

4to. CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

SEGUNDA SESION PLENARIA



FRESIDENTE

Dr. CARLOS V. STAJANO

VICE-PRESIDENTE

Dr. JUAN C. DEL CAMPO

SECRETARIO GENERAL

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO

Equinococosis Hepática - Tratamiento

RELATOR:

Dr. BARSABAS RIOS

Quíste hidático del hígado abierto en vías biliares

CORRELATOR:

Dr. EDUARDO M. CALLERI



Jueves 3 de Diciembre

Hora: 16

Sr. PRESIDENTE. — Se va a iniciar la segunda sesión Plenaria del Cuarto Congreso Uruguayo de Cirugía.

Invito a pasar al estrado a los Dres. Américo Agustoni, Norberto Cerrutti y Rufino Rodríguez Olascuaga.

Tiene la palabra el Dr. Barsabás Ríos para presentar su relato sobre Equinocosis hepática. Tratamiento.

EQUINOCOSIS HEPATICA. - TRATAMIENTO

Dr. Barsabás Ríos.

Jefe de Servicios Quirúrgicos del Hospital Tacuarembó

Cuando el médico se propone tratar una Equinocosis Hepática toma partido en la lucha que se viene cumpliendo entre el organismo parasitado y el parásito, manifestada anatómicamente por una tumoración en determinado sitio del hígado, pero con expresiones clínicas, patológicas y biológicas que superan limitaciones viscerales.

Ya la localización hepática supone un primer acto defensivo del organismo, que detiene y da combate allí al agresor extraño y vivo el cual, a su vez, pone en juego recursos que acusan su capacidad de desarrollo, adaptación y supervivencia.

Pero, además de bloquear al parásito, intentando ahogarlo y aniquilarlo dentro de la barrera de reacción conjuntiva llamada adventicia, procura el organismo desembarazarse de él expulsándolo al exterior, por los canales biliares o bronquiales, proceso bio-patológico que, —si bien daría una proporción despreciable de curas naturales por evacuación espontánea (Dévé, Trouseau)—, conviene señalar como determinante de todas las situaciones evolutivas de los quistes, a tenerse en cuenta para el adecuado tratamiento.

TRATAMIENTO BIOLÓGICO

Sostenido fervorosamente por los continuadores del profesor argentino Calcagno, hasta llegar a darle prioridad sobre el qui-

rúrgico, el Tratamiento Biológico es motivo de discusión en todos los Congresos de Hidatidosis.

En el de Azul, en 1948, se nombró una Comisión Internacional para estudiarlo, que aún no se ha expedido.

“El Tratamiento Biológico de la Hidatidosis” fué tema oficial en el Congreso de Santiago de Chile, hace un año. Sus relatores sostienen la posición, hoy generalizada, de que está indicado cuando la cirugía es impotente y en la hidatidosis múltiple, ósea y en las secuelas quirúrgicas.

Personalmente lo empleamos con las mismas indicaciones, las contadas veces que dispusimos de hidatidina. No damos resultados porque los tratamientos fueron siempre insuficientes, sin base para conclusiones.

Entendemos, de cualquier manera que el “no mata, no esteriliza, no elimina”, empleado para calificar la acción del tratamiento biológico sobre el parásito, es un cúmulo de negaciones demasiado simplista y algo demagógico, sin vigencia actual, y sintetizamos así nuestra opinión:

1º.— Piden mucho al Tratamiento Biológico de la Hidatidosis quienes lo anteponen absolutamente al Tratamiento Quirúrgico, al que descienden a la categoría de recurso subsidiario.

2º.— Niegan mucho al Tratamiento Biológico quienes desdennan la utilidad de su empleo en el ajuste humoral preparatorio del paciente, para la obtención de un equilibrio orgánico indispensable, frente a las consecuencias alérgicas o tóxicas que pueden dimanar del acto quirúrgico.

3º.— El Tratamiento Biológico y el Quirúrgico de la Hidatidosis deben ser tomados como complementarios y no excluyentes, dentro del margen de seguridad exigible a la Terapéutica Moderna.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Antes de entrar al núcleo del tema, destacamos un honroso precedente, debido al Dr. Luis Castagnetto, pionero de la Cirugía en el Interior, que en 1916 presentaba al 1er. Congreso Médico Nacional un trabajo sobre “El Quiste Hidático en Tacuarembó” con 29 observaciones reunidas en 8 años, en que se incluyen intervenciones por Equinocosis Hepática, Pulmonar, Abdominal y Muscular.

Fundamos este relato en el estudio de 100 historias clínicas, de los servicios quirúrgicos del Hospital de Tacuarembó, a los que estamos vinculados desde 25 años atrás y dirigimos desde hace 15 años, con algunas de nuestro sanatorio privado.

En casi todos los casos nos ha tocado actuar directa o indirectamente, pero hemos procurado, en lo posible, tomar historias de cirujanos que nos han precedido o acompañado, para registrar conductas generales más que personales. Revisamos algunas de nuestros compañeros los Dres. Alberto Barragué, Clelio Ojiva, Jutino Menéndez, Elias Abdo, y hasta una del ilustre Profesor Domingo Prat, que nos hiciera el honor de actuar con su equipo entre nosotros durante unos días, y otras del distinguido miembro de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, Dr. Enzo Mourigán, que dirigiera el Hospital de Tacuarembó en 1937, inculcando con su dinamismo y competencia disciplinas que han beneficiado la formación del personal técnico y auxiliar de aquel Centro Departamental, y a quien aprovecho esta oportunidad para significarle mi reconocimiento.

Desde luego, ese material sólo es parte del acumulado en el Hospital de Tacuarembó sobre Hidatidosis Hepática, pero lo estimamos suficiente para deducir conclusiones que —nos adelantamos a declararlo— sólo pretenden tener significación práctica, como que son el fruto de labor cumplida en medio exclusivamente asistencial.

Al final van resumidas las 100 historias clínicas que informan este trabajo.

Ya en el introito nos referimos a los recursos que el organismo pone en juego contra el parásito, tendientes a abatirlo y a eliminarlo creando situaciones que dan individualidad propia a cada enfermo equinocócico.

Así la primera diligencia pertinente en vista al tratamiento de un Quiste de Hígado, será hacerse una correcta composición de lugar.

¿Cuál es el estado general del paciente?

¿Cuáles defensas y en qué grado ha movilizadas el organismo?

¿Cuál es la situación topográfica exacta del quiste? ¿En qué momento evolutivo se halla? ¿Cómo su presencia ha afectado la anatomía y la fisiología normales del órgano y la región?

¿Hay o no comunicación canalicular? ¿Cuál es el estado de la formación adventicial?

Entre las exploraciones biológicas, al Casoni le tenemos especial preferencia por su fácil ejecución y su fidelidad. Debe usarse tanto con fines diagnósticos como de investigación del estado alérgico del paciente. Puede acusar una hipersensibilidad peligrosa.

Y puede, el Casoni, mostrarse negativo en las lecturas precoz y tardía, en casos en que la presencia del quiste es incuestionable, acusando la falta absoluta de defensas humorales contra el tóxico hidático, y el riesgo consiguiente del acto quirúrgico. En tales casos, será imperativo el tratamiento previo de ajuste, que equilibre las condiciones biológicas en el paciente.

Los hemogramas entran en nuestras exploraciones de rutina y nos previenen de la oportunidad de transfusiones, coagulantes, extractos hepáticos, vitaminas, etc. La eosinofilia, a menudo alta; pero no vale como factor excluyente, si es normal, debido aumentada, cuenta como dato de confirmación diagnóstica si es a su inconstancia. La leucocitosis elevada completa, desde luego, un diagnóstico de quiste supurado o infección biliar concomitante. Figura con la marca de 42.600 en un quiste hidático supurado, con presencia de ganchos en las heces. La búsqueda de ganchos en la bilis de tubaje duodenal, en las materias fecales, en la expectoración, en los líquidos de punciones pleurales o de ascitis, entra habitualmente en las exploraciones de laboratorio que ordenamos.

A los Rayos X les sacamos el mayor partido en todos los casos, asistiendo personalmente a la exploración y observando en todas las incidencias. Prescindir de la pantalla es inexcusable. El quiste más aparente al tacto y a la vista en epigastrio o hipocondrio no excluye la posibilidad de otro que levante o deforme el diafragma o tenga localización pulmonar. Será útil, con frecuencia, la visualización contrastada clara u opaca de colon, estómago, duodeno y vesícula a efectos diagnósticos o topográficos; y la pielografía que puede acusar, con un desplazamiento renal o uretral por empuje, la ubicación posterior de un quiste de hí-

gado como en los casos de Chifflet y Llopart y de del Campo, con preciosa indicación para el abordaje.

