desplazamientos de los órganos vecinos, o por alteraciones segmentarias de las paredes o de los límites de las mismas. Entendemos por desplazamiento toda modificación de tipo compresivo que alcance una parte o la totalidad del órgano, es decir, que desplazamiento es la modificación en general. Si queremos precisar cada tipo de desplazamiento en particular introduciremos en el léxico una serie de términos que limitan la extensión de estas modificaciones para precisar la idea, y así debemos diferenciar como vocablos más importantes los siguientes:

- A) Compresiones: a) directas; b) indirectas.
- B) Rotaciones.
- C) Dislocaciones.
- D) Traslaciones.

#### A) Compresiones (Ver figuras 1 y 2).

Las compresiones las dividimos en el tipo directo e indirecto, y entendemos por este término las modificaciones que se producen en la morfología de los órganos o de las vísceras, que hacen que se alteren sin perder por ello las relaciones o situaciones topográficas normales de las mismas. Los ejemplos expresarán bien claro este tipo de modificación. Es una compresión *directa* la que realiza sobre la gran curva gástrica de una manera localizada, sobre un segmento limitado de la víscera, la compresión de un *quistes hidático* del polo inferior del bazo. Es una compresión directa amplia la que sobre la gran curva del estómago provoca la hipertrofia esplénica leucémica de mediano volumen. Es una compresión extrínseca *indirecta*, la que sobre la gran curva gástrica imprime una tumoración retro-peritoneal de origen renal izquierdo; el estómago es comprimido de manera suave en un punto electivo o en una superficie amplia, pero el molde gástrico no es el fiel reflejo del perfil de la tumoración como el que dan las compresiones directas. Entre la víscera comprimida y la tumoración hay interposición de otros elementos



F.



FIG. 1. — “Compresión directa”. Un tumor de la logia esplénica, supongamos un quiste hidático del bazo, comprime directamente y en forma localizada la gran curva del estómago. Compárese las modificaciones de la compresión directa, con las esquematizadas en la figura 2 que objetivan el tipo de compresión indirecta del estómago.

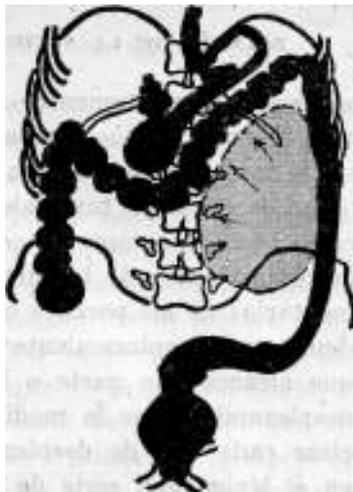


FIG. 2. — “Compresión indirecta”. Suponemos en la esquematización un tumor encuadrado por el marco cólico que rechaza y comprime el estómago con interposición del colon.

La deformación gástrica no traduce el molde verdadero del tumor porque el colon interpuesto a manera de colchón esfuma parte de los contornos.

En las tumoraciones retroperitoneales el peritoneo interpuesto entre la tumoración y la viscera comprimida da también a la imagen este carácter de compresión indirecta.

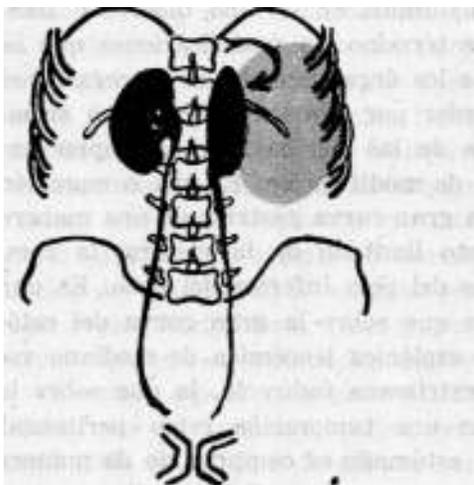


FIG. 3. — “Rotación”. El esquema supone una rotación de riñón sobre su gran eje vertical, provocada por una tumoración que lo empuja de atrás a adelante sobre su borde mayor y coloca su eje horizontal frontal, en sentido antero-posterior. Las rotaciones tienen como característica hacer girar a la viscera sin desplazarla de su logia.

