

*EQUINOCOCOSIS ARTICULAR DE AMBAS RODILLAS (\*)*

*Secundaria a derecha y primitiva a izquierda.*

*Dr. Pedro V. Pedemonte*  
(Montevideo)

*Dr. Joaquín A. Sarroca*  
(Paysandú)

El caso que voy a presentar, tiene varios puntos muy interesantes. Se trata de una equinocosis de ambas rodillas.

Resumidamente la historia clínica es la siguiente:

C. A. de 64 años de edad. Nacido en campaña. Pueblo Quebracho, Paysandú donde siempre ha vivido. Realiza tareas de chacarero.

Consulta al Dr. Sarroca, quien me lo envía, el 24 de octubre de 1947, por dolor tumefacción e impotencia funcional de ambas rodillas.

Su enfermedad comenzó a derecha, hace unos 10 años y a izquierda 3.

El primer síntoma fué el dolor. Muy leve al principio, simple molestia, ha ido progresivamente en aumento pero con un ritmo evolutivo, sumamente lento. Nunca fué intenso y solo hace 6 meses que el paciente debió abandonar sus tareas habituales. Aunque es tanto diurno como nocturno, se calma con el reposo y solo se exacerba con el trabajo intenso. Consultó médico en varias oportunidades y fué tratado como reumático.

No recuerda precisamente la fecha de la aparición de la tumefacción, ya que ésta ha sido también de muy lenta aparición y de muy lento ritmo progresivo.

Nunca hubo mayores modificaciones de los pliegos superficiales de la región. Nunca notó, tampoco, ganglios inguinales.

La impotencia funcional, como los otros síntomas, tuvo también una aparición muy silenciosa y muy lentamente, también, ha ido en aumento hasta el estado actual.

En idéntica forma ha evolucionado la enfermedad de su rodilla izquierda sin adquirir, los síntomas, el grado de intensidad de la derecha.

Nunca, ningún síntoma de orden general, acompañó a estas manifestaciones locales. No existen antecedentes patológicos familiares de impor-

---

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión de 27 de abril de 1949.

tancia y salvo las consultas antes mencionadas, nunca tuvo necesidad de ver médico.

Al examen se comprueba estado general bueno. Viene caminando por sus propios medios, aunque ayudado con un bastón y con cierta dificultad más que por el dolor por la imposibilidad de extender completamente sus rodillas.

Marcada atrofia de los muslos y pantorillas, predominando a derecha. Las rodillas se hallan muy hinchadas, más la derecha que la izquierda. Se han borrado las depresiones peri-rotulianas normales, y en su lugar se observan salientes.

Toda la rodilla está parejamente globulosa. La piel sobre todo a derecha, presenta un ligerísimo enrojecimiento.

La palpación muestra la existencia de un derrame a bastante tensión, pero que sin embargo permite percibir un marcado engrosamiento de la sinovial y una sensación espesa, pastosa del contenido. No hay choque rotuliano.

A izquierda, la sintomatología es semejante, pero algo menos marcada.

Ambas articulaciones se hallan en una posición de 150 grados (contando cero el contacto de la pierna con el muslo). Los movimientos activos son apenas de 10° a derecha y de unos 20° a izquierda.

Pasivamente logramos obtener mayor excursión de la flexo-extensión pero sin llegar a la flexión y extensión completa porque aparece intenso dolor.

Por la palpación se nota que, en la derecha sobre todo, existe cierto aumento de la temperatura local.

No existen ganglios inguinales importantes.

La posición de pie es posible y la marcha ídem, pero con las rodillas en semi-flexión, por lo que debe ayudarse de un bastón.

Resto del examen sin particularidades, salvo 37.8 de temperatura axilar que junto con el termotacto positivo a derecha y el discreto enrojecimiento de la piel evidencian la existencia de un leve proceso inflamatorio de esta articulación.

Por tratarse de un hombre de campaña y por las características evolutivas y clínicas de la afección, pensamos inmediatamente en la etiología equinocócica. Podríamos decir más: el diagnóstico se nos impuso. ¿Qué otra cosa podría ser? No conocemos ninguna afección que pudiera dar tal cuadro.