El neumoperitoneo es otro recurso espléndido para la correcta información radiológica. Su uso terapéutico actual en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar les ha dado a los Tisiólogos gran entrenamiento en su manejo. Recurrimos a ellos y nos han servido datos del mayor provecho sobre las relaciones y adherencias de los quistes.

El neumo extra o retro-peritoneal no ha entrado en nuestra práctica. Daría excelente resultado en manos avezadas, pero supone riesgos que limitan su uso a medios especializados.

Así los Rayos X meticulosamente empleados serán factor decisivo de un plan de abordaje; o aún podrán precipitar un acto operatorio mostrando una imagen hidro-aérea intraquistica de peligrosa evolución, o acusando la inminencia de una ruptura en víscera hueca; o harán diferir la intervención revelando, p. ej., un quiste calcificado central asintomático en una persona de edad, que suele convenir no tocar.

Cumplidos, en la medida de lo factible los requerimientos clínicos, de laboratorio, y radiológicos, que anteceden, bastará ordenarlos para que ellos condicionen, con poco margen de opción, líneas claras de conducta terapéutica quirúrgica.

Anestesia

La elección de la anestesia resultará del estado del paciente, de su edad, del momento evolutivo, tamaño y ubicación del quiste, del abordaje planeado y de los medios con que se cuente, factor primordial en toda la Cirugía de los Hospitales del Interior.

Anestesia local

La usamos 33 veces en 108 intervenciones:

1^ª.— En casos de extrema gravedad, que contra indican la general, procurando la mínima agresión operatoria. Algunas veces debimos agregarle la general, en estados de miseria orgánica y moral, en enfermos que no toleraban sin gritar la maniobra más insignificante. Nos ha permitido tratar y curar a pacientes que estaban ya en el límite de sus resistencias.

2^a.— En hombres jóvenes o adultos, con buen estado general, paisanos sufridos, con quistes grandes de fácil abordaje y en

que se presumía un largo trabajo de extracción de vesículas. En estos pacientes la tos ha pedido y otros movimientos ordenados permiten la mejor evacuación de las cavidades, y muestran como influirían sobre ellas las condiciones fisiológicas normales. Han sido las operaciones más tranquilas. Las hacíamos entre bromas camperas y trozos del Martín Fierro, procurando enseñar, a la vez, a los paisanos, profilaxia hidática. Nada ilustra tanto a las gentes de campo como la visión directa de lo que tenían dentro.

3º.— En los casos de abordaje transtorácico, mientras no dispusimos de anestésista especializado y ciclo cerrado para hiperpresión. También en estos enfermos la respiración ordenada por el cirujano favorece los tiempos de fijación del diafragma a la pared, sin o con escaso neumotorax operatorio. Siempre nos dió buen resultado, aún en pacientes con mal estado general previo. De cualquier modo, no es anestesia de elección sino de necesidad para esta vía, cuando no se cuenta con baronarcosis, pues forzosamente, si se quiere evitar el neumotórax, la brecha diafragmática tendrá que ser reducida, y no permitirá un correcto inventario de lesiones ni un manejo adecuado en los tiempos ulteriores de la intervención.

4º.— En poli-operados por siembra donde hay que hacer prolongadas y laboriosas exploraciones y extirpaciones de innumerables quistes y no se sabe cuántas intervenciones más deberá soportar el enfermo.

Anestesia general

La usamos 73 veces en 108 intervenciones:

Entre estas, 50 fueron al éter sólo, suministrado por enfermeros con el viejo aparato de Ombredanne. No la usábamos, desde luego, por opción: era cuando había. Bajo esa anestesia, formamos nuestro acervo quirúrgico los cirujanos que contamos más de 50 años. Todos debemos mucho al noble y simple instrumento y aprendimos a calcular desde el campo operatorio, a qué grado y cómo se estaba usando. ¿A qué pues mentarlo? Baste decir que sacamos a nuestro tiempo del Ombredanne, hoy venido a menos, el mejor partido y el máximo rendimiento.

Desde que logramos la anestesia a ciclo cerrado, con aparato de Foregger, manejado por médico especializado, anhelada y

buscada desde tanto tiempo, nuestros intentos quirúrgicos cobraron nuevo aliento.

En la Equinococosis Hepática los modernos conceptos patológicos que exigen un adecuado tratamiento de la aeventicia, un prolijo control de las vías biliares y en especial, la posibilidad de optar, sobre el terreno, por hacer una quistectomía total, obligan al uso de la anestesia general a ciclo cerrado y con transfusión sanguínea, para prevenir el shock anestésico u operatorio.

Si bien la anestesia general puede ser elegible en los casos que se han de abordar por la parotomías puras, es de orden toda vez que se intervenga por vía transtorácica y debe hacerse con intubación.

Permite la toracotomía bien ubicada y todo lo amplia que lo requiera el caso a tratar. Da lugar a la revisión y eventual tratamiento de las complicaciones pleuro-pulmonares. Favorece la segura y eficaz colocación de un drenaje.

En cuanto a los gases a emplearse, a sus mezclas, al curaré, etc., son menesteres de la especialidad del anestesista, que dependerán del estado del paciente y de su hígado, etc.: quedan fuera de nuestra competencia.

Abordaje

Pesadas todas las circunstancias, las que derivan del estado fisiológico del paciente, y las que resultan de la situación topográfica del quiste y de la etapa evolutiva en que se halle, el abordaje quedará establecido casi automáticamente, con sólo acomodar aquellas al presumible tratamiento que se hará del parásito y de la cavidad adventicial remanente.

Los cirujanos buscan siempre situar sus incisiones conforme a las directivas prácticas y generales de agresión mínima, de acceso amplio, de manejo cómodo en los tiempos capitales, de buena reparación parietal y de correcto drenaje.

Es bien sabido que los quistes se abordan en el sitio de máxima saliencia tumoral, para exponerlos debidamente y dominarlos con la vista y las manos, en la más vasta área. Pero condiciona así mismo la incisión, la eventual necesidad de cumplir un programa operatorio más complejo que pueda interesar vísceras o regiones vecinas.

En nuestro cuadro que comprende 108 operaciones en 96 pacientes figuran 89 laparotomías abdominales puras, 17 laparotomías transtorácicas y 2 laparotomías tóraco-abdominales.

Las laparotomías abdominales puras han sido medianas; paramedianas derechas o izquierdas, transrectales o reclinando el recto; y transversas, oblicuas o arciformes. en estos casos por lo general estrelladas, atravesando los planos musculares a favor de sus fibras.

Se decidieron en cada caso y muy a menudo cuando el enfermo ya anestesiado ofrecía con un vientre sin resistencias, un panorama nuevo a la vista y al tacto.

Entendemos que en un Congreso de este nivel y en el estado actual de la Cirugía, es obvio ocuparse de detalles técnicos referentes a esas incisiones.

Las laparotomías transtorácicas exigen ubicación rigurosa. El amplio acceso que permite la pared torácica delante, al costado, detrás, más arriba o más abajo, con o sin resección costal, trans o extra pleural, a la vez da libertad y obliga al cirujano.

Libertad para escoger la vía y, por lo mismo, obligación de escoger correctamente. Se emplea desde luego, para los quistes de hígado a evolución ascendente o torácica. El cirujano tendrá que estudiar con el radiólogo la situación del quiste en todas las incidencias, bajo neumoperitoneo si es posible, informándose de su topografía local y regional y de sus relaciones evolutivas con las serosas circundantes. Una adherencia de las hojas peritoneales visceral y diafragmática determinada por el quiste debe ser factor preponderante para ubicar la toracotomía.

Conviene reiterarlo, aunque todos lo sepan, que el criterio quirúrgico al situar la toracotomía para tratar los quistes de hígado, difiere del empleado para tratar los de pulmón a tórax abierto. El quiste pulmonar se elevan con la víscera al colapsarse ésta y obliga a incidir, se reseque o no costilla, más arriba del lugar aparente de la sombra hidatídica. La cavidad residual en pulmón se elimina, virtualmente, con cualquiera de los procedimientos operatorios hoy en uso y, en todo caso, se drenará por la vía bronquial.

Por lo contrario, para actuar sobre un quiste del hígado la toracotomía será ubicada todo lo bajo que la situación del quiste

lo permita, dominando cuanto se pueda la cúpula diafragmática y sus vertientes para facilitar la freno-laparotomía tan amplia como sea necesario, y previendo el drenaje transdiafragmático que se impone casi siempre. En efecto, si la toracotomía es muy alta, la sutura freno-parietal a ese nivel, reducirá la excursión respiratoria pulmonar y podrá tener consecuencias desagradables en el post-operatorio. Hará, por lo demás, un mal drenaje. Por lo contrario, si la toracotomía es baja permitirá un drenaje trans-diafragmático cómodo, eficaz y de buena tolerancia, o facilitará si está indicado, colocar un drenaje indirecto sub-diafragmático.