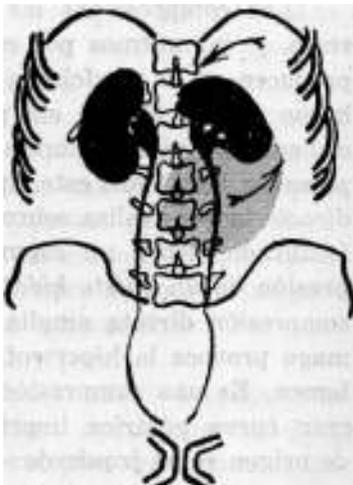


FIG. 4. — “Rotación”. Una tumoración perirenal que empuja el polo inferior del riñón de abajo a arriba y de adentro a afuera hace girar al órgano sobre su eje horizontal antero-posterior, en sentido contrario al de las agujas del reloj. El giro del riñón se produce dentro de su situación topográfica normal.

o de otras vísceras que hacen que el molde tumoral impreso sobre la víscera que estudiamos se esfume o se desfigure.

**B) Rotaciones** (Ver figuras 3 y 4).

Entendemos por rotación la modificación topográfica de una víscera o de un órgano que gira sobre sí mismo, en uno o más sentidos sin salir de su domicilio. Por ejemplo, el riñón rota dentro de la logia renal sobre su eje vertical o sobre su eje horizontal, según que la tumoración se desarrolle en uno de sus polos, caras o bordes. El hígado rota sobre su eje horizontal hacia atrás o hacia adelante cuando se desarrolla sobre su cara convexa una tumoración que apoye sobre las paredes superiores de su logia.

**C) Dislocaciones.** (Ver figuras 5 y 6).

Entendemos por dislocación el desplazamiento electivo de un segmento de una víscera que es desalojado por la compresión tumoral de su ubicación habitual. Una tumoración de la logia esplénica que deja el ángulo del colon en su sitio y desplaza electivamente la rama cólica derecha de este ángulo, disloca el colon. Una tumoración del polo superior del riñón que empuje hacia adelante la 4ª porción del duodeno dejando los otros tres segmentos en su topografía normal, disloca la arquitectura del arco duodenal.

**D) Traslaciones.** (Ver figuras 7 y 8).

Las traslaciones no han sido bien clasificadas; consisten en un desplazamiento, o transporte de una víscera fuera de su alojamiento sin que ésta pierda los caracteres morfológicos habituales. Un riñón está desplazado fuera de su logia por una compresión manteniendo su fisonomía normal y decimos que está trasladado. Un estómago está desplazado en conjunto a la derecha o a la izquierda por un tumor del cuadrante superior derecho o izquierdo y decimos que está trasladado; lo mismo aplicamos en el caso de una vesícula sacada de su lecho hepático sin mostrar compresiones directas.

El caso que motiva nuestros comentarios es el siguiente:

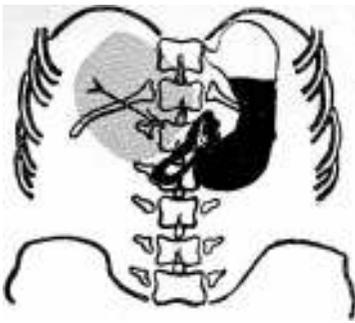


FIG. 5. — “Dislocación visceral”. Una tumoración retroperitoneal del cuadrante superior derecho empuja la 1ª y 2ª porción duodenal de atrás a adelante y de afuera a adentro y la coloca en ante posición superpuesta a la 4ª porción del duodeno. Los otros dos segmentos del duodeno no tienen modificaciones topográficas y decimos por esto que el arco duodenal está dislocado.