Las placas que trae el paciente — tomadas por el Dr. Sarroca — son muy interesantes y refuerzan el diagnóstico.

Las de la rodilla derecha (Fig. 1 a izquierda) muestran varias cosas importantes:

1° En el cóndilo externo un proceso geódico, a límites bien precisos, policíclico ocupando casi todo el espesor del cóndilo y llegando casi a la superficie externa de éste. Es un proceso de rarefacción, dividido por tabiques gruesos y delgados en múltiples cavidades de tamaño diferente. La cortical no parece estar rota.

2º En el fondo del saco sub-cuadrípital dos sombras opacas redondeadas y del tamaño de un garbanzo una y alargada y más grande la otra. Las interpretamos como calcificaciones semejantes a las que se observan en los quistes hidáticos del hígado dada la disposición de la cal con refuerzo periférico.

3º Signos de artrosis — traducción de la existencia de un proceso degenerativo — fémoro rotuliana y fémoro tibial interna principalmente, tales como afinamiento y prolongación de los rebordes óseos, irregularidad de las superficies articulares y discreto pinzamiento articular.

4º Los espacios claros prearticular y suprarotulianos han desaparecido como tales, estando ocupados y densificados.

5º Las partes blandas estudiadas cuidadosamente muestran, adelante,



FIG. 1

una opacidad mayor que habitualmente y como dibujando el fondo de saco sinovial sub-cuadrípital, en el espesor del cual se ven las sombras de los dos cuerpos extraños y otras también de mayor espesamiento y en múltiple puntos pequeñas sombras de distinta intensidad, que son seguramente calcificaciones de las partes blandas articulares.

Rodilla izquierda (Fig. 1, a derecha).

1º La traveculatura ósea de la epífisis se ve perfectamente y puede descartarse en forma segura la existencia de zonas de rarefacción.

2º Llama poderosamente la atención la irregularidad de la superficie interna del condilo interno donde se ven varias pequeñas sombras independientes, que pueden interpretarse como calcificación de un proceso allí existente. Esta irregularidad, se observa también en el ángulo del platillo tibial interno.

3º Signos también de artrosis fémoro rotuliana y fémoro-tibial interna con pinzamiento marcado.

4º Los espacios claros prearticular y suprarotulianos como en la rodilla derecha no se observan, estando substituido por una sombra densa.

Las partes blandas periarticulares tienen una densidad mayor que habitualmente y la correspondiente al fondo de saco sinovial sub-cuadrípital llega a tomar una forma redondeada, haciendo tendencia hacia adelante

como puede apreciarse bien en el borde anterior por encima de la rótula.

Una pequeña sombra de apariencia metálica, situada en la parte interna y posterior debe corresponder a algún cuerpo extraño externo que el enfermo no nos señaló.

Como se verá en las placas tomadas después de la operación, ella se halla muy lejos de la articulación, en las partes blancas.

La punción de ambas rodillas, efectuada con trocar grueso, no dió salida a líquido, dando la impresión que el contenido obturaba su orificio.

Dado que la lesión era predominante articular la terapéutica fué necesariamente dirigida hacia la articulación.

Lo operamos el 8 de noviembre de 1947. Anestesia general al éter.

Primero abordamos la rodilla derecha por incisión pararrotuliana vertical externa. Abierta la sinovial y una membrana que la tapizaba por su cara interna, el diagnóstico se confirmó inmediatamente al observar el contenido: éste estaba constituido por una masa informe de membranas hidáticas en distinto grado de degeneración. No había ninguna vesícula de aspecto sano, entera, pero sí numerosas vesículas de diferente tamaño y forma, colapsadas o aplastadas. Había muy poco líquido y de aspecto puriforme. La superficie interna de la articulación estaba tapizada por una membrana rojiza espesa, resistente, que se dejó separar fácilmente — mucho más que en una sinovectomía — del plano sobre el cual asentaba.

En el fondo de saco sinovial sub-cuadricipital se encontraron dos grandes cuerpos extraños que son los que se veían en las radiografías,

Después de la extracción de todo el contenido y de la membrana, la luz articular se mostró lisa, regular y sin hemorragia.