En nuestra práctica hacemos la toracotomía con resección costal, siempre. Ello nos da comodidad de manejo y un plano periostio-muscular amplio para las suturas del diafragma y el buen cierre de la cavidad torácica. La incisión intercostal es propugnada por prestigiosos cirujanos que la reputan ventajosa.

El aprovechamiento del espacio sub-pleural para desprender la serosa, investigar su fondo y levantarla creándose una vía extra-pleural de abordaje de la logia sub-frénica requiere incisiones adecuadas. En efecto, la reflexión pleural corta en X la dirección de las costillas, de ahí que, cuando se ha quitado una sola con simple incisión sobre ella, haya dificultades para movilizar la pleura sin desgarrarla, con neumotorax operatorio accidental.

La maniobra correcta del abordaje para-pleural se hará mediante la talla del colgajo de Pacheco-Méndez, descrito para la intervención por abscesos hepáticos y colecciones sub-frénicas, hoy fuera de uso porque es algo complejo y requiere la resección de dos costillas. Más compleja quizás es la incisión extra-pleural transdiafragmática de Lannelongue con movilización temporaria del reborde condral, usada para alcanzar los quistes alojados contra el ligamento suspensor, en lo más alto de la cara antero-superior del hígado, que tampoco se emplea hoy.

El profesor Domingo Prat ha descrito últimamente una nueva "Vía para-pleural en el tratamiento de los Quistes Hidáticos de centro frénico o pósteros superiores del hígado" que habría usado varias veces con éxito. No la hemos experimentado.

La operación en dos tiempos, el primero para provocar adherencias pleurales buscando el abordaje cómodo de los quistes

altos del hígado sin complicaciones operatorias endotorácicas, grata al amigo Dr. Calleri, no ha entrado en nuestra práctica.

En cambio usamos con mucho provecho las adherencias peritoneales pre-formadas, que han soldado las hojas de la serosa entre sí, bajo la cúpula diafragmática. En tales oportunidades, abierto el diafragma y herméticamente suturado al plano parietal, con re-expansión pulmonar, la cavidad pleural queda, de hecho, excluida del campo operatorio.

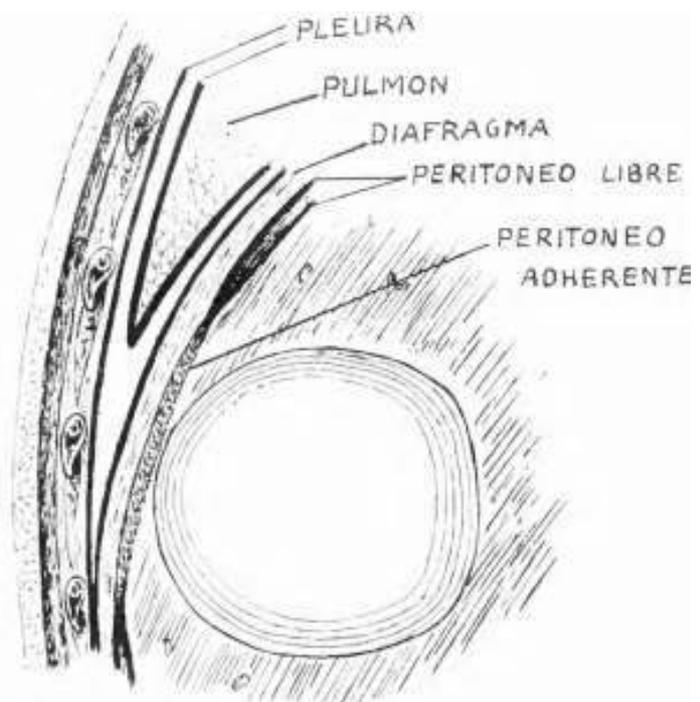
Por otra parte, la cavidad abdominal está también excluida por la adherencia de las hojas visceral, parietal y peritoneales, determinada por el proceso evolutivo del quiste.

Ello crea lo que hemos llamado "**tierra de nadie**", por donde puede abordarse el quiste sin riesgo de agresión y contaminación, y con óptimos resultados.

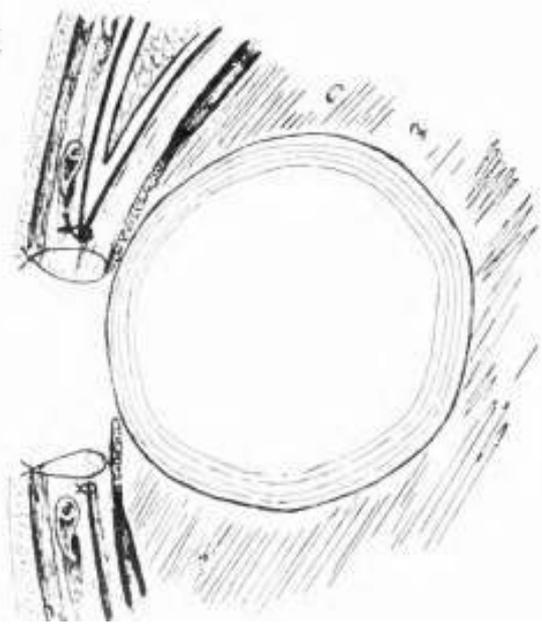
En definitiva, la toracotomía para actuar en el hígado, si bien permite y obliga a inventariar el estado de los pulmones y las pleuras, debe verse como un recurso, en el abordaje de los quistes alojados en sectores del órgano no accesibles por incisión abdominal pura. Será, pues, vía de paso, cuyo uso impone especial respeto que puede sintetizarse en unas directivas elementales: **Entrar justo. Actuar limpio. Salir bien.** Entrar justo quiere decir ubicar la toracotomía en situación de máxima comodidad para el trabajo ulterior sobre el quiste. Actuar limpio quiere decir cuidar las pleuras de toda contaminación y hemorragia y no estar demasiado tiempo con el pulmón colapsado y el tórax abierto. Salir bien quiere decir hacer un cierre hermético de la cavidad pleural susurando prolijamente los bordes de la brecha diafragmática a la incisión periostio-parietal, con re-expansión pulmonar controlada. Estos tiempos serán, naturalmente, preparatorios y previos al tratamiento del quiste.

Las laparotomías tóraco-abdominales no son, por lo general, abordajes de elección, sino de emergencia.

Las indicaciones quirúrgicas precisas y los medios de diagnóstico topográfico actuales del quiste hepático permiten una decisión anticipada, que sitúe la incisión en la pared abdominal o en la torácica. Pero algunas veces las alteraciones locales y regionales determinadas por el quiste, o su multiplicidad, o su estado evolutivo, o las exigencias y ulterioridades de un drenaje, imponen la vía mixta. De cualquier modo, el evento deberá



ABORDAJE EN
 "TIERRA DE
 NADIE"

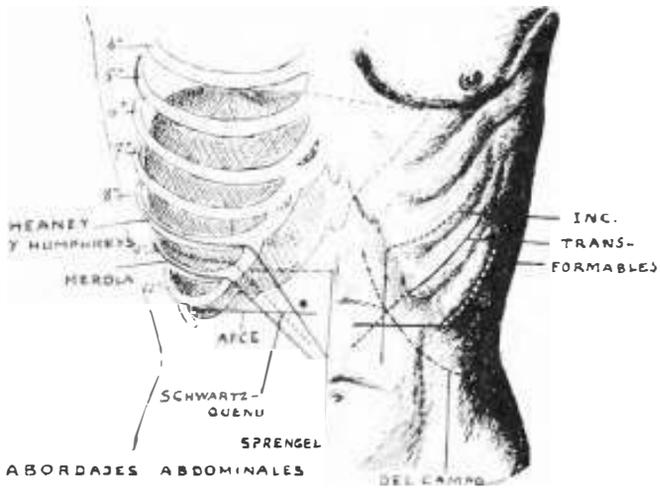


preverse antes, ubicando la incisión inicial en un sitio que la haga fácilmente transformable. Las incisiones torácicas de la 8ª, 9ª y 10ª costillas pueden prolongarse sin dificultad al abdomen seccionando el reborde cartilaginoso perpendicularmente. Por su parte, cualquiera de las incisiones abdominales transversales, tipo Sprengel, pueden, previa sección de reborde cartilaginoso continuándose en un espacio intercostal o resecaando costilla, penetrar al tórax. Del mismo modo pueden convertirse en abdomino-torácicas las incisiones abdominales puras transrectales y las oblicuas, perpendiculares al reborde condral.

