

Servicios de Cirugía de los Hospitales Saint Bois y Español

LA LOBECTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS  
SECUELAS DEL QUISTE HIDÁTICO DEL PULMON (\*)

*Dres. C. Víctor Armand Ugón, Alejandro Victorica, Hamlet Suárez y  
Roberto Marcalain*

El tratamiento quirúrgico del quiste hidático de pulmón debe indudablemente evolucionar paralelamente con los notables progresos de la cirugía endotorácica, realizados en estos últimos años.

Ya no puede admitirse como único criterio para elegir el método operatorio, la mortalidad y morbilidad post-operatoria inmediata, sino que deben merecer especial consideración:

- a) El tiempo de duración del tratamiento y hospitalización.
- b) Los injertos hidáticos (pleurales — in situ — bronco-genéticos).
- c) Y finalmente, las secuelas que siguen a la vómica espontánea o evacuación quirúrgica.

En la casi totalidad de las estadísticas que consultamos, solo se toma en consideración los casos operados, que, con frecuencia, son los de más fácil terapéutica, dejando de lado los casos de hidatidosis pulmonar complicada.

No se fijan en ellas, un porcentaje indeterminado de quistes vomitados de diagnóstico impreciso o de tratamiento riesgoso, que el cirujano o con mayor frecuencia el médico de cabecera, optan por un tratamiento médico anodino o de expectación.

La mortalidad en estadísticas operatorias, pero no estadísticas integrales, de hidatidosis pulmonar, varía del 5 al 10 %, en nuestro medio.

---

(\*) Presentado en la sesión del 24 de julio de 1946.

Estos porcentajes fueron obtenidos de las estadísticas de los doctores Lamas, Prat, Stajano, Fossatti, Chiflet, Peyrallo, Larghero, Armand Ugón.

- a) La morbilidad post-operatoria es elevada, lo que prolonga la invalidez y hospitalización del operado, a veces durante meses.
- b) Los injertos, sean pleurales, in situ o broncogenéticos, aunque raros no son excepcionales.

Nunca se podrá afirmar, si al vertir una gota de líquido hidático durante el acto operatorio, no sobrevendrá una ulterior evolución de nuevos quistes.

- c) Por último, las secuelas que siguen a la vómica espontánea o al drenaje quirúrgico, son sumamente frecuentes.

Los Dres. Piaggio Blanco y García Capurro, han hecho un estudio, mostrando la frecuencia de esas secuelas.

Han expuesto en el gran estudio por ellos realizado, una documentación irrefutable, en una erudita monografía que honra a la ciencia nacional.

(*Equinococosis Pulmonar*, 1939; El Ateneo. Buenos Aires).

Actualmente realizamos la operación de los quistes hialinos de la siguiente manera:

*Baronarcosis. Toracomía amplia.* — Liberación de las adherencias pleurales. Eucleación del quiste intacto, clivándolo en su adventicia.

Oclusión eventual del bronquio de drenaje, si no hay supuración perivesicular.

Cierre de la adventicia herméticamente, en 2 ó 3 planos.

Cierre de la toracotomía, previa reexpansión total del pulmón.

Drenaje cerrado por 48 horas.

Hemos operado, 17 enfermos utilizando esta técnica.

En dos oportunidades tuvimos ruptura del quiste al realizar las maniobras de clivaje; 2 pleuresías purulentas, y ningún caso de muerte.

El post-operatorio fué simple, dándose de alta a estos enfermos entre los 8 y 14 días.

La rotura del quiste crea un estado de intranquilidad para el futuro.

Todos estos quistes eran periféricos y de pequeño volumen.

Hemos estudiado las radiografías seriadas de un enfermo operado en óptimas condiciones, que evolucionó sin complicaciones, siendo dado de alta a los 8 días; que muestra a los 7 u 8 meses de operado en la broncografía, la falta de aspiración alveolar en la zona donde existió el quiste, aunque no se encuentran ni bronquiectasia ni cavidad residual; estas modificaciones funcionales pueden no dar síntomas, pero otras veces después de mucho tiempo pueden dar síntomas, como ser dolores, expectoración hemoptoica y mismo hemoptisis.

En la comunicación de hoy nos limitaremos a estudiar el *tratamiento de las secuelas del quiste hidático de pulmón*, sean estos operados o espontáneamente vomitados.

La importancia de las secuelas, son consecuencias del volumen del quiste, por cuya razón es deseable la operación precoz, no esperando el desarrollo del parásito para que se ubique en un lugar de más fácil abordaje.

Pero la gravedad de las secuelas hidáticas, cavidad residual — bronquiectasias — esclerosis pleural y pulmonar, fístulas broncocutáneas, etc., están indudablemente ligadas a la infección.

Esta infección es consecuencia de las vómicadas incompletas, del drenaje quirúrgico, de la inundación del parénquima por elementos hidáticos, o más raramente a la epitelización de la adventicia (Ivanissevich), y a la fijación parietal de la adventicia del quiste a la pared.

En estos casos, como ya lo expresamos en el Congreso Argentino de Cirugía de 1938, creemos que la única *solución radical es la lobectomía*. La lobectomía por secuela de quiste hidático es sin duda, en las actuales condiciones de cirugía endotorácica, una intervención relativamente benigna.

Relataremos a continuación, 7 observaciones de enfermos operados en el semestre pasado.

Empezaremos por dos casos de posible epitelización de cavidad residual, y luego cinco casos de esclerosis pulmonar con bronquiectasia, supuración y retención de membrana.

#### **Historia.**

R. S. 35 años. Uruguayo. Casado. Procedente del departamento de Lavalleja. Ingresó en el Servicio de Cirugía de la Colonia Saint Bois, por abundante expectoración purulenta y hemoptisis el 6-XII-1945.

**Antecedentes familiares.** S/p.

**Antecedentes personales.** Fué operado hace 20 años en el Hospital de Rocha de un gran quiste hidático de pulmón, localizado en el lóbulo inferior izquierdo. La intervención fué hecha en dos tiempos.

**Enfermedad actual.** Diez años después de la operación mencionada, empieza a tener abundante expectoración purulenta, y de vez en cuando, esputos con sangre. Trabaja en el campo, haciéndolo solamente cuando tiene periodos de acalmia. Consulta varios médicos, sin tener alivio. Últimamente sus molestias le imposibilitan para el trabajo, resolviendo ingresar al Saint Bois.

**Exámenes clínicos.** Estado general bueno. La expectoración oscila alrededor de 400 c.c. diarios, purulenta, alternando con esputos sangui-nolentos. Síndrome cavitario de base izquierda, donde existe una cicatriz que recorre el trayecto de la novena costilla.

Investigación de bacilos de Koch, negativa.

Se resuelve drenar su cavidad.

Peso del enfermo: 60 Kgs. 500.

Exámenes de laboratorio. Orina: normal. 10-XII-45.

Baciloscopia: Esputos negativos 10-XII-45.

Sangre: T. coag. 11'; T. sang. 2'; Glóbulos rojos 5.010.000; Hb. 95 %; G. blancos: 12.100; Polin. B.: 1 %; Polin. N.: 76 %; Polin. E.: 2 %; R. Wassermann: negativa.

**Intervención:** 11-XII-45. Dr. Suárez. Ayudante: Pte. Ibarra. — Anes-tesia: Novocaína al ½ %. — Incisión: En el hemitórax izquierdo, sobre la novena costilla, a nivel de la cicatriz de la operación anterior.

Se encuentran neoformaciones óseas. Sangra mucho en los planos musculares y los vasos intercostales. Pleuras sinequiadas.

Se llega a la cavidad que no tiene contenido de membranas hidáticas, sino pus. Se abre ampliamente la cavidad, se explora y limpia.

Se coloca un tubo con tres mechas. Se resecan tres fragmentos de la cavidad para estudio anátomo-patológico. Cierre.

**Post-operatorio.** Sin mayores incidencias en los primeros días. Al sexto día de la operación, hace empuje febril, 39, que persiste por dos días. Se hace sulfamida y mejora.

La expectoración ha disminuido notablemente. A fines de diciembre, a los 20 días de operado, se le da permiso para pasar unos días con sus familiares, continuando sus curaciones en policlínica.

Reíngresa el 5 de enero. El 14 tiene varios esputos hemoptoicos que se repiten durante dos días.

El 17 de enero gran hemoptisis y sangra por la herida. Transfusión de 500 c.c. de sangre.

El 18 nueva hemoptisis de sangre roja. El estado general, sin embargo, es bueno. El 20, bruscamente, gran hemoptisis y muere en pocos minutos.

**Consideraciones anatomo-patológicas sobre el caso.**

Cavidad residual de quiste hidático - drenaje - muerte por hemorra-

gia fulminante en pocos minutos desde su iniciación, a los 37 días de operado.