No encontramos en la superficie articular del cóndilo femoral externo, ningún orificio que comunicara la luz articular con el interior del hueso. El cartílago de los cóndilos, de los platillos y de la rótula estaba íntegro pero de un color amarillento y era algo más blando al tacto que normalmente, lo que demuestra la existencia de un proceso degenerativo.

No tratamos para nada la cavidad quística del cóndilo externo.

Sin drenaje cerramos la articulación.

Por incisión pararrotuliana vertical interna abordamos la rodilla izquierda.

Lo encontrado fué idéntico, una membrana tapizando por dentro la articulación y un contenido constituido por numerosas vesículas hidáticas aplastadas o colapsadas y en distinto grado de degeneración. Hicimos la misma terapéutica que en la derecha y el resultado operatorio fué el mismo: luz articular completamente limpia y superficie articular interna regular, lisa y sin hemorragia. Los cartílagos, articulares como en la rodilla derecha, estaban algo más amarillos y blandos que normalmente, pero en ningún lugar desprendidos levantados ni menos horadados.

En ambas rodillas colocamos rodillera de yeso en 175° de extensión.

El post-operatorio fué excelente. Desapareció el dolor inmediatamente, la fiebre cesó a los tres días y el enfermo abandonó el sanatorio a los 8 caminando solamente ayudado por un bastón. A los 15 días se le quitaron

los yesos y se le retiraron los puntos. Desde este momento se comenzó el tratamiento fisioterápico. A los 20 días de la operación volvió a su casa en el pueblo Quebracho, de Paysandú, continuando la asistencia con el Dr. Sarroca.

Este nos informó de tiempo en tiempo, sobre la evolución alejada que siempre fué progresiva en mejoría y hoy a un año y medio casi de la operación, volvemos a ver al enfermo (lo presentamos en la media hora previa de la sesión del 30 de marzo de 1949), comprobando que se halla en perfectas condiciones de salud; no tiene dolores, camina sin ayuda y se ha reintegrado a sus tareas de chacarero.

Las rodillas están frías y sin el menor derrame, sin espedamien o ni infiltración y se mueven activamente desde la extensión completa hasta



FIG. 2

los 90° de flexión la derecha y desde la extensión completa hasta uno 15° más allá del ángulo recto la izquierda. En resumen, resultado ha ta ahora excelente.

Las placas radiográficas tomadas en este tiempo, muestran en general una gran mejoría radiográfica.

Rodilla derecha (Fig. 2, a izquierda) la cavidad quística si no puede afirmarse que está mejor, puede asegurarse que no está peor, parece más calcificada, algo disminuída de tamaño y con tabiques intracavitario má espesos; se han eliminado los cuerpos extraños, existen lo ignos de artrosis pero con las superficies articulares más nítidas y regulares y las partes blandas periarticulares menos densas y más limpia .

Rodilla izquierda (Fig. 2, a derecha) todo también parece mejorado: la superficie interna del cóndilo interno está más regular y lisa, los signos de artrosis menos intensos, aún persiste el pinzamiento fémoro-tibial interno y las partes blandas aunque aún están más opacas que normalmente no se observa la saliente suprarotuliana que se veía en la placa de antes de la operación.

Persiste la sombra metálica, mostrando la placa de perfil que se halla en las partes blandas.

Cuatro puntos merecen destacarse en este caso: 1º la bilateralidad de la lesión; 2º la equinocosis articular secundaria de la rodilla derecha; 3º la equinocosis articular primitiva de la rodilla izquierda, y 4º la terapéutica empleada.

1º La bilateralidad de la lesión. Sólo señalaremos su extrema rareza tanto que creemos no existe en la literatura mundial otro caso semejante.

2º La equinocosis articular secundaria de la rodilla derecha. Recordamos que en la superficie articular del cóndilo externo, donde asentaba la lesión equinocósica ósea, no se encontró en el acto operatorio ningún orificio que comunicara el quiste con la luz articular. El cartílago de revestimiento, de ese cóndilo no estaba horadado. Ni siquiera levantado. Sólo presentaba un color algo más amarillo que normalmente y era al tacto más blando.

Creemos, sin embargo, que esta equinocosis articular debe ser catalogada como secundaria dada la existencia de la lesión ósea en el cóndilo externo.