Respecto a las tóraco-laparotomías, actualizadas por los cirujanos americanos para intervención en el lóbulo derecho del hígado, en la región pancreático-duodenal, a veces en vías biliares, o para la anastomosis porto-cava, con pretensiones de originalidad, conviene destacar una vez más —para que, a fuerza de reiterarlo, algún día se consagre la verdad— que el maestro señero de la Cirugía uruguaya, profesor Lorenzo Mérola, describió esa técnica tal y cual se hace ahora, faltándole sólo las notables ilustraciones de las revistas americanas.

Transcribimos el resumen de la Sección Cirugía del Primer Congreso Médico Nacional (abril 1916) sobre “Cómo abordamos la Cara Superior del Hígado”. Incisión tóraco-abdominal, por el profesor Lorenzo Mérola. De actual vigencia e igual a lo de Sattinsky, febrero 1948 y Heaney y Humphreys, mayo 1948, publicado en “Los Anales de Cirugía” de tan vasta divulgación.

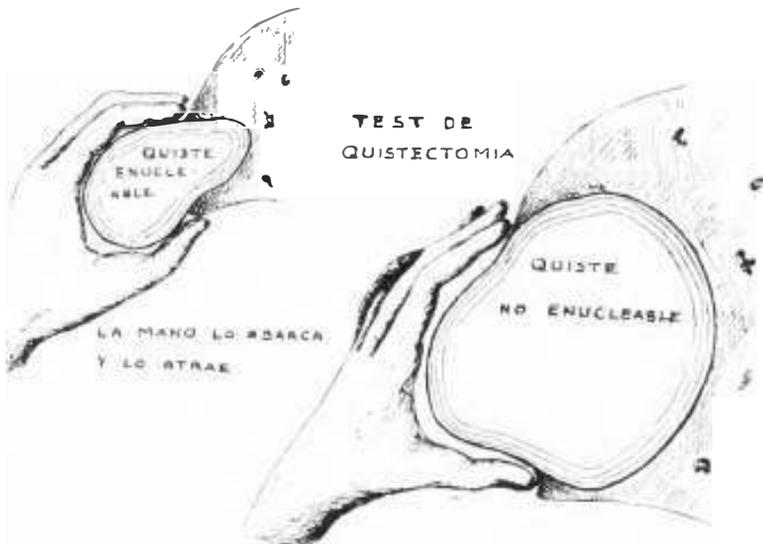
“El autor recomienda la incisión que ha ideado para “los casos en que se debe dirigir una acción sobre la cara superior del hígado, colocada bajo la cúpula del diafragma, y además para los casos de heridas tóraco-abdominales en general. La incisión tóraco-abdominal del autor empieza en el tórax, al nivel de la línea escapular y siguiendo la 9ª costilla se dirige hacia abajo, franquea el reborde torácico y termina en el abdomen, con la dirección y la extensión que cada caso requiera. Cortando sobre la costilla se encuentra el gran dorsal y manojos del oblicuo mayor que se pueden seguir en el abdomen. Se hace enseguida la resección subperióstica de la 9ª costilla hasta el reborde torácico en una extensión no menor de 12 a 15 centímetros. Entonces en la profundidad de la larga herida se notarán tres zonas, de arriba hacia abajo: pleural, subpleural y abdominal. En la parte



ABORDAJES ABDOMINALES

TORACO-ABDOMINALES

Y TRANSFORMABLES



TEST DE
QUISTECTOMIA

LA MANO LO ABARCA
Y LO STRAE

QUISTE
NO ENUCLEABLE

inferior, para penetrar en el abdomen habrá que cortar los diversos planos de la pared abdominal; en la parte media se cortarán las inserciones costales del diafragma; y en la superior o torácica se inciden la pleura parietal primero, enseguida la pleura diafragmática y el diafragma, aislando previamente las pleuras, ya sea por suturas o por colocación provisoria de largas pinzas elásticas pasadas desde la parte abdominal de la brecha operatoria. El autor dice que en los casos que ha aplicado esta incisión ha obtenido grandes facilidades operatorias”.

Merece especial mención el abordaje de los quistes de la cara posterior del hígado a evolución lumbar que suelen desplazar el riñón, por la vía posterior, con resección de la 11 o 12 costilla. Nos complace referir al respecto la opinión de nuestro distinguido compañero del interior Dr. Agustoni: “Resumiendo diremos que el abordaje por la línea de la undécima costilla es: 1º) de fácil ejecución. 2º) nos pone frente a las cavidades torácica, abdominales y de la fosa lumbar, permitiendo al cirujano un acceso aislado, alternativo o simultáneo a dichas cavidades, y 3º) Nos impone como otras laparatomías, la sección del reborde cartilaginoso con sus dificultades para el cierre y la remota pero real posibilidad de una condritis”.

Finalmente, como normas generales sintéticas, en la elección de las diversas vías de abordaje referidas, puede establecerse que:

a) Cuando el quiste se palpa o se ve al examen simple o por los recursos radiológicos, la vía del abordaje no presenta problemas. es una cuestión puesta de hecho.

b) Cuando el quiste no se palpa ni se ve pero se acusa por antecedentes y reacciones biológicas de hidatidosis y ha dado clínicamente manifestaciones hepato-biliares, se actuará por vía abdominal pura, que, por lo menos tendrán función exploradora y permitira tratar sino el quiste, sus eventuales complicaciones, las vías biliares p.ej.

c) Cuando el quiste no se palpa ni se ve, pero se admite por la clínica y las reacciones biológicas, debe sospecharse su alojamiento en la “zona silenciosa” del hígado y abordarse mediante resección de la 11 costilla. (Chifflet; del Campo).

d) Cuando haya una fistula hepato-quístico-bronquial y el estado del enfermo esté demasiado tocado para exponerle de entra-

da a una toracotomía, se hará una incisión de doble propósito o transformable, que se ubicará conforme a la topografía de las adherencias pleuro diafragmáticas, controladas por Rayos X y que puede resultar suficiente para un drenaje con agresión mínima por vía abdominal pura o abdómino-torácica extra-pleural.

TRATAMIENTO DE LA HIDATIDE

Cumplidos los tiempos quirúrgicos generales —anestesia, abordaje— empieza la tarea propiamente específica: el tratamiento del quiste, para lo cual se ha de estar anticipada y adecuadamente provisto.

El aspirador eléctrico revisado y dispuesto con los pases, embocaduras y tubos de goma de los diversos calibres, como equipo normal; pero, a la vez, los implementos necesarios para reemplazarlo si no funciona o se atasca, y para las maniobras subsiguientes al vaciado: un juego de cucharas, incluyendo una de mango largo de confitero; embudo de vidrio con tubo y trocart de quiste ovárico para el lavado y sifonaje a Quénu; soluciones formoladas al 1 y al 2 ‰, y jeringas de 20 y de 50 c.c.; espéculo vaginal y foco frontal, si se carece de scialytica capaz de iluminar desde todos los ángulos. Debe alistarse lo necesario para la exploración y drenaje de las vías biliares. Parece superfluo lo dicho; pero, es común ver, aún en clínicas de jerarquía, recurrir a medios de fortuna por no estar acondicionados los útiles de elemental uso en las situaciones contingentes en el tratamiento del quiste.

Expuesto el campo operatorio, se hará con la vista y las manos una exploración meticulosa y sistemática del quiste, el órgano parasitado y la zona circundante, levantando una cabal información.

De ello puede derivar un cambio en el programa terapéutico o resultar diferida la operación. Un quiste que se palpa a través de una capa demasiado espesa de parénquima acaso sea accesible por otro abordaje. Si no aparece en cara inferior o por delante, puede hacerlo arriba o, más a menudo, detrás, ofreciéndose al abordaje posterior con resección de la 11ª costilla. Puede manifestarse el quiste como un nódulo central de moderado tamaño, duro, sin duda calcificado y sin expresión clínica, en persona de edad y ser juicioso entonces no intervenirlo. Pue-

de el quiste estar bloqueado por adherencias peritoneales explícitas para un acceso directo por otra vía, a favor de ellas.; pero, al mismo tiempo, pueden estar a la mano alteraciones evidentes de las vías biliares, cuyo tratamiento habrá de hacerse en el momento.

Para los quistes que deben abordarse atravesando cierto espesor de parénquima hepático. Pérez Fontana recomienda una maniobra que suscribimos gustosos. Incindir primero el parénquima con cuidado, llegar a la periquística y obrar cuando se la tenga bien expuesta, y a entero arbitrio, para evitar percances en los tiempos operatorios sucesivos.