El estudio microscópico de los fragmentos para biopsia muestra: pared fibroesclerosa con desaparición total de alvéolos y persistencia de los bronquios; vasos del parénquima y vasos neoformados incluidos en la fibroesclerosis y situados en la vecindad de la superficie.

Algunos de los vasos preexistentes tienen un proceso de endovascularitis degenerativa, preparatoria de la ruptura.



FIG. 1 (Caso R. S.)  
**Pared de cavidad pulmonar epitelizada.** (Antiguo quiste hidático vomicado)

Hay un falso aspecto de epitelización; él es dado porque la pared de algunos bronquios ha entrado a formar parte de la pared de la cavidad.

#### **Historia clínica.**

C. T. de P. 55 años. Uruguaya. Casada. Procedente del departamento de Durazno.

Ingresa al Sanatorio Nogueira e Iraola, en marzo de 1946.

Enfermedad actual. Hace cinco años consulta por expectoración hemoptoica al Dr. Pedro Regules, quien luego de un examen negativo de

nariz y garganta, aconseja una radiografía de tórax. Obtenida ésta, por el Dr. Caubarrére, muestra un quiste hidático de pulmón, localizado en el lóbulo inferior izquierdo.

Vemos a la enferma en consulta, aconsejando la intervención quirúrgica, operación que practica con todo éxito el Dr. Calleri, en el año 1941, por el método de Lamas y Mondino.

Se trataba de un quiste hidático hialino. Se extrajo la membrana germinativa en su totalidad.

Post-operatorio bueno, siendo dada de alta.



FIG. 2 (Caso R. S.)

**Pared de cavidad pulmonar epitelizada.** — (Antiguo quiste hidático vomicado●)

Pasa bien durante un año, al cabo del cual comienza con hemoptisis y expectoración hemoptoica, motivos por los cuales nos consulta. Realizado el estudio radiológico correspondiente, visualizamos en la zona donde estaba el quiste anterior, una sombra a límites imprecisos, del tamaño de una nuez. Sospechamos un nuevo quiste hidático injertado sobre la vieja periquística. Como la enferma continuara en ese estado durante los años 1943 y 44, proponemos sea intervenida, intervención que no acepta momentáneamente.

Recién en marzo de 1946, decide su internación para ser operada.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

En este momento la enferma expectora 150 c.c. diarios de pus mezclado con sangre.

Antecedentes personales: Sana. Madre de 4 hijos sanos.

Antecedentes familiares: Sin particularidades.

Examen clínico: Estado general malo. Subfebril. Pulso de 110. Presión arterial: Mx. 12; Mn. 9.

Cicatriz operatoria a nivel del noveno espacio intercostal izquierdo posterior.

El examen de la expectoración no revela B. de Koch. La inclusión de esputos para la investigación de elementos hidáticos, por el carmin de Best, método del profesor Lasnier, es negativa.

Se hace una cura de penicilina que no mejora sus síntomas generales y funcionales.

Se prepara a la enferma durante varios días para ser intervenida.

Operación: 3-18-46. Dr. Víctor Armand Ugón. Anestesia local con novocaína al  $\frac{1}{2}$  %.

Incisión: Sobre cicatriz operatoria anterior. Resección de la novena costilla. Al incidir el lecho perióstico, se abre la cavidad pleural libre, sólo parcialmente tabicada en la parte baja de la antigua cicatriz operatoria, produciéndose neumotórax. Al explorar el lóbulo inferior izquierdo, se comprueba que está ocupado por una tumoración quística, renitente, que adhiere al plano costal en la parte más declive de la región costal anterior. Se punciona y se extrae pus. Al incidir se evacúan 500 c.c. de pus. No se encuentran restos de elementos hidáticos.

En la parte superior de la bolsa quística sopla un pequeño bronquio.

Se hace marsupialización, previa extracción de un fragmento de la pared del quiste, para examen biópsico.

Post-operatorio: Bueno.

La cavidad quística sólo se colapsa parcialmente.

Veinte días después, se practica una frenicectomía izquierda para provocar un colapso completo de dicha cavidad.

Como el resultado del examen anátomo-patológico del fragmento de pared, mostrara un proceso de epitelización de la cavidad quística, se mantiene el drenaje durante dos meses. Se inyecta, con intervalo de una semana, y por tres veces, una solución de nitrato de plata al 20 %, con todo cuidado, para que no pase al bronquio de drenaje.

Actualmente, ha cicatrizado su herida operatoria, con gran mejoría de su estado general.

Creemos que esta enferma no está curada, y que sólo se llegaría a ese fin, practicándosele una lobectomía; lobectomía que no entusiasma por la edad de la enferma, y por carecer actualmente de síntomas funcionales.

Examen anatómo-patológico de fragmento de pared de cavidad intrapulmonar. Sra. C. T. de P.

El segmento remitido, de un centímetro de largo, muestra pared de una cavidad pulmonar, con su capa mucosa, ulcerada en parte: en el área

de la zona ulcerada hay tejido de granulación brotante, hasta formar pequeños pólipos de brote carnoso. Donde subsiste el epitelio, es cilíndrico mucoso de tipo bronquial y forma algunas invaginaciones glanduliformes.

Por fuera hay capa fibrosa densa, cruzada por escasos haces de músculo liso, y más lejos un poco de parénquima pulmonar carnificado, muy denso y esclerosado, en cuyo seno se reconocen todavía algunos alvéolos colapsados y numerosas arteriolas con endo-vascularitis.

Con el antecedente de la cavidad quística pre-existente, se interpreta correctamente como una cavidad quística, transformada en cavidad abscedal por infección piógena, con producción de brote carnoso exuberante en su superficie interna, la cual fué ulteriormente epitelizada parcialmente por mucosa de tipo bronquial, por el doble proceso de deslizamiento y regeneración cicatrizal reparativa.

### Historia.

I. S. 28 años. Uruguayo. Soltero. Jornalero. Procedente de San Luis, Depto. de Rocha.

Motivos de ingreso: 5-11-1946. Procedente del H. Pasteur.

Antecedentes familiares: Padre vivo sano. Madre viva sana. 14 hermanos sanos.

Antecedentes personales: S/p.

Enfermedad actual: En mayo de 1942, dolor en el hemitórax izquierdo. hipo durante 8 horas y hemoptisis (2 litros?). Consultó médico en Lascano, donde estuvo internado 1 mes, durante el cual tuvo tos y expectoración hemoptoica. Al cabo de ese tiempo es enviado al Hospital Pasteur, donde estuvo hospitalizado 4 meses.

Operación en dos tiempos en el hemitórax izquierdo (al decir del enfermo no se extrajo membrana). Drenaje. Salió del hospital sin tubo de drenaje; pero la herida no había cerrado.

En octubre de 1942 vuelve al Hospital de Lascano donde permanece 4 meses y medio; cierra la herida a los 15 días.

En abril de 1943, nueva hemoptisis de sangre roja y espumosa; vuelve a reingresar a la sala 21 del Hospital Pasteur donde a los cinco días de estar internado es reintervenido por el Dr. H. Suárez. Extracción de membrana, tubo. Salfan membranas en las curaciones.

A los cuatro meses vuelve a Lascano, sin tubo, con la herida sin cerrar, soplaba.

Desde entonces tareas livianas, por los dolores y la tos.

En octubre de 1945 nueva hemoptisis y reingresa a la sala 21. Tratamiento con antígeno hidático (20 inyecciones) y estudio radiológico.

12-11-46. Enfermo en excelente estado general. Afonía. Dentadura en muy buenas condiciones. Tos sí. Exp. sí.

Cicatriz operatoria de 16 cms. en la parte anterior del hemitórax izquierdo desde el borde izquierdo del esternón, dirigiéndose de arriba abajo y de dentro afuera, hasta rasar el borde superior del mamelón



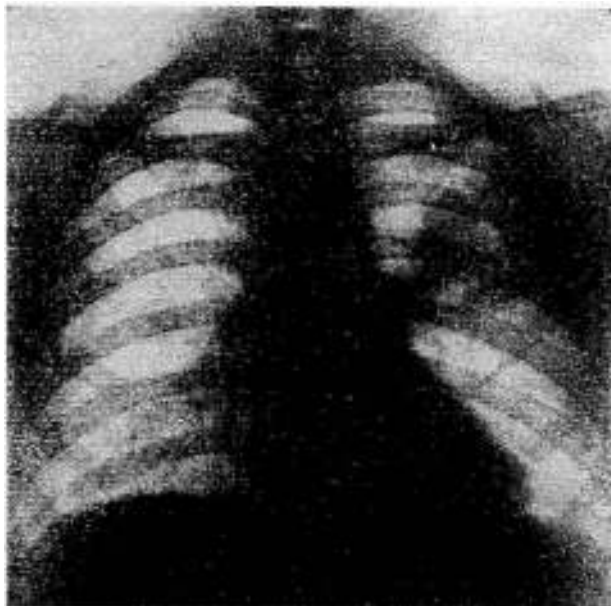


FIG. 3 (Caso I. S.)