No existiendo vía de comunicación entre la cavidad quística y la luz articular cómo podría explicarse la patogenia de esta complicación? Primero por un error de observación, habiendo dejado pasar un orificio pequeño no en la superficie cartilaginosa del cóndilo ya que ésta la vimos bien en la operación pero sí en algún otro punto no cuidadosamente examinado. Sin embargo, en contra de esto se halla el hecho que radiográficamente la cavidad quística está intacta, sin romper en ningún punto la cortical del cóndilo.

La transformación de la forma microvesicular a la macrovesicular es un hecho ya clásico en la biología de la tenia equinococo. La ruta sub-ligamentosa, —concediendo el punto de apoyo necesario de Dévé— es aceptada por este autor para explicar la equinocosis bi-epifisaria. Al Prof. Larghero le corresponde el gran honor de haber demostrado la utilización por el parásito de los ligamentos intraarticulares en los casos de articulaciones que los tienen, como la rodilla y la cadera. Pero para las otras articulaciones, el gran hidatólogo de Rouen admite la vía sub-ligamentosa.

Si saliendo de una epífisis y siguiendo una larga vía sub-

ligamentosa, el parásito es capaz de llegar a la otra epífisis, no es posible admitir por la misma vía la invasión articular? No sería ésta la vía de invasión de la rodilla derecha de nuestro caso?

3º La equinocosis articular primitiva de la rodilla izquierda. No habiendo lesión ósea de las vecindades, debe indudablemente ser considerada como primitiva. Sabido es la resistencia que levanta, este problema de la equinocosis para ósea.

Toda equinocosis vecina a un hueso, debe ser considerada como secundaria, a una localización primitiva en el hueso. Así se considera también la equinocosis articular. Esto, aceptado por la gran mayoría de los autores, entre ellos Dévé, Ivannisevich y Prat, tiene sus puntos observables.

Teóricamente la equinocosis articular primitiva es de toda lógica posible. No deteniéndose en el hígado o en el pulmón, el embrión exacanto y pasando al torrente circulatorio arterial puede localizarse como es conocido, en cualquier órgano o tejido. Nada se opone, pues, a pensar que no puede localizarse en el tejido sub-sinovial de una articulación.

Teóricamente, pues, la equinocosis articular primitiva es posible.

Experimentalmente, ella ha sido obtenida. Fué el más prestigioso hidatólogo del mundo, y el más firme opositor a la idea de la equinocosis para óseas primitivas el que la lograra.

En las memorias de la Sociedad de Biología del año 1925, tomo II, Dévé resume sus resultados sobre la equinocosis articular experimental. No hizo estas experiencias con el fin de resolver el problema de la equinocosis articular primitiva o secundaria, sino el punto tan interesante del modo de propagación de la lesión en los casos de equinocosis biepisaria que él sostiene debe hacerse por vía subligamentosa. Para eso él hizo 10 inoculaciones de arenilla hidática en las rodillas de conejos. En 6 casos el resultado fué negativo. Explicando estos casos el autor dice: "No hay porque sorprenderse, cuando se piensa en la inevitable destrucción mecánica de los frágiles elementos de la arenilla hidática destruída entre las muelas articulares continuamente en movimiento". Pero si en 6 casos fué negativo en 4 fué positivo con localización de la lesión equinocócica en los fondos de saco látero rotulianos. Dice Dévé: "Pegadas a la cara interna o exter-