Decidida la acción sobre el quiste se cumplirán tiempos afines a cualquiera de los procedimientos en uso para tratarlos. En primer término, se le liberará prolijamente de adherencias epiploicas muy comunes en los emergentes procurando que toda su área extra-hepática quede descubierta. De esta manera, cuando el quiste evacuado sea atraído al exterior, no arrastrará consigo epiplón o vísceras huecas que se expondrían a la infestación hidática operatoria.

Luego se bloqueará con compresas de vientre la zona colindante. Pueden usarse embebidos en suero caliente o solución de espadol. Pérez Fontana sugiere empaparlas en solución saturada de cloruro de sodio por su efecto parasiticida. De cualquier manera, lo esencial será su meticolosa introducción dominando los escapes hacia los desagües naturales de la zona comprometida. Dos terceras o tres cuartas partes de cada compresa debe introducirse a fondo. De lo contrario, se saldrán al exteriorizarse el quiste vacío y tendremos en el campo al epiplón y a las ansas intestinales que pretendimos alejar.

Si se ha resuelto proceder a la evacuación se hará el tratamiento parasiticida previo. Se han sugerido a tales fines diversos agentes entre los cuales el uso ha consagrado el formol al 1 y 2 % que Dévé propusiera.

Personalmente, procedemos de esta manera: Cargamos con formol al 2 % una jeringa de 20 c.c. si el quiste es chico o mediano, de 50 c.c. si es grande. Armamos la jeringa con aguja tan larga como sea necesario y puncionamos el quiste en el sitio de elección. Ocurrirá entonces una de estas dos posibilidades: o la

presión intraquística rechaza el émbolo de la jeringa y retirando este viene líquido con facilidad; o no se puede extraer líquido alguno. En el primer caso, se tratará de un quiste monovesicular, tal vez degenerado o supurado. Cuando el líquido viene y va fácilmente, se continuara en este juego hasta pasados los cinco minutos. El efecto hidatídica de la solución formolada se habrá logrado plenamente. En el segundo caso se dará por fracasada la formolización previa, se tendrá presente el riesgo de contaminación hidatídica en los tiempos siguientes y se extremará la formolización secundaria.

Cumplido este tratamiento al formol previo, se sustituirá la aguja de punción por el trocar conectado al aspirador eléctrico en marcha. Conviene usar desde el principio los calibres mayores. Enseguida que el quiste afloje se tomará la adventicia con tenáculos, se atraerá hacia la herida operatoria, se agrandará el orificio hecho por el trocar para que la entrada de aire facilite el mecanismo de succión y, a ojos vista, se continuará la aspiración dirigida. En estos momentos será útil llenar varias veces la cavidad con formol al 1' que a la vez sirve de vehículo para facilitar el barrido y completa la esterilización.

Naturalmente, cuando el aspirador no funcione o se atasque, se hará el vaciado a cuchara muy eficaz a condición de que se haya aislado bien el campo operatorio.

No se dará por evacuada una cavidad hidatídica sin un meticuloso control al espéculum y con iluminación especial (maniobra de Arce). Ello nos permitió visualizar cierta vez, cuando casi habíamos decidido el cierre de la adventicia, un pequeño orificio manando vesículas que, agrandado, dió acceso a una cavidad de vesiculización exógena como un huevo de gallina. Tales cavidades supernumerarias ignoradas en el acto operatorio, serian las responsables de muchas supuestas recidivas in situ de los quistes hidáticos, como lo señalara Prat. La maniobra de Arce permitirá descubrir en la cavidad remanente, así mismo, la prominencia esferoide y tensa de otro u otros quistes, que pueden y deben abordarse por esa vía y en ese momento, como lo sostiene Calleri, con la autoridad de su pericia y experiencia y pese a la opinión contraria de Dévé, a las reservas de algunos distinguidos cirujanos nuestros. La visión directa con espéculum permitirá, todavía, localizar alguna comunicación con las vías biliares que

conforme a su importancia, podría tratarse mediante alguno de los procedimientos propuestos al efecto.

Completada la evacuación del quiste y la revisión sistemática de la cavidad, si se va a actuar en otra parte, vesícula, cólecodo, etc., se llenará la cavidad evacuada con compresas embebidas en formol diluido y se cerrará provisoriamente. De lo contrario, se hará una última detersión de la cavidad por toques de formol al 2% antes de proceder al tratamiento definitivo de la adventicia, por alguno de los métodos que luego estudiaremos.

LAS ECTOMIAS EN LOS QUISTES DE HIGADO

En este capítulo incluiremos a todo lo que supone resección de formaciones orgánicas determinadas por el quiste hidático en el hígado, ya sea con el parásito intacto, o una vez que aquél se haya quitado.

Hay, en efecto, sobre el punto una confusión de nombres que es menester dilucidar. Se habla de extirpación, enucleación, decorticación, quistectomía, adventicectomía, como si se tratara de lo mismo, cuando en realidad significan cosas y técnicas muy dispares en sus propósitos, ejecución, riesgos y alcances.

Hepatectomía por quiste de hígado. (Algunos la llaman hepatectomía parcial, lo que juzgamos superfluo puesto que es la única factible).

Es la extirpación de una porción del hígado que aloja a uno o varios quistes hidáticos. Tiene indicaciones precisas y muy limitadas: quistes múltiples o multiloculares del lóbulo izquierdo (Dévè, Larghero); quistes que penden de la cara inferior o de los bordes del hígado mediante un pedículo parenquimatoso. En nuestra casuística, se incluye un caso muy demostrativo.

Obs. Nº 35. — Corresponde a una enferma con una tumoración renitente, pelviana, que ocupaba el fondo de saco lateral derecho y desviaba el útero a la exploración vaginal, y en el vientre llenaba la fosa iliaca derecha. Operamos con diagnóstico de quiste de ovario por incisión de Pfannenstiel y liberada la tumoración de sus adherencias epiploicas, sin abrirla, y exteriorizada, resultó ser un gran quiste hidático multivesicular, unido a la cara inferior del hígado por un pedículo de parénquima, que seccionamos.

La quistectomía (Enucleación-Decorticación). — Si se llama quiste al conjunto del parásito y la adventicia debe, por lógica

elemental, llamarse quistectomía a la extirpación del parásito y la adventicia en una sola pieza sin punción ni evacuación previas.

Tal es el procedimiento ruso de Napalkoff (1904-1925-1932). Personalmente lo empezamos a emplear desde 1946. Al año siguiente, en el XXIII Congreso de la Sociedad Médico Quirúrgica del Centro de la República, enseñamos dos piezas operatorias de quistes hepáticos tratados según ese método que se ha llamado también enucleación o decorticación.

Nuestro distinguido compañero el Dr. Germán Mernies trajo el tema al Primer Congreso Uruguayo de Cirugía 1950, con excelente documentación y claro sentido crítico. Lo comentaron los Dres. R. Rodríguez de Minas, y del Campo, Larghero, Cendán y Ardao.

El procedimiento cuenta en el mundo con fervorosos defensores y opositores decididos, entre los cuales fué Dévé, hasta su muerte, uno de los más obstinados. Se trató en el Congreso Mundial de la Hidatidosis celebrado en Argel en 1951. Fué tema oficial en el de Santiago en 1952, a cargo del Dr. Juan R. Michans, de Buenos Aires. Es tal vez la quistectomía la única cuestión, si no nueva, renovada, en lo que a tratamiento de la Equinocosis Hepática refiere. Vale la pena detenerse en ella.

La Quistectomía figura diez veces en nuestra casuística con un fracaso y muerte atribuido a técnica incorrecta, que nos ha enseñado a ajustar sus indicaciones y a extremar los cuidados operatorios siempre que hemos vuelto a emplearla.

Mostraremos la foto de una pieza de quistectomía con la vesícula a caballo. Desde luego, el procedimiento de la quistectomía tiene riesgos que no se deben sub-estimar y que la crítica quirúrgica ha señalado cabalmente. Pero esos riesgos no pueden juzgarse de manera aislada, sino en contrapartida a las ventajas inherentes al procedimiento. Debe tenerse presente que las punciones hidatídicas no siempre son eficaces, que suelen ocurrir percances que vician la aspiración evacuadora, que la siembra operatoria grave con un 3 % a las intervenciones, que las cavidades residuales y los restos adventiciales originan secuelas a veces desagradables, para justipreciar el alcance de un tratamiento que puede superar todas estas contingencias, y considerarlo elegible en determinadas condiciones, pese a sus riesgos.