En la zona comprendida entre la axila y el hilio se observa una opacidad no uniforme, dejando en su interior zonas claras irregulares: los contornos de esta sombra son borrosos.

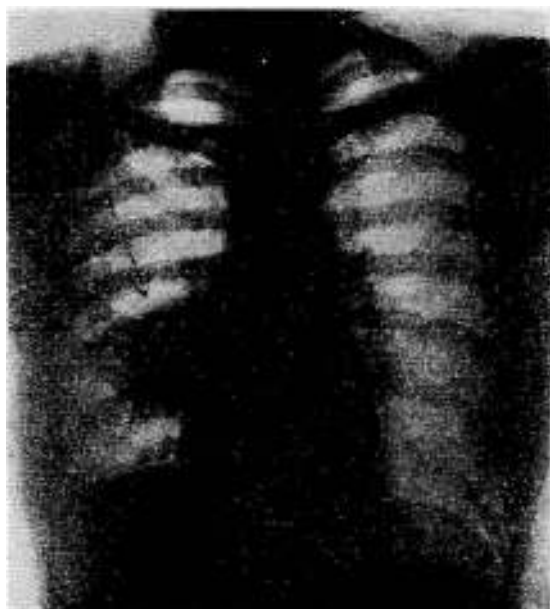


FIG. 4 (Caso S. M.)

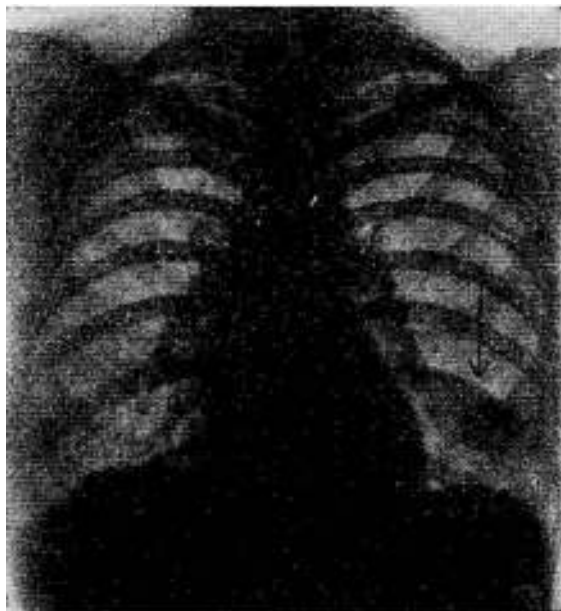


FIG. 5 (Caso V. A.)



FIG. 6 (Caso V. A.)

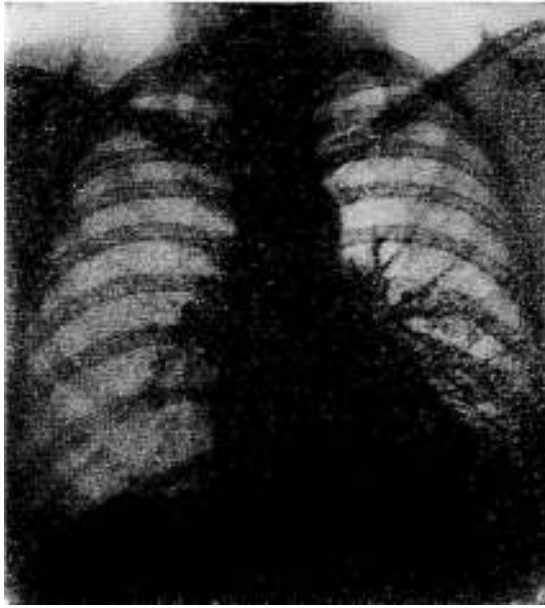


FIG. 7 (Caso V. A.)



FIG. 8 (Caso V. A.)



FIG. 9. (Caso J. G.)



FIG. 10 (Caso L. A. M.)

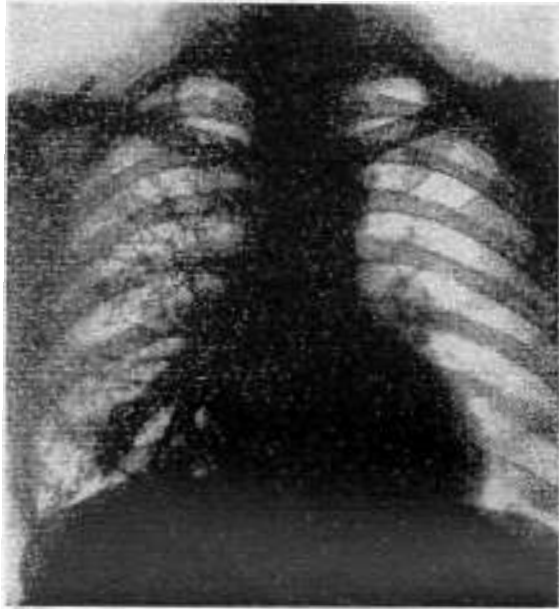


FIG. 11 (Caso L. A. M.)



FIG. 12 (Caso L. A. M.)

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

izquierdo. Al toser, el enfermo, hace un poco de saliencia y se notan irregularidades costales palpando profundamente.

Auscultación: algunos estertores región axilar izquierda.

Buen estado general y de nutrición.

Exámenes clínicos: Al ingresar está con esputos hemoptoicos y expectoración purulenta.

El 14-II hemoptisis de 500 c.c. que se repite el 16 y 18, anemiándose el enfermo.

Se hace transfusión de sangre.

El 1º de marzo, gran hemoptisis, por lo que se resuelve hacer la lobectomía hemostática, pues el estado del enfermo no permite hacerle broncoscopia ni broncografía, para su mejor estudio.

Peso del enfermo: 78 Kgs. 500.

Exámenes de laboratorio: Orina, normal. 7-11-46.

Baciloscopia: 7-11-46. Esputos negativos.

Sedimentación: 15-1V-46. 43 mms.

Sangre: 14-II-46. T. coag. 10'.

T. sanf. 2' y  $\frac{1}{2}$ .

G. rojos: 5.500.000.

Hb. 110 %.

V. Gl. 1.

G. blancos: 7.200.

Polin. N. 55 %.

Polin. E. 2 %.

Polin. B. 0 %

M. 12 %.

Operación: Dr. V. Armand Ugón. Ayudantes: Dr. H. Suárez, Dr. Piffaretti y Pte. Ibarra.

Anestesia: gases. Pte. Cañellas.

Incisión: Toracotomía póstero-lateral seccionando atrás 4ª y 5ª y resecaando un pequeño fragmento de ellas. Pleuras totalmente adherentes haciéndose la liberación, al principio en la fascia endotorácica. Se incinde la fascia, habiendo colocado previamente el separador torácico, decolando el pulmón por dentro de la fascia. Decolamiento de la cisura interlobar. Ligadura por separado de los elementos del pedículo, que está muy obliterado por adherencias. Se pleuraliza el muñón con un colgajo de pleura y se termina con la liberación del lóbulo superior muy adherente a la cicatriz de las toracotomías anteriores. 60.000 U. de Penicilina intrapleurales. Sulfamida en la herida. Cierre de la toracotomía en tres planos. Drenaje pleural. Transfusión de 1500 c.c. de sangre. Suero fisiológico 1 lt. 12 ampollas de Escatín. 3 amp. Miocor.

13-III-46. Pulso 100 regular bien golpeado. Apirético. Sin disnea. Muy buen estado general. No drena nada por el tubo. No tose ni expectora. Presión endopleural —5. Se retiran 300 c.c. de aire y queda bien negativa: —20.

Evoluciona favorablemente. Se retira el tubo a los 6 días. Se levanta

a los 12 días de operado, esputos hemoptoicos y dolores en la parte alta del hemitórax.

Radiografía: Pequeño neumotórax apical, con reexpansión del lóbulo inferior.

Alta transitoria a los 20 días de operado.

Neumotórax disminuído, persiste al 3er. mes, con buen estado general del enfermo.

Alta bajo vigilancia médica actualmente.

### Historia.

V. A. 35 años. Uruguaya. Procedente del departamento de Tacuarembó.

Motivos de ingreso: Enviada desde Paso de los Toros, ingresa por hemoptisis y expectoración hemoptoica, a la Colonia Saint Bois.

Enfermedad actual. Hace un año, estando bien de salud, tuvo una lipotimia con pérdida del conocimiento por espacio de unos minutos.