FIG. 6. — “Dislocación de la 4ª porción del duodeno y ángulo de Treitz”. Una tumoración retroperitoneal que comprime y desplaza electivamente el ángulo de Treitz y deja los otros tres segmentos del duodeno en su sitio, decimos que disloca el ángulo duodeno yeyunal.



FIG. 7. — “Traslación gástrica”. Decimos que el estómago está trasladado cuando éste es transportado fuera de su ubicación habitual conservando su fisonomía.

Una gran tumoración del cuadrante superior izquierdo o del flanco que se insinúa por detrás del estómago y lo desplaza en conjunto a la derecha, transporta el estómago.

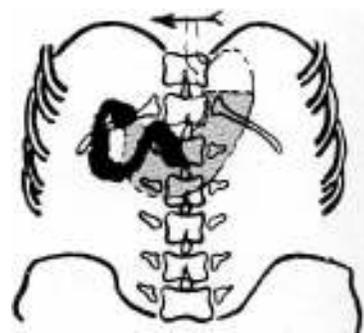


FIG. 8. — “Transporte del arco duodenal”. Una gran tumoración retroperitoneal izquierda decola a menudo la fascia de Treitz y transporta el duodeno en conjunto adelante y a la derecha, sin que el arco duodenal presente mayores dislocaciones de sus partes.

una señora de 70 años de edad es examinada por el Dr. Varela Fuentes incidentalmente porque concurre como acompañante de un paciente. Sólo acusaba unos ligeros trastornos dispépticos por lo que decide someterse al examen, durante el cual se comprueba a la palpación abdominal una gruesa tumoración del hemiventre izquierdo. Toda otra sintomatología y los exámenes de laboratorio fueron completamente negativos. La radiología por sí sola llega a las precisiones de diagnóstico que detallaremos y que fueron confirmadas por la intervención practicada por el Dr. Schunk.

*Radiografía simple.* (Ver figura N° 9). — Se visualiza un proceso tumoral homogéneamente denso a contornos bien delimitados, del tamaño de la cabeza de un feto, que ocupa la proyección de la fosa lumbar izquierda, y que en su cuadrante infero-externo está contorneado por una sombra más clara que parece corresponder a un segmento intestinal. En esta placa no se visualiza el área renal izquierda. En la región esplénica la sombra del bazo se individualiza de la tumoración que nos ocupa. A la derecha de la columna y en la región pélvica se proyectan unas calcificaciones con las características de ganglios mesentéricos calcificados.

El esófago es normal.

El estómago (ver figura N° 10) trasladado en conjunto hacia la derecha está comprimido indirectamente de atrás a adelante con traslado del segmento del cuerpo hacia las regiones anteriores del abdomen.

Píloro y bulbo normales.

Arco duodenal con dislocación de la 4ª porción (ver figura 10 y 11) bien visible en la placa de perfil, que muestra que este segmento del duodeno está llevado hacia adelante y hacia la derecha evidenciando el origen retroperitoneal de la tumoración.

Primeras asas yeyunales desalojadas de su domicilio (ver figura 12) están trasladadas abajo y adentro sin acusar compresiones directas. El colon en los exámenes de frente y perfil muestra su ángulo esplénico arriba y atrás en posición normal, pero el segmento descendente está dislocado de atrás a adelante contorneando el perfil anterior de la tumoración (ver figura N° 13). La tumoración está encuadrada o contorneada por el ángulo esplénico del colon.

Se realiza una pielografía descendente que es muy bien tolerada, y cuyos documentos analizados en conjunto nos permiten llegar a las siguientes conclusiones (ver figuras 14 y 15):

*Riñón derecho* con imágenes pielocaliciarias dobles, y uréter doble en el primer tercio superior mostrando una anomalía de tipo congénito que corresponde al doble riñón derecho soldado.