na de la epífisis femoral, las pequeñas masas parasitarias poli-  
 quísticas, estaban tapizadas sobre una de sus caras por la sinovial;  
 ellas se habían hecho, si puede decirse, subserosas. Esta masa se  
 proyectaba hacia afuera, sin hacer saliente en la articulación.  
 No mostraba ninguna tendencia a penetrar en el hueso con el  
 que se encontraba en contacto a través de la sinovial; ninguna  
 tendencia tampoco a adherir a este hueso ni a horadar su periostio.  
 Esto lo hemos podido asegurar por las radiografías, principal-  
 mente en un caso donde habíamos dejado la experiencia seguir  
 durante cuatro años". Experimentalmente, la equinocosis arti-  
 cular primitiva ha sido, pues, lograda. Su localización en los fon-  
 dos de saco pararrotulianos, corresponde al punto de localización  
 de las afecciones que se hacen por vía sanguínea, como la tuber-  
 culosis, por ejemplo. En nuestro caso, la localización parece  
 haberse también efectuado allí. Observando detenidamente la  
 radiografía de antes de la operación de la rodilla izquierda, se  
 ve en la superficie de la cara interna (con relación al eje del  
 cuerpo, del cóndilo interno) cierta irregularidad como si en su  
 vecindad asentara un proceso patológico que hubiera modificado  
 su aspecto normal. Aunque esto está en contradicción con la nega-  
 tividad de la lesión ósea comprobada por Dévé en sus casos posi-  
 tivos, lo consideramos un gran argumento en favor del diagnósti-  
 co de equinocosis articular primitiva a localización en el fondo  
 de saco pararrotuliano interno. De manera, pues, que teórica y  
 experimentalmente, la equinocosis articular primitiva, es posible.

Clínicamente se han citado casos pero todos resistidos. Dice  
 Dévé en su libro *Equinocosis Osea*, página 67, desde "Volkman  
 ciertos autores han creído poder descubrir casos de equinocosis  
 articular primitiva, de la rodilla, de la cadera, del hombro. Tal  
 interpretación parece insostenible". Más adelante, pág. 157, del  
 mismo libro, anota: "Nosotros hemos anteriormente hecho alu-  
 sión a esta vieja concepción de Volkman. Recientemente Kara-  
 georgis ha publicado una observación dada por él como ejemplo  
 de equinocosis primitiva de la articulación escapulo-humeral.  
 Anteriormente, Kaganilzky había relatado un caso similar inter-  
 pretado como un caso de "quiste hidático primitivo" de la artícu-  
 lación sacro-ilíaca, "pero, continúa Dévé, no se puede dudar que  
 los hechos operatorios debían demostrar en realidad que se trata-



ba de una equinocosis primitivamente ósea, no identificada, habiendo invadido secundariamente la articulación interesada y el hueso adjunto". Desgraciadamente el Prof. Dévé no establece de una manera precisa cuáles fueron los elementos operatorios que le permitieron rechazar como primitivos estos casos de equinocosis articular. Si así lo hubiera hecho nos serviría para tenerlos en cuenta en la interpretación de nuestro caso.

Repetimos, la equinocosis articular primitiva, es teóricamente posible y experimentalmente ha sido lograda. Clínicamente, se han citado algunos casos pero no aceptados por Dévé.

Creemos que nuestro caso, debe considerarse como una equinocosis articular primitiva por los siguientes argumentos:

- 1º Ausencia de lesión equinocócica ósea vecina.
- 2º Lesión exclusivamente articular.
- 3º Hallazgos operatorios; contenido vesicular quedando la superficie interna de la articulación, completamente limpia y sin comprobar lesiones óseas.
- 4º Terapéutica empleada, puramente articular.
- 5º La excelente evolución pos-operatoria; a un año y medio casi de la operación clínica y radiográficamente el paciente continúa curado y las radiografías no han mostrado aún la presencia de ninguna lesión en los huesos vecinos.

4º *La terapéutica empleada.*

La equinocosis ósea tiene un tratamiento lógico, su evacuación quirúrgica. Es eliminando totalmente el parásito que se curará definitivamente al paciente. Tiene, sin embargo, esta afección, múltiples tratamientos posibles, hasta la amputación, según la extensión, supuración, fistulización, etc. Las formas clínicas de la equinocosis ósea son muy variables. Proceso fatalmente progresivo pero de ritmo evolutivo muy lento, puede llegar al cirujano bajo formas muy diversas. Y es con un amplio y juicioso criterio terapéutico que debe tratarse cada caso. Por tratarse de una equinocosis ósea, ir siempre a la evacuación quirúrgica del parásito, representará en muchas oportunidades un grave error. En nuestro caso la lesión articular era la dominante; mejor dicho, predominante a derecha, exclusivamente articular a izquierda. Por eso fué que seguimos una conducta terapéutica

puramente articular. La evolución nos mostró que estuvimos en lo cierto.