No ve médico por este episodio, quedando con disnea de esfuerzo, que le obliga a guardar cama. Ocho días después, encontrándose en cama, tiene una epixtasis de regular cantidad, acompañada de cefalea frontal.

Pasa dos meses con disnea de esfuerzo, astenia, pérdida de apetito y tos sin expectoración, consultando médico, quien le receta unas gotas para la tos.

Mejora de su sintomatología pasando bien nueve meses.

Hace un mes tiene una hemoptisis de discreta cantidad, precedida por tos, que la hace consultar médico en Paso de los Toros, enviándola a esta Colonia, donde es estudiada por el Dr. Crisci, quien la envía a cirugía con diagnóstico de hidatidosis pulmonar.

La enferma nos manifiesta que desde hace un mes, tiene esputos de sangre diurnos, y que en tres oportunidades ha tenido lipotimias con pérdida de conocimiento. Nos dice que en una oportunidad, junto con la tos expulsó un líquido espeso de color amarillo y con e tria sangui-nolentas y gusto fétido, sin ninguna particularidad macro cópica.

Relata que nunca ha estado febril ni ha tenido urticaria ni sudores nocturnos.

Adelgazamiento discreto.

Antecedentes personales: Menarca a los 14 años. Menstruaciones irregulares, dolorosas. Sarampión a los 16 años. Fué operada de apendicitis. Ultimamente dolores reumáticos.

Antecedentes familiares: Padre muerto de neumonía hace 9 años. Madre sana. Doce hermanos, dos sanos, los demás hace años que no los ve.

Foco de contagio: no se conoce.

Examen: Buen estado general. Lengua húmeda y limpia. Dentadura en regulares condiciones, faltan varias piezas, y otras en mal estado. Panículo adiposo discreto.

Tórax: De aspecto y configuración normal.  
 Percusión, vibraciones y auscultación s/p.  
 No se encuentran adenopatías cervicales ni axilares.  
 Corazón: s/p. Pulso de 80, regular, bien golpeado.  
 Abdomen: Blando, depresible. No se palpa hígado ni bazo.  
 Tránsito intestinal: ligeramente constipado. Reflejos rotulianos s/p.  
 Radiografía: frente y perfil: Proceso nodular del tamaño de un huevo de gallina de poca opacidad en el lóbulo inferior izquierdo. (Fig. 5 y 6).  
 Broncografías: En la base del lóbulo posterior existe una zona donde

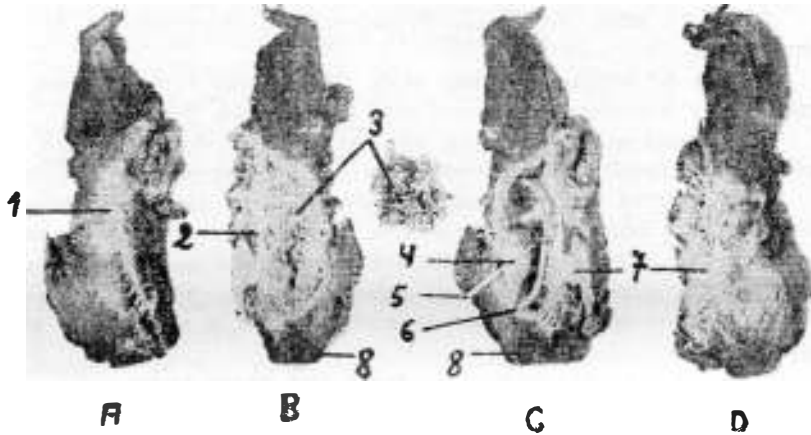


FIG. 13 (Caso I. S.)

Cortes macroscópicos seriados del lóbulo A. B. C. y D. — 1) Fibrosclerosis. 2) Pared de la cavidad. 3) Magma granuloso hialino (aspergillus). 4) Tuberculosis congestionada por donde entra el bronquio de drenaje. 5) Bronquio de drenaje. 6) Cuerpo extraño (tubo de goma perdido en una operación anterior). 7) Fibrosclerosis pericavitaria. 8) Parénquima carnificado.

el aceite opaco no llega. Además hay algunos bronquios dilatados e irregulares. (Fig. 7 y 8).

27-VI-1946. Broncoscopia. Dr. Dighiero. No se observan lesiones.

1-VII-1946. 15 c.c. de expectoración purulenta hemática

Operación: 13-VII-946. Dr. V. Armand Ugón. Ayudantes: Dr. Suárez, D. Piffaretti y Pte. Ruiz.

Anestesia: Pte. Cañclas. Pento-ciclo-éter.

Posición: decúbito lateral derecho.

Incisión: toracotomía sobre la 7ª costilla, que se reseca. Resección de un fragmento de la 8ª costilla atrás. Pleuras libres. Se secciona una adherencia gruesa como un dedo, que fija el lóbulo inferior a la parrilla. Se coloca un Tuffier. Se hace frénico-presura. Lobectomía con disección de los elementos hiliares con ligadura individual de dichos elementos. Se liga una arteriola que va a la lingula.



Penicilina, 100.000 unidades intrapleurales. Se colocan colgajos pleurales sobre el hilio. Drenaje cerrado.

Cierre en tres planos.

Lobectomía fácil. 1 hora 45 minutos.

Transfusión gota a gota durante el acto operatorio, 900 c.c.

Post-operatorio inmediato: Hora 16 y 15. Pulso 90. Lleno, regular. P. arterial: Mx. 11; Mn. 6. Hora 18 y 15. Pulso 90. Lleno, regular. P. arterial: Mx. 10 ½; Mn. 6. Hora 24. Pulso 100. P. arterial: Mx. 9 ½; Hora 3. Pulso 100. P. arterial: Mx. 8 ½.

Ha pasado sin disnea, solamente algunos golpes de tos.

14-VII-1946. Pulso 100. Temp.: 37 4/5. Dolorida.

Radiografía en la cama; pulmón bien reexpandido, sin derrame.

Drenó 500 c.c. de líquido sero-hemático. Algunos esputos purulento-hemáticos.

Hora 9 y 15. Pulso 100, regular. P. Arterial: Mx. 11; Mn. 7. Hora 17 y 30. Pulso 100, regular. P. arterial: Mx. 11; Mn. 7.

15-VII-1946. Pulso 90. Temp. 38. Muy dolorida. Algunos esputos purulento hemáticos. Muy buen aspecto. Drenó 200 c.c. de líquido sero-hemático.

20-VII-1946. Se retira el drenaje pleural.

Apirética. Estado general bueno y se autoriza a levantarse.

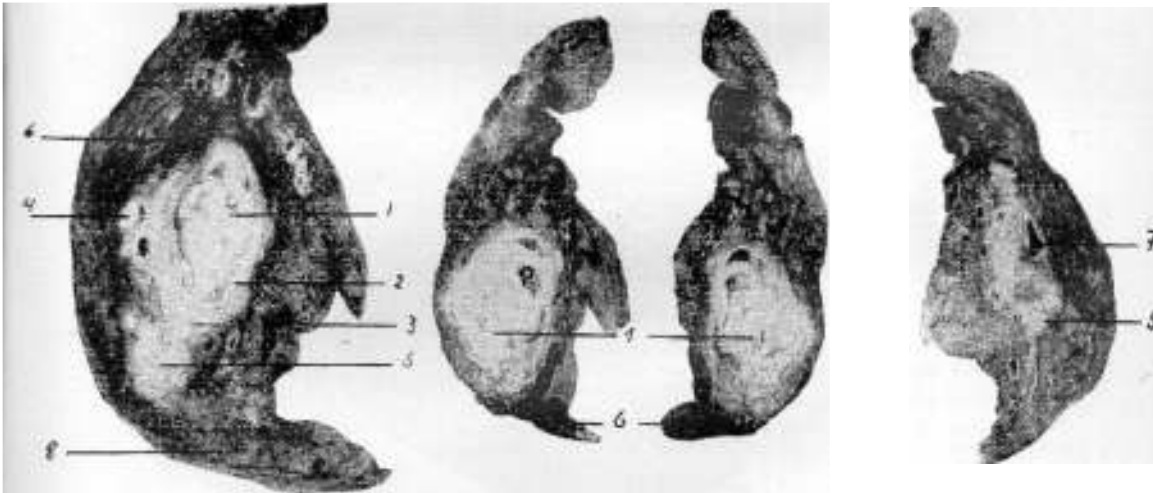


FIG. 14 (Caso V. A.)

Los cortes macroscópicos seriados muestran lesiones múltiples: 1) Cavidad ovoideada con membrana plegada y pus. 2) Pared fibrosa e infiltrada de la caverna. 3) Fibrosis periquística. 4) Tapones purulentos en bronquios. 5) Absceso bronquiectásico. 6) Parénquima atelectásico. 7) Grueso vaso aflorando la cavidad. 8) Enfisema.