*Riñón izquierdo:* la sombra renal se tiñe débilmente mostrando que está ubicada como lo precisa la radiografía de perfil, en la parte superior posterior del tumor siendo pasible de compararse a una gorra de vasco. Las imágenes pielocaliciarias acusan una dislocación mostrando una relación directa del

FIG. 9. — "Radiografía simple de la tumoración abdominal del hemiventre izquierdo". Se objetiva proyectándose sobre la región lumbar izquierda una tumoración del tamaño de la cabeza de un feto homogéneamente densa a contornos bien precisos, y que está delimitada en su cuadrante inferior y externo por un aspecto claro de tipo intestinal. El bazo se independiza de la tumoración, se le percibe en su logia. Hay calcificaciones con las características de ganglios mesentéricos en el hemiventre derecho y en la pelvis.

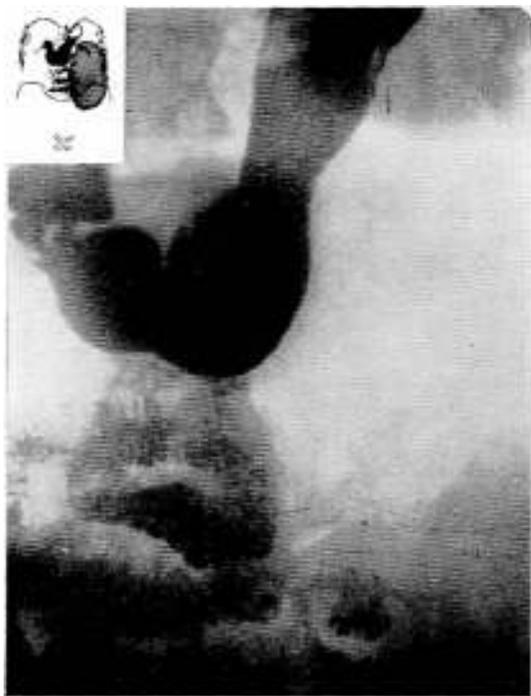
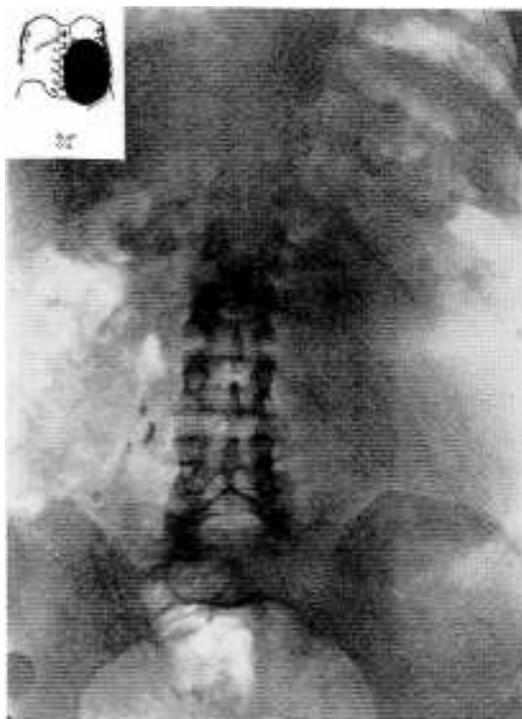


FIG. 10. — "Estudio gastr duodenal". — La tumoración comprime indirectamente al estómago al nivel de la pequeña tuberosidad trasladándolo.

El ángulo duodeno yeyunal está dislocado hacia adentro y las primeras ansas yeyunales están transportadas abajo y adentro.