Desde luego, si el quiste se punciona previamente con fines parasiticidas, ya se está fuera del método de Napalkoff, cuya escuela hace cuestión de proceder a quiste intacto. Hay que prevenir, pues, por vacuna, los fenómenos de contaminación hidatídica, de alergia, anafilaxia o toxicidad que resulten de la eventual ruptura de la hidátide durante el intento de enucleación.

El otro gran riesgo del método es la hemorragia. Los rusos llegarían hasta las doscientas ligaduras en algunas quistectomías.

3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
 COLECISTECTOMIA Y QUISTECTOMIA. F. DE MEDICINA
 OBS. N.º 77 VESICULA BILIAR ADHERENTE
 A QUISTE



QUISTECTOMIA Y
 COLECISTECTOMIA

No sabemos cómo procederán ellos; en nuestros casos nunca hemos pasado de diez o quince ligaduras de vasos. De cualquier modo, se tendrá siempre una buena transfusión en marcha. Se hará, así mismo, rigurosa selección de los casos en que se aplique el procedimiento, absteniéndose de su empleo en los quistes que colinden con los pedículos, o con las zonas de mayor vascularización porta o supra-hepática, o en los que estén demasiado cir-

cunscritos por parénquima o no puedan exponerse bien por razones de ubicación.

Personalmente usamos un test de viabilidad para la enucleación.

La intentamos cuando podemos tomar el quiste emergente con una mano y atraerlo hacia el campo operatorio. Cuando el quiste está muy incluido en el órgano o es demasiado grande, escapa a la mano o no cabe en ella, lo que nos indica desechar la quistectomía.

En cuanto a la técnica de la enucleación, procedemos trabajando contra la periquística a tijera, por raspado con el bisturí, o mediante disección roma según el caso. Los vasos se individualizan amenudo, sin cortarlos porque están incluidos en tractus parenquimatosos que no se despegan de la adventicia, y se pueden ligar pasando el hilo con pinza curva. Cuando sea menester interrumpir el procedimiento por dificultades técnicas, se tratará el quiste por formolización, evacuación, etc.

Concluida la quistectomía, se pondrá mechas empapadas en suero caliente en el lecho residual hepático por algunos minutos, para cohibir la hemorragia por lo regular muy discreta. Generalmente se han formado dos colgajos de hígado que se corresponden entre sí, facilitando la sutura en la que podrá incluirse epiplón a voluntad, si se juzga útil.

La adventicectomía. — Entendemos que debe darse tal nombre a la resección de la adventicia, una vez evacuadas las formaciones parasitarias. No se puede, en efecto, hablar de quistectomía, puesto que la entidad "quiste" ha dejado de ser desde que se extirpó la membrana germinativa y su contenido, y sólo resta por tratar la adventicia. Se le ha llamado también extirpación, enucleación, decorticación.

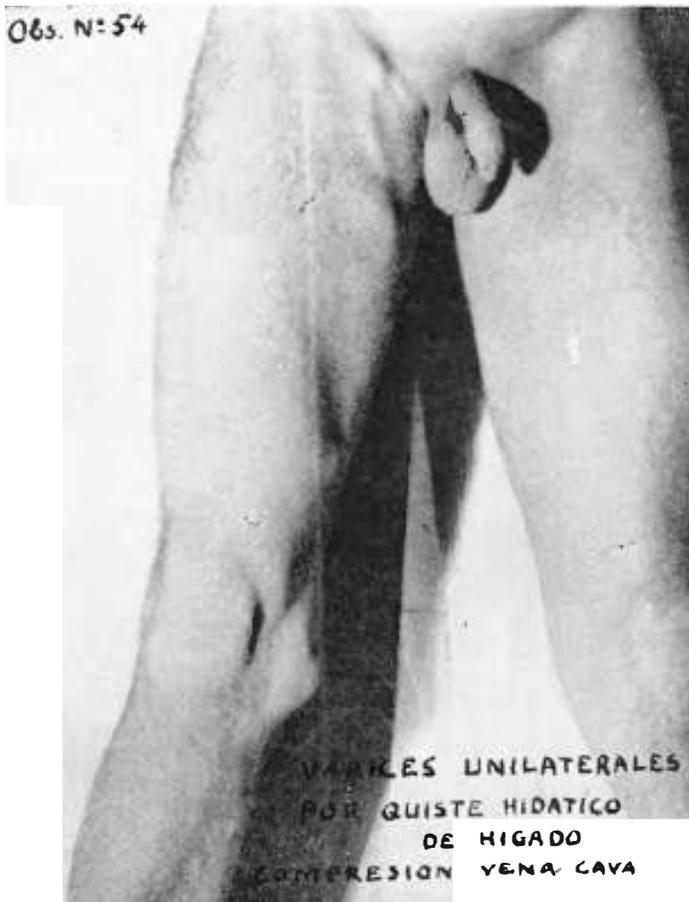
El primero que practicó la adventicectomía fué Samuel Pozzi en 1887, y la expuso y defendió Vigneron en París en 1895. Dévé la condenó desde 1903.

La adventicectomía puede ser total o parcial según se elimine toda o parte de la adventicia.

La resección parcial es un tiempo complementario en el tratamiento de la cavidad remanente del quiste y puede hacerse con cualquiera de los procedimientos definitivos, cierre y abandono, cierre y fijación, marsupialización, etc. Se hace también con aban-

dono pero sin cierre, según el método de Mabit. Se limita ampuado a la eliminación de la parte redundante de la adventicia.

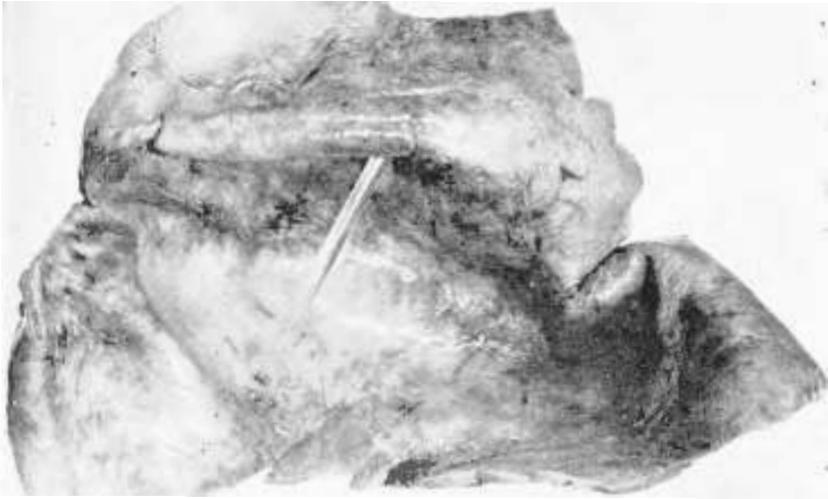
Muestra Obs. Nº 54. --- Varón de 26 años. Gran tumoración abdominal. Dispepsia. Enormes várices solamente de pierna derecha. Quiste multiversical muy grande, supurado de cara inferior de hígado lóbulo derecho. Adventicia sumamente adherida al estómago que liberamos a punta de bisturí. Se reseca una porción de la adventicia redundante. Se confecciona un tubo con la que resta fuera del hígado para marsupialización. En la cavidad residual cabe un clan entero. En el post-operatorio regresan progresivamente las várices secundarias, —por compresión de cava—, de la pierna derecha. Curación. Ver fotos de la pieza de adventicectomía parcial y de las várices.



Compresión de Vena Cava por Q. H. de Hígado. Várices unilaterales.

Obs. N: 54

ADVENTICECTOMIA PARCIAL
VISTA INTERIOR DE LA PIEZA



La resección total de Vigneron hecha exponiendo la adventicia con los dedos introducidos en la cavidad residual y liberándola a bisturí y tijeras ha sido retomada por H. Constantini de Argel, que la realiza a ruginá de Ollier, por una maniobra semejante a la desperiostización de un hueso. Funda Constantini su método en la existencia de formaciones laminosas en las capas más externas de la periquística, que favorecerían su desprendimiento avascular. Deja por algunos días mechas de control en la superficie cruenta hepática. Cuando encuentra dificultades técnicas en la prosecución de la adventicectomía hasta el final, se detiene, y termina por raspado interno superficial de la porción no extirpada.