CONSIDERACIONES ANATOMO-PATOLOGICAS

Por estas lesiones, este caso constituye la indicación tipo de lobectomía. Porque aun cuando se hubiese evacuado no es seguro que las hemoptisis cesaran, dado que las lesiones de necrosis hialina vascular (isquémica) pueden dar origen a hemoptisis fulminantes inmediatas o a posteriori. Porque la adventicia fibropiogénica y el parénquima vecino no permitirían el aplastamiento de la cavidad con bronquio de drenaje pequeño y en el techo de la misma. Porque los abscesos bronquiectásicos no iban a curar dado que para que ellos se formen es necesario que se produzca una lesión destructiva de la pared bronquial y esta no recupera jamás ni su función, ni sus caracteres. Quedan de este lóbulo, sólo pequeñas zonas en el borde posterior e interno con parénquima normal.

**Historia.**

S. M. Uruguaya. Soltera. 30 años. Nacida en el Depto. de Florida y radicada allí durante 20 años.

Enviada por el Dr. Racine. Ingresa por dolor en la base del hemitórax derecho, tos y expectoración, al Hospital Español, en 1945. Presenta hemoptisis que persisten con intervalos.

Enfermedad actual: Su enfermedad comienza en 1940, con hemoptisis que persisten con intervalos. En junio del año 1945 estuvo internada en el Hospital Sanatorio Español, por un cuadro respiratorio agudo, subfebril, dolor en puntada en la base del hemitórax derecho y tos seca.

Al examen clínico radiológico se comprueba la existencia de un derrame derecho. Se le hicieron repetidas punciones evacuadoras, que dieron un líquido sero-fibrinoso. Su examen da: sero-fibrinoso turbio.

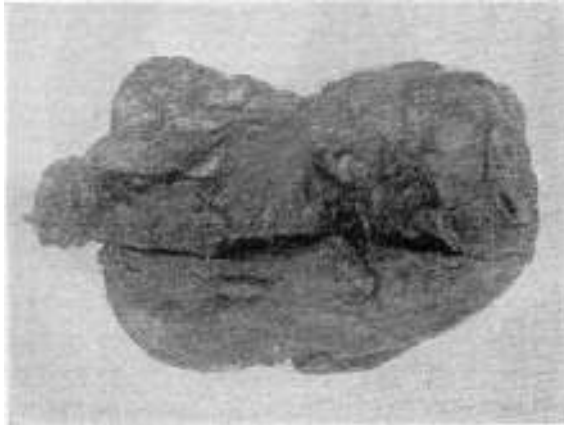


FIG. 15 (Caso S. M.)

**Lobectomía** por quiste hidático vomicado del lóbulo inferior der. Foto del lóbulo reseca<sup>do</sup>.

Coagulación espontánea. Reacción de Rivalta positiva. Polinucleares. No se encuentra al examen directo ninguna bacteria ni tampoco ganchos de tenia (Dr. Hormaeche). La investigación bacteriológica de bacilos de Koch en los esputos, fué negativa (Dr. Hormaeche).

Examen radiológico una vez evacuado el líquido pleural, muestra una condensación hiliar y para-hiliar derecha, con discreta reacción pleural y obstrucción del seno costo-diafragmático derecho. (Dr. Abelardo Rodríguez). (Fig. 4).

Fué dada de alta al mes de su ingreso, en perfectas condiciones. (28-VII-45).

Pasó en su casa un tiempo bien, comprobando más tarde una sen-



FIG. 16 (Caso S. M.)  
Cortes longitudinales del lóbulo resecado.

sación de pesadez en el hemitórax derecho, y a veces dolor. Al mes y medio tuvo una vómita hidática; precedida de tos seca y dolor en la base del hemitórax derecho, comenzó a expectorar un agua salada, abundante que la ahogaba, acompañada de vesículas hidáticas pequeñas; a los pocos días intenso prurito y tumefacción de la cara y miembros.

Estos cuadros se repitieron varias veces acompañándose siempre de expectoración de vesículas hidáticas.

Fué vista entonces por un médico, quien diagnosticó hidatidosis pulmonar de la base derecha. Se le sacaron varias placas radiográficas.

Hace un mes, luego de una corta carrera, tuvo sensación de ahogo, una crisis de tos y comenzó con expectoración sanguinolenta.

Guardó cama durante 5 días; la hemoptisis fué disminuyendo; en los días siguientes le apareció un proceso eczematoide y pruriginoso de la piel de los brazos y piernas.

Hace 15 días se despertó por la noche, con una nueva sensación de ahogo, tos y hemoptisis con expulsión también, de vesículas hidáticas. Presenta además un fuerte dolor en la base del hemitórax derecho, que se exacerba con la respiración y los movimientos.

En estas condiciones la ve el Dr. Marcalain en la policlínica quirúrgica, e indica su ingreso a la sala de cirugía.

Antecedentes personales: Hace unos 6 años fué operada por quiste hidático de la región dorsal, que se le extirpó comprobándose también, la existencia de un pequeño quiste pulmonar, por lo que se puso sobre aviso a la enferma y familiares.

Examen clínico: Estado general conservado. Apirética. Pulso 80, bien golpeado. Presión arterial: Mx. 14; Mn. 8. Piel y mucosas algo decoloradas. Lengua húmeda.

Orinas claras, micción normal. Tránsito intestinal bien.

Abdomen: libre, se moviliza bien; indoloro, blando, depresible. No se palpa hígado ni bazo.

Tórax: estando con hemoptisis se deja para otra oportunidad.

Evolución clínica: Estando en la sala, el día 16-VI-46, con un golpe sintió un dolor brusco, como un desgarró, en la base del hemitórax derecho, comenzando una vómica de vesículas hidáticas hijas y hemoptisis, comprobadas por el Dr. Marcalain. Continúa así por espacio de tres días.

De vez en cuando tiene expulsión de vesículas hidáticas.

Indicaciones: Reposo absoluto, morfina. Transfusión de 300 c.c.

Nº 1400. E. Examen de esputos previa inclusión (muestra escasa recogida el día anterior a la operación). Espudo mucoso, con algunos finos grumos más condensados, purulentos. La tinción con carmín de Best-Lasnier permite descubrir una fina cutícula quitinosa hidática que se dispone en forma circular en el corte, por lo que podría pertenecer a una vesícula hija de pequeño diámetro.

Operación: Junio 18-946. Dr. Armand Ugón, Dr. Marcalain, Pte. Scasso.

Anestesia: Gases. Baronarcosis. Pte. Fernández Oria.

Incisión: Pósteró-lateral del hemitórax derecho, a la altura del séptimo espacio intercostal, con resección de la séptima costilla. En el lóbulo inferior del pulmón derecho, se comprueba la existencia de una cavidad, correspondiendo a un quiste hidático vomicado, que se desgarró y abre al decolar el lóbulo de la parrilla. En el interior del quiste se encuentran algunas vesículas hidáticas. Adherencias laxas del lóbulo inferior al diafragma y al lóbulo medio. Se hace frénico-presura. Cúpula diafragmática intacta. Se libera el lóbulo inferior derecho, se hace lobectomía, con ligadura por separado de los elementos del pedículo. Drenaje pleural, en zona declive.

Post-operatorio: Bueno desde el punto de vista pulmonar. Vómitos los tres primeros días. Penicilina: 25.000 U. cada tres horas los cuatro primeros días. Se retira el drenaje al cuarto día, se levanta al décimo. Cicatrización per-primans. Radiografía de control indica reexpansión total de los lóbulos remanentes, con ligero derrame en la base derecha.

Dr. C. V. Armand Ugón. Hospital Español. VII-3-1946. — Enferma: S. M. Lobectomía por quiste hidático vomicado del lóbulo inferior der. N° 1401. E. Pieza operatoria de lobectomía inferior derecha, y fragmamiento de lámina fibrosa parieto-pleural. El lóbulo pulmonar resecaído aparece pequeño, retraído, deformado; muestra una cavidad quística periférica, de pared irregular, sangrante; mide unos 5 centímetros de diámetro promedial: el parénquima pulmonar que la rodea, en un espesor de 4 centímetros, está carnificado, esclerosado: en el corte se destacan los bronquios gruesos y vasos más importantes.

En esta zona esclerosada, marginando la cavidad quística, se reconoce una lámina fibrosa densa que rodea la cavidad casi totalmente y que por su aspecto y disposición corresponde a la periquística espesada, ya desbordada interiormente, luego de evacuada la cavidad, por tejido de reparación tisural. El parénquima pulmonar de los bordes del lóbulo y más lejano de la cavidad, se conserva elástico, aereado, sin alteración estimable.