A un año y medio casi de la operacion, el enfermo se halla perfectamente bien. Seguramente si nos hubiéramos dirigido terapéuticamente a la lesión ósea, el paciente no se encontraría ahora, en estas condiciones. Seguramente también no hemos curado al enfermo radicalmente, pero hay que recordar que éste tiene casi 70 años.

Pensamos que la velocidad de los años que tiene aún por vivir es mucho mayor que el lento ritmo evolutivo de su equinocosis y por lo tanto ésta no llegará a molestarlo más. De cualquier manera, lo vigilaremos estrechamente mientras viva y a la menor manifestación, iremos a la evacuación de la lesión ósea, cosa por otra parte que podría hacerse en forma preventiva pero el paciente encantado con su estado actual, no acepta por ahora.

Según lo anuncié en el seno de la Sociedad, este trabajo fué enviado, por el Dr. Pedemonte en consulta, al Prof. Félix Dévé. El gran Maestro de Rouen con toda gentileza envió su opinión a vuelta de correo.

Como se verá en el texto de la respuesta y poniendo en relieve la exquisitez de su espíritu, el Prof. Dévé pedía que las críticas quedaran "bien entre nous", refiriéndose al consultante y al consultado.

Habiendo prometido que cualquiera fuera la opinión del Maestro, ella sería llevada a conocimiento de la Sociedad, solicité autorización para así hacerlo y al obtenerla ella fué leída en la sesión del día 1-VI-1949.

La asamblea resolvió que esta opinión debía publicarse junto con el trabajo.

Los autores, a pesar de la impugnación de algunas de sus interpretaciones acompañaron gustosos esta tesis por considerar al interés científico por encima del personal y porque esta respuesta no sólo es un documento de elevada jerarquía científica sino además una magnífica expresión de gentileza que hace honor a la tan conocida espiritualidad francesa. De esa Francia a quien tanto, en cultura y ciencia, nosotros y el mundo le debe.

He aquí la respuesta del Prof. F. Dévé.

Drès. honoré Confrère:

Absent de Rouen pendant trois jours, je n'ai trouvé votre lettre et les précieux documents qui l'accompagnaient que à mon retour: avant hier soir. C'est la raison du léger retard de ma réponse. Avec grand plaisir je consacre à cette réponse mon après-midi du 1er. mai que d'autres réserven au repos, voire même à la Grève...

Vous n'avez, certes, pas a vous excuser auprès de moi de votre démarche, cher Confrère. Car loin de m'importuner, votre initiative flat-

teuse m'a tout particulièrement intéressé et me fait grand honneur. J'en suis très touché et je vous remercie vivement. Le cas que vous avez bien voulu me soumettre avant même de le communiquer à la Sociedad de Cirugía de Montevideo (si j'ai bien compris) est non seulement "extrêmement rare" mais il est jusqu'ici **unique**, à ma connaissance. Une telle double localisation d'échinococcose osseuse évoluant de façon indépendante, simultanément et parallèlement, en intéressant, les deux côtés du corps, la même articulation du genou, a quelque chose de vraiment méphistophélique ou diabolique! En revanche, le résultat que vous avez obtenu jusqu'ici par votre intervention prudente paraît avoir quelque chose de merveilleux.

De cet heureux résultat je vous félicite bien volontiers, en pensant —comme vous— qu'il conviendra d'en bien surveiller la suite.

En effet, je ne vous cacherai pas plus longtemps, très honoré Confrère —et vous n'en serez certainement pas très surpris!— que la double thèse soutenue dans votre travail n'est pas sans soulever quelques réserves de ma part.

À la condition que mes critiques restent "bien entre nous", je vous demanderai la permission de vous les exposer en toute liberté en toute franchise et, croyez le bien, en toute sympathie.