La adventicectomía tiene su formal indicación en los casos en que esa membrana ha alcanzado, por su desarrollo o grado evolutivo (degeneración, calcificación, infección) individualidad patológica propia, de carácter irreversible, no desintegrable, en consecuencia, por el organismo que la elaborará como recurso defensivo. En estas condiciones, la adventicia es un verdadero cuerpo extraño, que plantea al cirujano que ha evacuado el pará-

sito, una de estas dos alternativas: o la quita quirúrgicamente; o dispone un drenaje adecuado para que a su tiempo se elimine al exterior. Este último expediente de cura pasiva es penoso y largo, de ahí el afán actual de proceder a la extirpación operatoria activa de las adventicias de entidad irreversible.

Queda aclarado que una cosa es quistectomía y otra bien distinta adventicectomía total.

La quistectomía es la extirpación del parásito y la adventicia intactos en un solo block, sin formolización, ni evacuación previos.

La adventicectomía total es la extirpación de la adventicia después de evacuado el parásito.

La quistectomía es más riesgosa, pero, a la vez, más ambiciosa en sus propósitos y alcances. Si se logra realizar, no cuentan en el post-operatorio problemas de alergia, anafilaxia, toxicidad, ni infestación hidatídica. Es la operación definitiva, extirpa todo el mal, satisface al cirujano a la vez en sus aspiraciones de curar, y de hacer arte quirúrgico.

La adventicectomía no elude los tiempos previos de punción y evacuación de la hidátide y comporta sus eventuales consecuencias alérgicas, tóxicas y de infestación hidatídica. Es una intervención más segura, aunque de menor jerarquía quirúrgica.

Una y otra operación serán elegibles según el caso, el equipo con que se cuenta y las preferencias y experiencia del cirujano.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ADVENTICIAL

Evacuado el contenido parasitario y la membrana germinativa y reseca o no parte de la adventicia, se tratará la cavidad residual.

Se usan al efecto diversos procedimientos: el abandono simple. El cierre y abandono. El cierre y fijación de la pared. La marsupialización. El drenaje indirecto.

El abandono. — Procedimiento original de Hamilton Russell 1894. Adoptado por Syme, Ryan, Bond y por Mabit, de Buenos Aires, que lo completaría con resección parcial de la adventicia.

Déve lo juzga así: "Se propone suprimir una "cavidad cerrada" en la cual podría acumularse un derrame de serosidad amenazado de infección. Pero es evidente que, en el caso particular de los quistes de hígado, tal procedimiento expone a una coleragia intraperitoneal, que puede ser o volverse séptica".

Creado para quistes de pequeña talla, el método tiene especial indicación cuando la superficie hepática presenta varios quistes de reducido tamaño, generalmente sumados a otro mayor o a siembra peritoneal. En estos casos, el cirujano pretende tratar todos los quistes que descubre. Nosotros procedemos así en los menores: Punción formolizadora; extracción de líquido y membranas; extirpación de la adventicia redundante y toques al formol concentrado de la cavidad residual con abandono.

El cierre y abandono. — Usado por Thornton y publicado en 1883 y propuesto por Bond en 1891, Alejandro Posadas lo expuso por primera vez en 1895 con base a cinco observaciones personales, como método de elección en el tratamiento de los quistes no supurados. Estableció concretamente sus fundamentos, indicaciones y técnica y lo defendió con calor, durante su breve pero fecundísima carrera de maestro de la Cirugía Argentina. El procedimiento merece, pues, plenamente, el nombre que lleva de Método de Posadas.

Tiene indicaciones precisas: quistes hialinos; quistes multivesiculares no infectados pequeños o medianos; quistes que ofrezcan buenas condiciones de colapso.

Es elemental, para optar por el cierre y abandono, hacer una revisión sistemática por la maniobra de Arce de la cavidad remanente, que no debe ser multilobulada o anfractuosa, ni presentar vesiculización exógena, ni estar teñida de bilis. Cuando se haya abierto y evacuado a través de ella uno o más quistes, debe desecharse el cierre y abandono. No sólo se cerciorará el cirujano —para decidir si es viable el cierre con reducción— del correcto vaciado de la cavidad y de la limpieza de su superficie interna, sino que investigará el estado evolutivo de la adventicia, su aspecto, espesor, consistencia, procurando informarse si no hay un proceso de adventicitis, degeneración, calcificación, etc., que, según lo establecieron Ardao y Chifflet, son compatibles con un contenido hidático hialino y una vesícula intacta, y contraindican el procedimiento. No se usará el método cuando haya ictericia aun en el caso de que se actúe simultáneamente sobre vías biliares. Desde luego, se podrá hacer antes del cierre una resección parcial de la adventicia. Y siempre, previa a la sutura oclusiva,

una detorsión última de la cavidad con torundas de gasa embebidas en formol al 2 %.

La sutura de la adventicia será muy cuidadosa, mediante surget o puntos separados — que preferimos — invirtiendo los bordes de sección de modo que se adosen las superficies externas de la membrana y que hacia el interior se forme una pestaña de seguridad.

Las complicaciones post-operatorias del método de cierre y abandono o reducción son el derrame bilioso supurado o no. Dévé y Cerné han señalado, así mismo “La Hidro-neumatosis quística post-operatoria” que no parece tomarse en cuenta.

Para obviar las consecuencias de los derrames biliosos o supurados en los quistes tratados por cierre y reducción, se ha descrito el siguiente procedimiento.

Cierre con fijación a la pared. — Los cirujanos argentinos Andrés Llobet y Tomás Varsi (1900) modifican la operación de Posadas, con la fijación de seguridad a la pared. Llobet interpone los bordes adventiciales entre la sutura de los planos parietales músculo-aponeuróticos. Varsi crea una variante de este método, que hace fortuna y consiste en fijar la adventicia en circunferencia con la sutura de la pared abdominal.

La fijación a la pared permite mantener el contralor de la cavidad residual en el post-operatorio, y volver a ella si ésta se complica con derrames o supuración por punciones, o reabriéndola con establecimiento de un drenaje secundario. En nuestra práctica sobre 22 quistes de la serie estudiada, tratados por cierre, 3 debieron drenarse secundariamente. 13,6 %.

Se ha reprochado a la fijación a la pared riesgos de hernia interna, situaciones molestas o dolorosas por tironeamiento, y perturbación en el proceso de colapso natural de la cavidad. Todas ellas objeciones teóricas, que la experiencia no confirma.

La marsupialización.— Es el procedimiento clásico de Lindemann-Landau.

Ofrece la mayor seguridad, es de técnica bien definida, lo imponen por lo general las circunstancias, cuando se descartan los métodos llamados ideales.

Consiste en abocar la brecha de la cavidad adventicial —reducida cuando convenga por resección y sutura previas— a la

incisión parietal mediante un sistema de puntos en U, que adosen al peritoneo la superficie externa de la periquística en todo el contorno, al ser anudados por fuera de la aponeurosis.

Dentro de la cavidad se colocan, fijándolos a la adventicia, uno o dos tubos del calibre y a la profundidad que el caso lo requiera. Debe hacerse la marsupialización en el lugar de la herida operatoria que mejor favorezca el drenaje declive y el directo acceso a la cavidad residual.

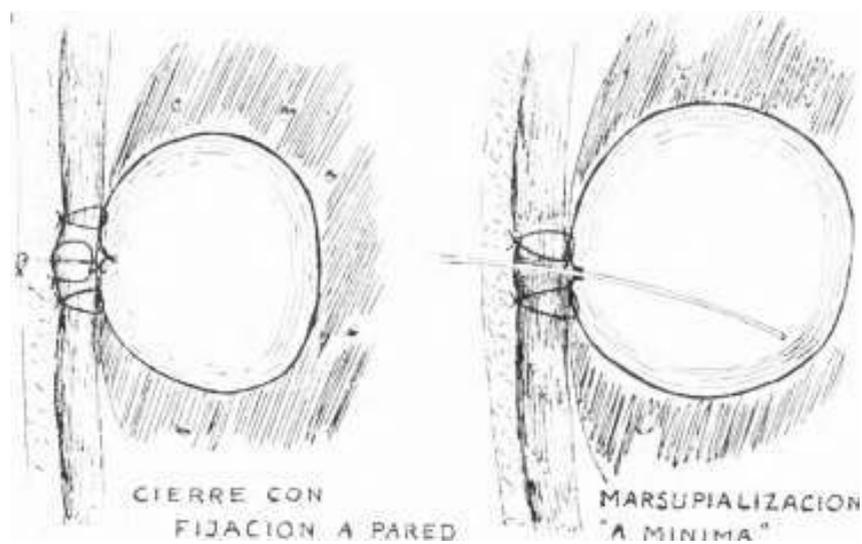
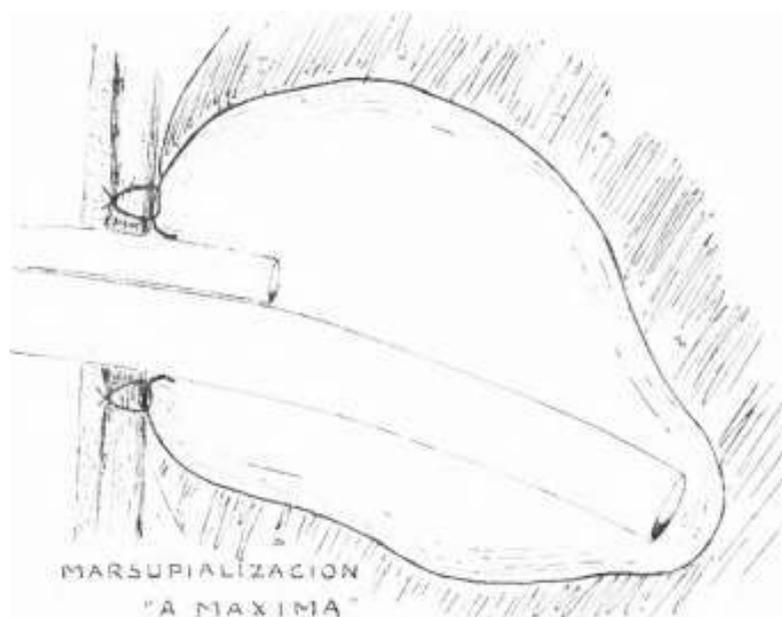
La marsupialización puede ser "a máxima" de gran boca, con gruesos drenos, indicada en los quistes supurados, o calcificados, o irregulares, o con procesos de adventicitis, o muy grandes e incompletamente evacuados.