Examen histológico: El examen histológico de varios fragmentos de la pared de la cavidad evacuada y de la zona carnificada, muestran tejido fibroso esclerógeno, tejido de granulación común, en una zona con infiltración leucocitaria (por infección bacteriana piógena secundaria) y por fin, granuloma hidático por reacción tisural profunda frente a restos de la quitinosa quística englobados en el parénquima pulmonar. Este granuloma hidático está representado por formaciones nodulares (similes a la granulación tuberculosa en su conjunto) con corona de linfocitos, capa intermedia de células epitelioides vivaces, bien desarrolladas y hacia el centro plasmodios en vías de formación alrededor de restos extraños quitinosos de forma laminar y contorno irregular, que aparecen únicos o múltiples, fragmentándose, en los diversos nódulos.

En resumen: lobectomía, quiste hidático evacuado, ancha zona de carnificación pulmonar que rodea la cavidad; en la parte contigua a su superficie interna se desarrolla granuloma hidático nodular y macrofágico de reabsorción de los restos cuticulares quitinosos englobados en la adventicia quística.

2° La lámina fibrosa parieto-pleural muestra estructura homogénea fibrosa esclerosada, sin otros elementos tisurales.

### **Historia.**

L. A. M. 38 años. Montevideo.

Motivos de ingreso: Enviado por el Dr. Racine al Dr. Ugón, a quien consultó por hemoptisis a fin del año 45.

Enfermedad actual: En el año 1935, haciendo un esfuerzo, tuvo tos y hemoptisis muy abundante (según el enfermo), de sangre oscura.

Consultó médico, quien le hizo una terapéutica adecuada, aconsejándole, una vez que se restablezca, no efectúe trabajos forzados.

En el mes de diciembre tuvo una nueva hemoptisis de sangre oscura, abundante, con tos y ardor en el medio del tórax parte anterior. Este estado duró unos diez días al cabo de los cuales ya no tiene más expectoración hemoptoica.

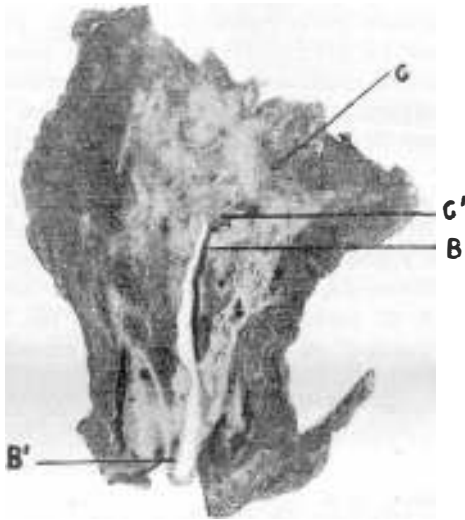


FIG. 17 (Caso L. A. M.)

**Consideraciones anatómo-patológicas.** — Corte del lóbulo pasando por el bronquio de drenaje B y por B1 orificio del bronquio principal y por dos cavidades C, C1. La cavidad C1 drena ampliamente en el bronquio, a la cavidad C no se le encontró bronquio de drenaje. Amplia zona de fibrosis tomando la parte media del lóbulo alrededor de las gruesas ramificaciones brónquicas que están dilatadas. Las cavidades C y C1 contenían un magma necrótico en el cual no pudo ser reconocida la presencia de restos de quitinosa hidática. (Método de Lasnier).

Pasado este episodio, en que se le hizo calcio i/v. pasa bien, sin expectoración ni tos.

Este año en el mes de marzo tiene otra hemoptisis de iguales características que las anteriores, ve al Dr. Racine quien le hizo tratamiento médico hasta el momento del ingreso.

Antecedentes familiares: s/p.

Antecedentes personales: Tos convulsa. Quiste hidático a la edad de 8 años (vivía en Minas), que fué tratado por el Dr. Varela Fuentes, quien lo envía al Hospital Pereyra Rossell, donde fué operado por el Dr. Pena en el año 1917. Incisión operatoria del lado derecho sobre la parte posterior del hemitórax. Fué seguido durante tres años, pasando

bien hasta el año 1945 en que comienza sus trastornos por hemoptisis.

Exámenes clínicos: Buen estado general. Coloración de piel y mucosas s/p. Lengua húmeda no saburral.

Abdomen: s/p.

Tórax: Cicatriz operatoria de la parte posterior, por debajo de la punta del omóplato, siguiendo la dirección de las costillas. Se moviliza bien y ampliamente a la inspiración. No hay circulación parietal.

Pulmón: palpación. Discreto aumento de las vibraciones en la zona intervenida.

Percusión: No hay gran diferencia de uno a otro lado (ant.-axilar-post.).

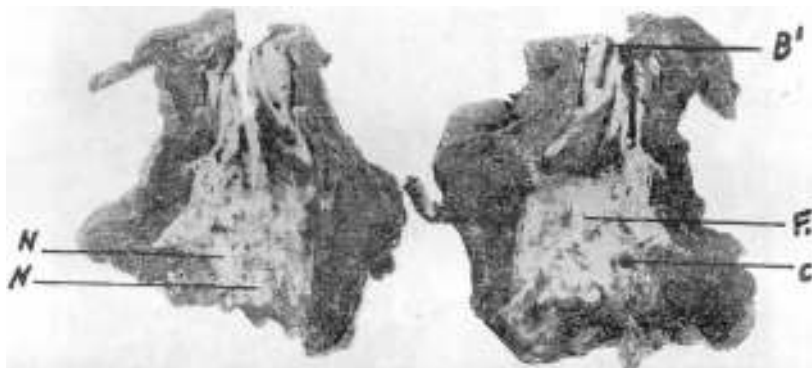


FIG. 18 (Caso L. A. M.)

Otro corte de sección del lóbulo paralelo al corte principal. El orificio del bronquio principal inmediatamente dividido. F zona de fibrosis y C cavidad. El parénquima pulmonar que forma marco a la zona de fibrosis presenta aspecto carnificado. NN nódulos adherentes al diafragma. El examen de estos nódulos mostró una fibroesclerosis difusa con desaparición del parénquima. Persistencia de bronquiolos; capilares sanguíneos dilatados en medio de la esclerosis.

Auscultación: estertores subcrepitantes y estertores roces. Resonancia a la voz y la tos. Pectoriloquia áfona al nivel de la base derecha parte posterior. Corazón s/p.

Radiografía (17-V-46). Deformación del arco de la 8ª costilla der. Hay una zona clara en la base que puede corresponder a una cavidad. (Fig. 10).

Broncografías: (Figs. 11 y 12).

El árbol bronquial se rellena bien por la sustancia opaca. Existen dilataciones de los bronquios correspondientes a la zona pósteroinferior del lóbulo inferior dando una imagen típica en nido con pequeño nivel líquido.

Operación: Dr. H. Suárez, Dr. Piffaretti, Dr. Victorica, Pte. Ruiz.

Anestesia: Pte. Fernández Oria. Pentothal-N<sub>2</sub>O-Eter.

Incisión: Toracotomía derecha. Resección de la 7ª costilla y cuello

de 8ª. Hay neoformación ósea a nivel de las intervenciones anteriores. Abierta la pleura se comprueba la presencia de una adherencia total de todo el pulmón a la pleura parietal, principalmente del lóbulo inferior al diafragma.

Liberación de la cisura interlobar y luego liberación de todo el lóbulo inferior hasta el pedículo. Se aborda éste por su cara posterior. Ligadura individual de los tres ramos venosos del lóbulo inferior. Se hacen ligaduras transfixantes de seguridad. Se va luego a la cisura, se descubre y liga la arteria pulmonar, liberando sus ramificaciones y ligando las dos ramas. Se libera y secciona el bronquio. Se hace sutura con puntos

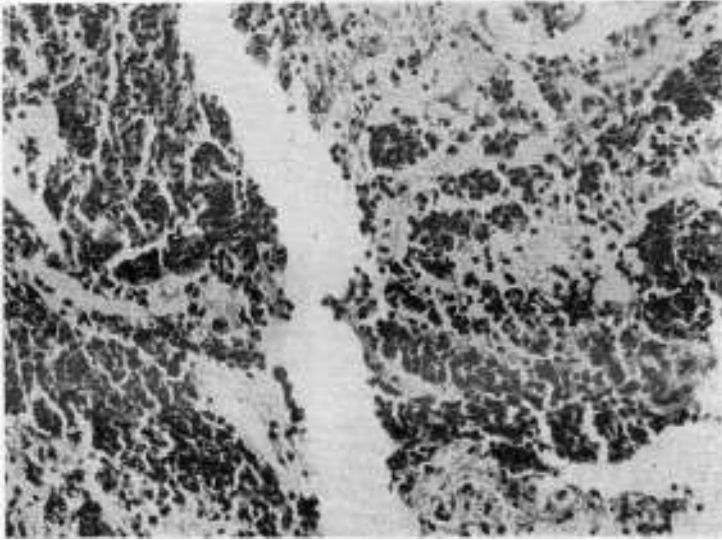


FIG. 19 (Caso L. A. M.)