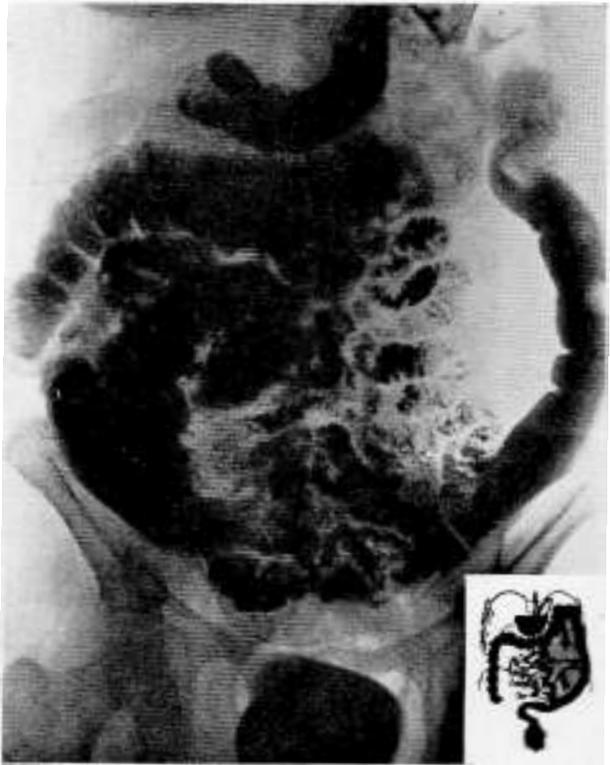


FIG. 11. — "Estudio gastroduodenal de perfil". El estómago en la región de la pequeña tuberosidad está dislocado hacia adelante y el ángulo de Treitz y la 4ª porción del duodeno tienen una franca dislocación que los coloca en ante-posición forzada.

FIG. 12. — "Estudio en conjunto de los desplazamientos de las vísceras huecas del tubo digestivo". -En esta imagen donde se ha realizado un relleno simultáneo de todas las vísceras digestivas abdominales, se aprecian muy bien las siguientes características:

1º Dislocación del ángulo duodeno yeyunal y transporte abajo y a la derecha de las ansas yeyunales que no han perdido su fisonomía propia, a pesar del transporte conservan su personalidad.

2º Cólón rodeando la tumoración con dislocación hacia afuera del descendente que dibuja bien el contorno tumoral. El ángulo esplénico del cólon está en su sitio.



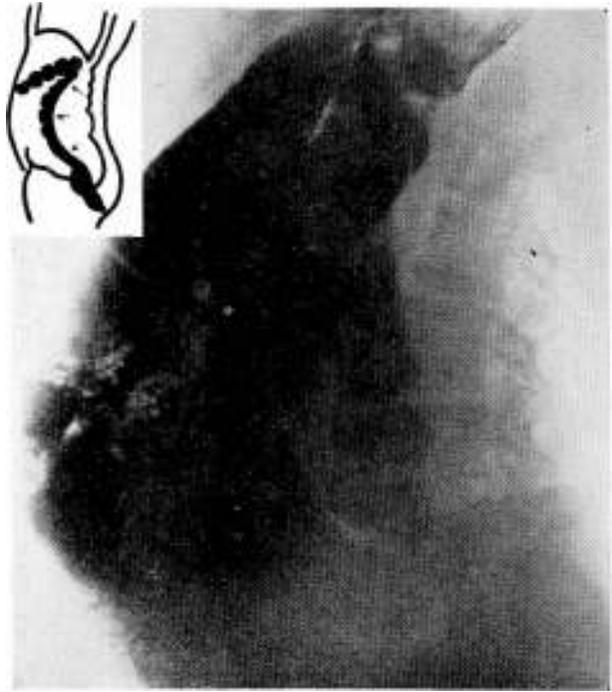


FIG. 13. — “Radiografía de perfil del aspecto que acabamos de describir en la fig. N° 12”. Llamamos la atención sobre la dislocación electiva del cólon descendente que está empujando de atrás a adelante porque la tumoración ha decolado la fascia peritoneal posterior.