Sans plus tarder, je vais donc me permettre de critiquer successivement les deux expressions de **E. Articular Secundaria** (a derecha) et de **E. Articular Primitiva** (a izquierda) appliquées au cas en question et servant de sous titre à votre travail. Appliqué aux lésions du genou droit de votre malade, le terme de "échinococcose secondaire articulaire" ne me paraît pas exactement approprié. En effet, ce que vous avez constaté, en l'espèce, ce n'étaient pas des éléments parasitaires en activité issus de la lésion primitive osseuse voisine et poursuivant leur évolution dans l'articulation. (Vous trouverez cette question discutée dans mon "Echinococcose secondaire", 1946, p. 92-95). Il s'agissait d'une bouillie de membranes et de vésicules dégénérées (affaissées, mortes), nageant dans un liquide articulaire puriforme. Bref, on avait affaire là à une collection pyo-vésiculaire, sans avenir, s'étant trouvée déversée, à bas bruit par la lésion parasitaire voisine dans la cavité articulaire: par quelques orifices osseux discrets, plus ou moins détournés dissimulés ou temporairement oblitérés, —en tout cas, demeurés invisibles au cours de l'opération.

Quant aux lésions du genou gauche, permettez moi de vous dire que l'interprétation que vous en proposez ne m'apparaît nullement démontrée.

D'abord une "échinococcose primitive articulaire" eût probablement donné naissance à une membrane-mère qu'on eût sans doute trouvée encore reconnaissable (au moins partiellement) du milieu du magna de vésicules aplaties et dégénérées. Mais surtout, la preuve n'a pas été apportée, dans ce cas, que le fémur adjacent était "indubitablement" —e réellement— indemne de lésions échinococciques primitives! Pour ma part, sur le vu de vos radiographies je soupçonnerais fortement le contraire, en dépit de l'absence de zones nettes de raréfaction de la trame osseuse.

Sans doute, vous avez agi en chirurgien prudent (que les suites ope-

ratoires semblent avoir approuvé et ont recompensé), en n'effectuant pas une biopsie osseuse dans un tel milieu articulaire à contenu puriforme. Cependant une telle exploration eût seule permis d'affirmer (ou tout au moins de supposer avec probabilité) que l'os était indemne dans sa portion extra-cartilagineuse: notamment au niveau de son condyle interne. Or sur les radiographies pré-et post-opératoires ce condyle apparaît **nettement altéré** et singulièrement **suspect**. Il est, malgré tout permis de regretter qu'un coup de curette n'ait pas été donné dans cette région, suivi d'un examen histopathologique du fragment osseux prélevé.

(Entre parenthèses, j'ai regretté aussi qu'un examen des curieux "corps étrangers articulaires" constatés dans le genou droit n'ait pas été confié à un histopathologiste).

Certes, après un an et demi le résultat de votre opération discrète apparaît brillant. Et cela —je me permet de le remarquer— en ce qui concerne le **genou droit**, aussi bien que le **genou gauche**. Mais il est encore beaucoup trop tort pour conclure à un arrêt des lésions. Comme vous le remarquez vous même *in fine*, ce malade demandera à être suivi et surveillé **durant** encore plusieurs années (si le ciel les lui accorde). Et il ne vous faudra pas manquer de donner ultérieurement à vos collègues la fin de cette observation. si possible, avec la vérification des lésions anatomiques!

Excusez mon vieux scepticisme critique! C'est que, au cours de mon existence de médecin j'ai en maintes occasions de vérifier l'insuffisance de certaines "constatations anatomo-pathologiques opératoires" lesquelles sont forcément rapides, partielles, et de ce fait souvent incomplètes. Que, lors de votre opération, les cartilages articulaires du genou gauche vous soient apparus indemnes de toute ulcération, de tout décollement, cela ne me paraît pas suffire pour exclure l'hypothèse de quelque cheminement parasitaire caché, venu de l'os adjacent et s'étant effectué, par exemple, au niveau de la zone condylienne interne. Permettez moi encore de vous signaler que c'est par erreur que vous déclarez qu'une échinococcose articulaire "primitive" avait été obtenue dans mes expériences de 1925. En fait, il était agi là d'une échinococcose *secondaire* articulaire, d'ailleurs tout artificielle. Les expériences en question avaient eu surtout pour résultat de vérifier —comme je le spécifiais— "que le parasite hydatique peut poursuivre son évolution dans le milieu articulaire".

En réalité, "l'échinococcose articulaire primitive" continue de m'apparaître comme une hypothèse peu "logique" (excusez-moi) et des plus **improbables**. Du moins, jusqu'à ce jour, on n'en a pas apporté de preuve valable.