Sustancia albuminosa coagulada, macrófagos, restos de epitelio brónquico y leucocitos constituyendo el contenido de las cavidades C y Cl. No se encuentran restos de quitinosa hidática. — Otro corte histológico al nivel de la zona F mostró una fibroesclerosis difusa con desaparición total de alvéolos y persistencia de las ramificaciones bronquiolares rodeadas de un proceso inflamatorio exudativo celular y fibroplástico.

separados muy cerca unos de otros, con hilo de acero muy fino. Se crea un lambeau de pleura parietal que se pone como una tapa sobre los muñones vasculares y bronquial. Se colocan 50.000 U. de penicilina intra-pleural. Cierre de la pared, dejando drenaje intrapleural. Transfusión durante el acto operatorio de 1000 c.c.

*Post-operatorio.* — 3-VI-46. Pasó muy bien, sin disnea. Pulso 120. Temp. 37 4/5. Se quita la pinza del tubo de drenaje y salieron 400 c.c. de líquido sero-hemático.



## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

6-VI-46. Pulso 110. Temp. 38 2/5. Drena poco, solo algunos centímetros cúbicos de líquido sero-hemático.

7-VI-46. — Pulso 120. Temp. 37 3/5. Drena poco.

8-VI-46. — Pulso 108. Temp. 37 2/5. No drena nada por el tubo. Sigue con excelente estado general, sin disnea. Expectoradora 10 a 15 c.c. de expectoración espumosa.

10-VI-46. Apirético. Pulso 100. Excelente estado general. Expectoradora 10 a 15 c.c. espumoso. Se cura; herida perfecta. Se saca el tubo de drenaje.

*Radiografía:* Nivel líquido. Opacidad base derecha. El tubo contra el diafragma.

17-VI-46. Sigue muy bien. La herida cerró per-primens. Algunos esputos hemáticos. Apirético.

20-VI-46. Sigue bien. Apirético. Se le practican dos punciones que son negativas.

La radiografía practicada en el día de su alta muestra que el pulmón se expande y la base se ha aclarado bastante con relación a las placas anteriores.

### HISTORIA CLINICA

J. G., 18 años. Uruguaya. Soltera. Procedente del departamento de Colonia.

*Motivos de ingreso.* — 14-1-46. Enviada por el Dr. Varela al Dr. Víctor Armand Ugón, por tos y hemoptisis.

*Enfermedad actual.* — Hace seis meses comienza su afección actual, con violentos accesos de tos, acompañados de hemoptisis. Este episodio que tiene una duración de 3 a 4 días, está exento de dolor y fiebre.

Quince días más tarde, — al despertar por la mañana, — tiene un nuevo acceso de tos, acompañado de expectoración al parecer purulenta, y sin fetidez según manifestación de la enferma. Al igual que el anterior, este episodio no se acompaña de dolor ni fiebre.

La enferma continúa en sus tareas habituales, que le demandan grandes esfuerzos físicos, por lo que la tos y expectoración, fueron en aumento; expectoración que unas veces es sanguinolenta y otras con estrías de sangre. Continúa en este estado, hasta que aparece brusca puntada de costado, pasajera, localizada en el hemitórax izquierdo, en su parte anterior y superior.

Al comienzo de su afección, marcada disminución del apetito, que en la actualidad ha recuperado casi totalmente. Adelgazamiento de unos 8 kilos. Astenia. Sudores nocturnos.

Tránsito intestinal normal.

No existen transtornos en la micción.

No tuvo nunca ni ictericia ni urticaria.

Creemos estar frente a una tuberculosis pulmonar.

*Antecedentes personales.* — Menarca a los 14 años. Menstruaciones irregulares, tipo 21-26/8. Sarampión y tos convulsa en la infancia.

*Antecedentes familiares.* — Padres sanos. Siete hermanos sanos.

*Examen clínico.* — Buen estado general, aunque existe adelgazamiento. Lengua húmeda. Mucosas y piel bien coloreadas. Apirética. Enferma retraída, hosca.

*Abdomen:* libre, se moviliza bien a la respiración. Indoloro espontáneamente y a la presión. Blando. Depresible. No se palpa hígado ni bazo.

Fosas lumbares libres.

*Aparato respiratorio:* Inspección s/p. Discreta submatidez en la región subclavicular izquierda, con oscuridad respiratoria.

*Aparato Cardio-vascular:* s/p.

*Exámenes de laboratorio.* — 19-1-46. Urea en suero por litro: 0 gr. 28.

R. de Wassermann: negativa (H8).

Citología sanguínea: eosinofilia 2 %.

Orina: Normal.

Examen de esputos: no se encuentran bacilos de Koch.

Reacción de Casoni: positiva.

*Radioscopia de tórax:* 17-1-46. En la región paratraqueal izquierda, se observa un proceso de condensación, piriforme, a base superior, de contornos difusos.

Hemidiafragma izquierdo elevado, con evidente disminución de la excursión respiratoria.

Se da de alta el 24-1-46, para su recuperación, indicándosele una vida descansada, con buena alimentación.

*Reingreso.* — 9-4-46. Enferma que ha mejorado su estado general, aunque continúa con tos y expectoración muco-purulenta. No ha tenido vómica ni expectoración hemoptoica.

El 21 de abril, encontrándose levantada en sala, al efectuar un esfuerzo, sintió violenta puntada de costado, localizada en la parte anterior y superior del hemitórax izquierdo, acompañada de tos, seguida de expulsión de vesículas hidáticas y expectoración hemoptoica. El tamaño de las vesículas varía desde el de una uva y el de un grano de maíz.

Este estado se prolonga por espacio de 5 días, sin temperatura, al cabo del cual cesa la expectoración hemoptoica, aunque persisten la tos, y a veces la expulsión de vesículas.

*Exámenes de laboratorio.* — 13-4-46. Ex. Esputos: No se encuentran bacilos de Koch, ni tampoco elementos hidáticos. Esta última investigación se realiza utilizando el carmín de Best, método preconizado por el Dr. Lasnier.

Citología sanguínea: eosinofilia 2 %.

Orina: normal.

*Radiografía.* — 11-4-46. Sombra redondeada, homogénea, de bordes nítidos, proyectada en la región paramediastinal izquierda superior.

*Radiografías de tórax.* — Frente y perfil. N° 1494-95. Opacidad sensiblemente redondeada, de densidad mediana y homogénea, paramediastinal izquierda, proyectándose en la incidencia frontal, en la región apical.

En la proyección del arco anterior de la 2ª costilla izquierda, se observan varios elementos nodulares infiltrativos.

Cuatro días después de practicado este estudio radiográfico, la enferma tiene abundante hemoptisis de 300 c.c. que se repite durante varios días, con expulsión de vesículas hidáticas.

*Radiografía de columna dorsal y costillas.* — 24-4-46.

No se observan lesiones óseas. Se pide esta radiografía pensando en el origen óseo del quiste hidático primitivo, por la multiplicidad vesicular.

*Intervención.* 4-5-46. Dr. Víctor Armand Ugón, ayudantes: Ptes. Mario Scasso y Raúl Antiga.

Anestesia: Pte. Cañellas. Pentothal-ciclopropano, intubación, aspiración bronquial de sangre y pus.

Transfusión sanguínea de 500 c.c. durante el acto operatorio.

*Incisión:* Sobre el segundo espacio intercostal izquierdo, desde el esternón hasta la línea axilar anterior. Sección de los cartílagos costales segundo y tercero, en su segmento yuxtaexternal. Luego se reseca el arco anterior de la segunda costilla para mayor luz del campo operatorio.

Se hace cuidadosa hemostasis.

Abierto el tórax se comprueba la existencia de fuertes adherencias de toda la cara interna mediastinal del lóbulo superior izquierdo. También se observan adherencias a los arcos costales posteriores, así como en la cisura entre los dos lóbulos en su parte más interna. Individualizado el nervio frénico, se hace presura, para obtener inmovilidad diafragmática.

Se comprueba la existencia de un quiste hidático localizado en el lóbulo superior izquierdo, paramediastinal, adherente, que se abre en las maniobras de decolamiento del lóbulo superior, mostrando en su interior, vesículas hidáticas en cantidad. Se libera el lóbulo superior de todas las adherencias. Se practica lobectomía con ligadura individual de los elementos de su pedículo, con hilo de algodón. Cierre de bronquios por puntos terminales, con algodón. Drenaje cerrado en el punto declive. Cierre de la pared en tres planos.