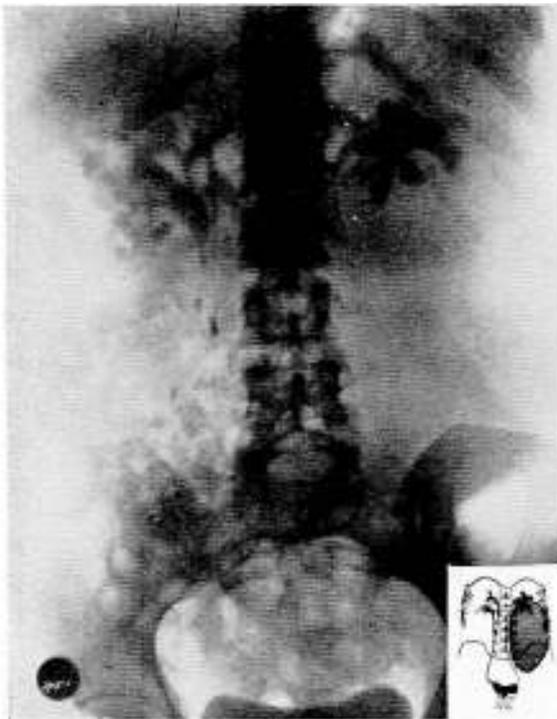


FIG. 14. — “Pielografía descendente”. Riñón doble derecho soldado, con duplicidad de las imágenes pielocaliciarias, y ureterales en su 1/3 superior. Riñón izquierdo cuyo parenquima débilmente teñido ocupa el polo superior del tumor. Las cavidades pielocaliciarias están dislocadas en resí y cubren el polo superior del tumor como podría hacerlo una mano colocada sobre una esfera. El uréter está desplazado adentro y arriba colgado sobre el contorno tumoral.

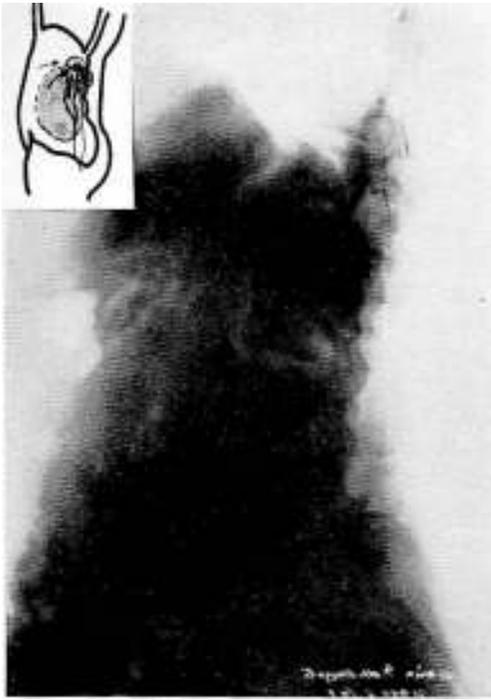


FIG. 15. — "Imagen pielográfica de perfil". Por delante de la 2ª y 3ª lumbar superponiéndose al borde anterior de las vértebras se objetivan las dobles imágenes pielocaliciarias y ureterales correspondientes al doble riñón derecho. Superponiéndose al espacio articular entre 1ª y 2ª lumbar se visualizan las imágenes pielocaliciarias dislocadas del riñón derecho y una sombra más densa y esfumada que corresponde al parenquima renal que está eclocado en la parte superoposterior de la tumoración, cual una gorra de vasco echada hacia atrás.