Bref, aux arguments que vous invoquez, au terme de votre travail, en faveur de l'existence d'une telle E. articulaire primitive au niveau du genou gauche de votre opéré, j'opposerai la remarque que **aucune preuve anatomique réelle** n'a été fournie, dans ce cas, de l'absence d'une échinococcose osseuse sous-jacente et initiale. Au contraire l'examen radiologique paraîtrait soulever un fort soupçon à cet égard.

En tout cas, le délai de un an et demi après une intervention opératoire demeurée exclusivement *extra-osseux* —aussi bien à *droite* (où la lésion osseuse initiale était et reste indiscutable, bien qu'elle n'ait pu être confirmée *de visu* que à *gauche*, où elle demeure encore douteux, — ce délai est, à mon avis beaucoup trop court pour pouvoir constituer un argument valable légitimant l'hypothèse que vous avez soulevée.

Encore une fois, veuillez excuser mon cher et très honoré Confrère, la franchise de ma réponse, tout personnelle, à votre sollicitation. Et agréez, je vous prie, avec mes nouveaux remerciements pour votre demande si flatteuse, l'assurance de mes sentiments sympathiques et tout dévoués.

Félix Dévé

Veuillez transmettre mon tout cordial souvenir au Prof. Domingo Prat le bienveillant et précieux parrain de mon "Echinococcose osseuse" uruguayenne.

Esta carta fué contestada por el Dr. Pedemonte, agradeciendo en nombre de los autores y en el de la cirugía uruguaya las sabias observaciones emitidas sobre el caso.

Los autores prometieron al Prof. Dévé y también a la Sociedad de Cirugía volver a operar al paciente. Cuentan ya con el consentimiento de éste de quien se han ganado la más incondicional confianza, con el resultado de la primera intervención. Esta reoperación, no teniendo que cumplir, fundamentalmente, un fin terapéutico, podrá ser llevada a cabo con toda tranquilidad y tendrá por objeto examinar cuidadosamente el estado de las superficies óseas articulares y principalmente efectuar biopsia de los cóndilos femorales y de la extremidad superior de las tibias.

Lo que resulte de este nuevo examen directo y los resultados anatomopatológicos, será comunicado al Prof. Dévé y a la Sociedad de Cirugía, en la creencia que ello contribuirá no sólo a aclarar este tan "diabólico" caso sino también el tan discutido asunto de la equinococosis articular primitiva.

**Dr. Larghero.** — Es obvio recalcar el interés de la extraordinaria rareza de la comunicación del Dr. Pedemonte, y evidentemente la comprobación operatoria es de que es una equinococosis de la sinovial, de las dos sinoviales de las rodillas, con el tipo de equinococosis secundarias a la cual estamos acostumbrados a ver en otras serosas.

Sin embargo me pareció haber oído que el Dr. Pedemonte dijo equinococosis sinoviales primitivas...

**Dr. Pedemonte.** — La izquierda.

**Dr. Larghero.** — Yo no sé entonces cómo interpretar cuáles son las lesiones óseas que presenta la articulación del lado izquierdo, particularmente la interpretación de esta lesión que hay aquí en la base de la espina tibial y que es el aspecto cavernoso típico de lesiones semejantes que hemos encontrado en las piezas que hemos estudiado en el punto de inserción de los ligamentos cruzados y que fueron publicadas por mí en 1399. (1).

Por otra parte dada la marcha lenta de estas equinocosis, el rótulo definitivo yo creo que no se le va a poder adjudicar hasta tanto no se vea por estudio seriado cuál es la evolución de estas lesiones, pero me parece que los signos de las bases de las espinas tibiales y además las modificaciones de las trabéculas en la extremidad superior de la tibia, puede dar base a la sospecha que puede haber una lesión pequeña ósea que puede evolucionar secundariamente, dado que la equinocosis primitiva de las serosas son muy difíciles de aceptar y que siempre hay que pensar que existe un foco visceral u óseo subyacente que le ha dado origen. Yo me inclinaria a poner un punto de interrogación sobre esa lesión de la base de la espina tibial.

---

(1) Patogenia de la hidatidosis bi-epifisaria de las articulaciones. P. Larghero Ybarz. — Monteverde y Cía. Editores. Montevideo, 1931.