*Post-operatorio.* — Inmediato: oxígeno-terapia continua y transfusión de 400 c.c.

Drenaje a tórax cerrado que se mantiene durante cuatro días, recogiendo los dos primeros días 600 c.c. de líquido sero-sanguinolento. Enferma con buen estado general, pulso regular bien golpeado. Se mantiene apirética. Se levanta a los seis días.

*Radiografía de tórax.* — 7-V-46. N° 1556. Se realiza a los tres días de operada.

Resección del arco anterior de la segunda costilla izquierda. Elevación del hemidiafragma izquierdo, y retracción de los espacios intercostales.

18-V-46. — Alta en esta fecha, a los 14 días de su intervención, curada. Se practican luego estudios radioscópicos y radiográficos, para seguir la marcha de la enferma.

*Radioscopia de tórax.* — 21-V-46. Opacidad paramediastinal izquierda superior. Elevación e inmovilización del hemidiafragma izquierdo, salvo en su vértice interno, donde se esbozan algunas excursiones.

*Radiografía de tórax.* — Frente. 21-V-46. Nos. 1626-27. Reacción pleural mediastinal alta, que extendiéndose hacia afuera, va a alcanzar la pleura parietal, también espesada, y limita la parte superior del lóbulo inferior, el cual no llega a ocupar el extremo ápice, donde se observan algunas bridas.

26-VI-46. — Fué vista en esta fecha. Buen estado general, habiendo recuperado su peso. Radioscopia: Pulmón completamente reexpandido, sin síntomas funcionales.

*Consideraciones anatomo-patológicas.* — Pieza operatoria: Lóbulo pulmonar superior izquierdo.

*Macroscópicamente*, dos aspectos permiten estudiar la pieza remitida. En su *superficie externa*, serosa pleural, conserva solamente en algunas zonas su aspecto normal. En otras predomina una coloración rojo-vinosa, a contornos difusos alternando con otras de aspecto fibroso, de coloración blanco-anacarada.

Seccionada longitudinalmente, dejan salir unas 20 vesículas hidáticas la mayor del tamaño de una avellana.

Estudiando la superficie de sección, comprobamos dos aspectos diferentes: Una pérdida de sustancia a contorno irregular anfractuoso, de color pardo oscuro, con restos dehiscentes en su interior, de un diámetro de unos 5 ctms. rodeada periféricamente por reacción fibrosa dispuesta en tabiques irregulares, aislando islotes de color amarillento, más blandos, y que ocupan en conjunto la extensión de medio lóbulo pulmonar. En medio de ella se aíslan pequeñas cavidades redondeadas, la mayor de 1 ctm. de diámetro, de pared bien definida, a contenido reblandecido amarillento, de aspecto necrosado. Algunas de esas cavidades, parecen abrirse directamente en la luz de la cavidad mayor.

*Microscópicamente*, el corte histológico corresponde a la porción más superior de la cavidad pulmonar.

Se puede esquematizar su estudio de la siguiente manera:

A. — Zona correspondiente a la pared de la cavidad:

No existe en realidad una verdadera pared. Dos elementos de evolución diferente se observan:

Por un lado zonas infiltrativas a elementos monocitarios preferentemente plasmacelulares, que rellenan los alvéolos los que persisten en parte, siendo en otras a límites borrosos. Las cavidades alveolares, que persisten presentan un revestimiento celular alto, en parte cilíndrico, adoptando una disposición seudoglandular. Otros alvéolos vecinos presentan un abundante contenido hemorrágico. Junto a ellos otros están llenos por células redondeadas, de tipo descamativo. Algunas son ricas en pigmento férrico. Todos estos islotes están surcados por tabiques fibrosos conjuntivos con degeneración hialina. Los bronquios vecinos aparecen distendidos, con pérdida irregular de su recubrimiento epitelial mucoso, presentando un proceso infiltrativo monocelular y plasmacelular, que en algunas zonas toman toda la pared del bronquio, destruyéndola y provocando dilataciones irregulares del mismo. Algunos forman cuerpo con la pared de la gran cavidad antes descrita.

B. — Zona más alejada de la cavidad:

El aspecto es bastante semejante al señalado anteriormente. Disminuye la intensidad de la reacción fibrosa, subsistiendo las imágenes alveolares, a contenido hemorrágico y celular monocitario.

*Resumen diagnóstico:*

1. Se trata de una cavidad residual de un quiste hidático multivesicular.

2. Existe un proceso reaccional de tipo fibroso, crónico intersticial, con un estado parenquimatoso alveolar de tipo hipertrófico.

3. Hay sobregregado un estado de alveolitis subaguda en parte descamativa celular y hemorrágica.

4. Existen en la periferia de la misma y formando parte de ella, bronquiectasias crónicas, con predominio infiltrativo, monocitario.

5. En el estudio realizado hemos efectuado las siguientes tinciones:

Hematoxilina eosina

Hematoxilina férrica - picrofusina

Carmín de Best.

Las tinciones realizadas con esta última coloración se han hecho repetidas veces no obteniéndose en el estudio de la pared la presencia de elementos hidáticos.

Del estudio de estas 7 observaciones podemos extraer conclusiones operatorias de orden práctico, basándonos fundamentalmente en el estudio anatómo-patológico de las piezas operatorias.

El drenaje quirúrgico por marsupialización como se hizo en dos casos, no pudo curar cavidades epitelizadas, falleciendo uno de los enfermos a los 37 días de operado, por hemorragia fulminante y mejorando transitoriamente el otro.

La lobectomía habría sido la intervención lógica.

En otros cinco enfermos, el drenaje y extracción de restos parasitarios hubiera sido muy grave por la infección y hemorragia. Además, la operación por drenaje habría sido, por la existencia de esclerosis, supuración parenquimatosa, bronquiectasias post-hidática, completamente insuficiente y los enfermos hubieran continuado con expectoración purulenta y hemoptisis, creándoles una grave invalidez.

La invalidez de estos cinco enfermos, fué de 7 meses a 10 años, estando hospitalizados por períodos de 4 a 17 meses en diversos servicios hospitalarios, lo que infiere enojosas consecuencias económicas.

La broncorrea y la hemoptisis, fueron los síntomas dominantes, inutilizándolos para toda vida activa.

La lobectomía, creemos, curará definitivamente a estos cinco enfermos y que estuvo plenamente justificada por su baja mortalidad actual.

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

- KOLISKO. — *Beitrago Gerichtl. Med.*, 1: 17, 1911.  
LEY. — *J. Neur. Bruxelles Psych.*, 31: 497, 1931.  
WILSON y WILKENMANN. — *Arch. Neur. y Psych.*, 15: 455, 1926.  
WOLFF y BLUNGEROT. — *Arch. Neur. y Psych.*, 21: 795, 1929.  
WOLFF y FORBES. — *Arch. Neur. y Psych.*, 20: 1035, 1928.  
COLLIER. — *Brain*, 27: 490, 1904.  
COURVILLE. — *California y Western Medical*, 29: 2-7. (Julio 1928).  
ALQUIER. — *Revue Neurol.*, 13: 1117-1118, 1905.  
DAVID. — *Caz. Med. France*, 42: III. 131 (Feb.) 1935.  
DOTT. — *British Med. Journal*, 2: 296 (Ago. 1), 1936.  
CAIRUS. — *Arch. of Surg.*, 18: 1936, (Abril) 1929.  
CUSHING. — *Brain*, 33: 204, 1910.  
KERNOHAN y WOLTMANN. — *Arch. Neur. y Psych.*, 21: 274, Feb. 1929.  
CUSHING. — *J. Neur. and Mental Diseases*, 44: 415, 1916.  
Mc. CONNELL. — *British Med. Jour.*, 2: 796, Nov. 3, 1923.  
RAMIREZ. — *Arch. Urug. de Med. Cir. y Esp.*, T. XVII, N° 2, Pág. 192, 208, Agost. 1940.  
RAMIREZ. — *Revist. Psig. del Urug.*, Año IX, N° 49, Enero-Feb., 1944.

**Dr. Prat.** — Nosotros no estamos acostumbrados en esta Sociedad, a que se nos presenten casos tan graves de neuro-cirugía y con la particularidad, además, de ser casos muy bien estudiados en su semiología neurológica y exploración clínica y muy bien documentados en su examen radiológico.

*No hace mucho tiempo el Dr. Vigil Sónora, nos trajo una comunicación de casos semejantes y hoy nos trae otros casos donde prácticamente y debido a un estudio muy cuidadoso de la neuro cirugía pudo establecer una indicación operatoria que le sirvió para salvar al enfermo. De manera pues, que la Sociedad le queda muy agradecida por su valiosa colaboración y es de desear que continúen en esta forma sus brillantes éxitos.*