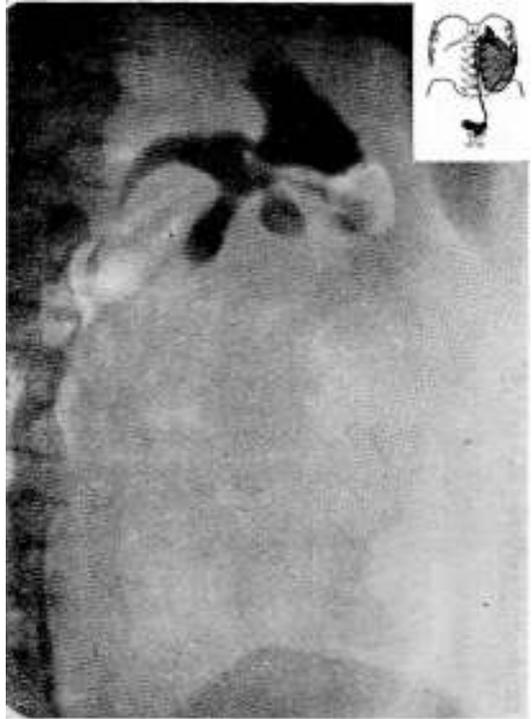


FIG. 16. — "Detalle de la pielografía retrógrada". La pielografía retrógrada realizada para excluir la posibilidad de una malformación similar a la del lado derecho, confirma los datos pielográficos de la urografía intravenosa y muestra las mismas alteraciones precisando además la existencia de una bifidez de la pelvis renal.

**Resumen del análisis de los Documentos Radiológicos:** Se precisa el diagnóstico de tumoración quística de riñón izquierdo planteando 2 posibilidades:

1º Quiste solitario del riñón.

2º Quiste hidatídico de riñón.

Se considera más posible la 1ª probabilidad dadas las anomalías de tipo congénito visualizadas en los pielogramas. Este diagnóstico se confirma por la intervención.

tumor con las mismas. Úreter llevado hacia adentro contorneando el borde tumoral.

La pielografía intravenosa precisa el origen renal del tumor y permite roturarlo como un proceso quístico. Se plantean los diagnósticos posibles de quiste hidático de riñón, quiste solitario de riñón, tumor encapsulado sólido renal y como probabilidad menos admisible se piensa en la posibilidad de una hidronefrosis de un 2º riñón izquierdo, y para eliminar esta última suposición se sometió a la paciente a una pielografía retrógrada que descarta esta probabilidad (ver figura N° 16). No hay anomalías de este lado.

Por el tipo de la imagen, por las alteraciones que produce, por la coexistencia de anomalías congénitas, creemos como diagnóstico más probable el de quiste solitario de riñón que es confirmado por la intervención y como 2ª posibilidad la de quiste hidático de riñón.

Creemos que estos ejemplos gráficos cumplen el propósito por el cual nos decidimos a su consideración.

**Sumario.** — Los autores a propósito de un diagnóstico de quiste solitario de riñón basado principalmente en los documentos radiológicos, hacen una serie de consideraciones precisando la necesidad de realizar sistemáticamente en incidencias de frente y perfil los distintos tiempos de las localizaciones topográficas en el estudio directo e indirecto de las tumoraciones abdominales. Puntualizan los beneficios que se derivarían si se limitara la extensión de los términos utilizados para definir los distintos tipos de alteraciones viscerales e insisten sobre la importancia del estudio del arco duodenal y de la pielografía intravenosa como datos o índices capaces de aportar mayores precisiones en el diagnóstico topográfico de las tumoraciones abdominales.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) BLANCO ACEVEDO (E.). — “Deformaciones del riñón derecho por quiste hidático del hígado”. *R. M. del U.* Tomo X. 1907, p. 180.
- 2) PIQUEREZ (C.) y MORADOR (J. I.). — “La disfagia en los quistes hidáticos de la cara superior del lóbulo izquierdo del hígado”. *Ann. del Ateneo de Clínica Quirúrgica.* T. N° 1, 1934, p. 9.
- 3) CAPURRO (R.). — “Consideraciones sobre el diagnóstico pielográfico de los quistes hidáticos del riñón”. Congreso Médico del Centenario. 5 a 12 de octubre de 1930. Vol. III, p. 458.
- 4) NARIO (C.). — “Síndromes regionales del abdomen-cuadrante superior izquierdo”. *Pasteur*, Año II, N° 11. Dic. 1928.
- 5) MEROLA (L.). — “Síndromes regionales del abdomen-cuadrante superior derecho”. *Pasteur*, Año II. Dic. 1928. N° 11.
- 6) NARIO (C.) y CAMPISTEGUÝ (J.-C.). — “Quistes del hipocondrio izquierdo con síndrome de disfagia”. *Ann. de la Fac. de Medicina.* Tomo IX. N° 9. Set. 1924, p. 883.
- 7) PEREZ FONTANA (V.). — “Quistes hidáticos pediculados y bilobados de la cavidad abdominal”. *Ann. de la Fac. de Med.* T. XVIII. No. 9 y 10. 1933, p. 712.
- 8) SURRECO (L.), con la colaboración de Bonnacarrère y H. Díaz Castro. “Los quistes hidáticos retrovesicales”. *Ann. de la Facultad de Med.* T. XXII, Nos. 11 y 12. Año 1937.
- 9) SURRECO (L.) y LARGHERO IBARZ (P.). — “Consideraciones sobre la topografía del quiste hidático del riñón”. *Ann. de la Facultad de Medicina.* Set. y Oct. 1932. Tomo XVII. Nos. 9 y 10.
- 10) SURRECO (L.-A.) y LARGHERO IBARZ (P.). — “El quiste hidático del riñón. Su topografía. Su diagnóstico pielográfico, su terapéutica”. *Ann. de la Facultad de Medicina de Montevideo*, T. XXIII, Nos. 1, 2 y 3, 1938.
- 11) SURRECO (L.-A.). — “El ángulo esplénico del colon y el diagnóstico de las tumefacciones del flanco y del hipocondrio”. *Ann. de la Fac. de Medicina de Montevideo*, T. XXII. Nos. 8, 9 y 10. Año 1937.
- 12) CHIFFLET (A.). — “Táctica operatoria en la equinocosis peritoneal múltiple”. *Arch. de Med. Cirug. y Esp.* T. XV, 1931, p. 211.
- 13) GARCIA CAPURRO (F.). — “Quiste hidático del hígado comprimiendo la rodilla superior del duodeno”. *Ann. del Ateneo de Clínica Quirúrgica.* Año V, N° 1, enero de 1939.
- 14) PIAGGIO BLANCO (R.) y GARCIA CAPURRO (F.). — “Quiste hidático de la cabeza del páncreas, importancia de la radiología para su diagnóstico”. *Arch. Urug. de Med. Cir. y Especialidades.* T. XV, N° 3. Setiembre 1939.
- 15) GARCIA CAPURRO (F.). — “Progresos del diagnóstico colecistográfico debidos a los adelantos radiológicos”. *Bolet. de la Soc. de Cirugía de Montevideo.* T. XI, 1940.

- 16) CARELLI (H.). — “El neumoperitoneo como medio de diagnóstico en la hidatidosis del abdomen”. *Actas y Trabajos del II Congreso Argentino de Med.*, pág. 319, T. I.
- 17) IVANISSEVICH (O.). — “¿Litiasis biliar? ¿Quiste hidático? El cólico hepático de origen hidatídico”. *Bolet. del Inst. de Clínica Quirúrgica*, T. II, N° 19, 1927.
- 18) IVANISSEVICH (O.). — “Quiste hidatídico del bazo”. *Bolet. del Inst. de Clínica Quirúrgica*, Año V, N° 40, 1929.
- 19) FERRER (M.) y TAPPELLA (P.-C.). — “Tumores renales a sintomatología atípica”. *El Día Médico Argentino*, Año XIII, N° 23. Junio 9 - 941.
- 20) CHIFFLET (B.). — “Estudio anatómico-quirúrgico del ángulo duodeno yeyunal”. *Ann. de la Facultad de Medicina*, Mayo, Junio y Julio de 1932. Montevideo, pág. 382.
- 21) MIRIZZI. — “Tránsito del gastro intestino en los grandes tumores pelviabdominales”. *El Día Médico Arg.* Edición especial N° 6, p. 92-94. Agosto 1940.
- 22) VARELA FUENTES, SCHUNK y BUÑO. — *Arch. Urug. Med. Cir. y Esp.*, 1941, 18, 541.