Y puede ser "a mínima", de boca pequeña, con drenos finos, cuando se hace en quistes grandes pero de paredes regulares delgadas, bien evacuados y revisados prolijamente por la maniobra de Arce y donde sólo se teme su repleción por derrame biliar. En estos casos, si la aspiración por el tubo no da nada a las 48 ó 36 horas y el examen clínico del paciente es favorable, se puede quitar el tubo y la brecha cerrará en el tiempo de curación de la herida operatoria. Tales son los quistes marsupializados que figuran en nuestra casuística con 12 ó 15 días de hospitalización post-operatoria.

Extendemos, en particular, la preferencia por esta marsupialización a mínima a los quistes limpios, de la cara superior del hígado, alcanzados por vía transtorácica. Creemos, en efecto, que los abordajes que emplean vías de paso, exigen cumplir un programa operatorio definitivo y seguro que prevea toda contingencia ulterior, evitando reintervenciones.

En casos de ictericia será muy conveniente agregar a la marsupialización un drenaje de la vesícula biliar o del colédoco según el caso. Es mejor esta bilirragia dirigida y controlada a favor de la corriente fisiológica que la que pueda hacerse por el quiste marsupializado.

Carga la marsupialización con el peso de la inmensa mayoría de las muertes en operados por equinocosis hepática. En realidad esos fallecimientos no se producen a consecuencia de la marsupialización sino a pesar de ella. Ocurren en pacientes en que la evolución de la hidatidosis ha llegado a extremos fatales sin



posibilidades de remisión. Cuenta, en revancha, con curas que significan verdaderas resurrecciones.

Se le carga también, a la marsupialización, en el rubro complicaciones: bilirragias, supuraciones prolongadas, hemorragias, retención de secreciones, fistulizaciones que afectan el estado general del paciente, le invalidan o le aniquilan.

Pero, es claro que muchas de esas llamadas complicaciones estaban previstas hasta el punto de ser causa determinante y no efecto, de la marsupialización. En cambio, el cirujano será, muy amenudo, el responsable de la entidad que puedan alcanzar las dichas complicaciones. Es corriente, en efecto, que tratado un quiste de hígado por marsupialización —con indicación cabal y perfecto ajuste técnico— se ponga desde ese momento al paciente en manos de enfermeros que harán curas de rutina.

Ante todo, el cirujano que marsupializa un quiste, —conducta quirúrgica que no es de elección sino de necesidad— debe consignar qué causas la determinaron y dirigir en consecuencia la atención post-operatoria. La Marsupialización puede haberse hecho por razones inherentes al contenido parasitario del quiste, restos de vesículas o membranas, etc. o al continente adventicial orgánico, supuraciones, calcificaciones, degeneración, necrosis, comunicaciones con el árbol biliar, o a razones mixtas.

Cada uno de estos factores puede influir de manera diferente en el destino de la marsupialización. Si se ha hecho para la evacuación de algunas vesículas remanentes, que en pocos días podrán barrerse con lavados asépticos, o para controlar una moderada bilirragia que espontáneamente se corta, puede abreviarse su cierre. Si está vinculada a un enturbiamiento sospechoso de supuración en un quiste monovesicular y mismo si éste es supurado, pero los antibióticos y la cura local revelan clínicamente que el proceso está vencido, puede favorecerse y abreviarse el post-operatorio retirando pronto los drenos. Cuando se ha hecho la marsupialización porque el proceso adventicial lo exige, debe mantenerse ampliamente abierta, y no será difícil constatar, a su tiempo, la eliminación de trozos adventiciales o de placas calcáreas. Si se ha hecho una colecistostomía de necesidad o de control, podrá aprovecharse para estudios colangiográficos. La colangiomanometría relacionada con el estudio de la evolución de los quistes marsupializados es, naturalmente, una exploración que supera nuestras posibilidades.

En cualquier caso, un quiste marsupializado obliga al cirujano a una vigilancia estricta personal post-operatoria, sin desdenar menesteres de practicante o mismo de enfermero, revisando lo que sale y, aveces, sacando lo que no sale. Amenudo una fistulización tenida por incurable lo es mientras no la dejen cerrar, manteniendo a la fuerza con tubo largo o mecha fina, un trayecto insuficiente como vía de drenaje pero suficiente por sí, para perdurar una fístula.

Berhouet, compañero del interior, a la vez diestro cirujano y experto radiólogo clínico, tiene una iconografía radiológica de quistes hidáticos operados, que le hemos pedido traer a este Congreso. Es la más objetiva demostración de cómo y por qué se suele prolongar el post-operatorio de los pacientes con quistes marsupializados.

El drenaje indirecto— Tiene indicación para drenar la cavidad residual cuando no se puede abocar la adventicia al exterior. Se hace introduciendo el tubo en la cavidad y suturando contra él bien ajustadamente la adventicia, invirtiendo sus bordes para lograr un cierre valvulado de seguridad. El tubo se debe rodear con mechas que también salen al exterior. Estas mechas no hacen función de drenaje sino más bien de molde o encofrado, para que se organice sobre ellas un canal de reacción que establezca la comunicación de la cavidad con el exterior. Las mechas se extraen a los ocho o diez días. El tubo de avenamiento cumplirá su destino como las circunstancias lo exijan. En general, se aplica al drenaje indirecto las observaciones hechas con motivo de la marsupialización.

Analizados los diversos procedimientos creados para tratar la cavidad remanente adventicial, se observa que se compenetran y relacionan entre sí más de lo aparente.

Así el **cierre con fijación a la pared de Varsi** es una variante del **cierre con abandono o reducción de Posadas**; pero, a la vez, puede considerársele como una **marsupialización diferida**, que bastarán unos simples golpes de tijera para convertirla en efectiva.

La **marsupialización** es opuesta al cierre con abandono, pero hecha a **mínima** con brecha pequeña y drenaje fino, es un **cierre**

con fijación a la pared diferido, que puede volverse efectivo con sólo retirar el drenó.

Todos los procedimientos son frutos del ingenio quirúrgico, en su afán por lograr el tratamiento más adecuado a cada una de las modalidades o estados evolutivos de la Hidatidosis Hepática, y deben conocerse sin exclusión para aplicarlos oportunamente, lo que habrá de hacerse, algunas veces, en un acto operatorio y en el mismo enfermo.

Nuestra observación Nº 68 es un muestrario de procedimientos. Se trataron en un paciente y en una sesión operatoria 6 quistes de hígado: 2 quistectomías: 1 evacuación con adventicectomía parcial y abandono; evacuación con cierre y abandono: 2 marsupializaciones.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES COMPLICADOS

En el estudio de los quistes complicados, conviene establecer un distingo entre aquellos en que la complicación sobreviene dentro del proceso evolutivo de la hidatidosis, que para nosotros incluye la expulsión del parásito al exterior, con la puesta en juego de mecanismos diversos y complejos pero conocidos, que en cierto modo obedecen a un orden y siguen un cauce natural, por así decirlo, y permiten todavía una terapéutica quirúrgica perfectamente planificada y que puede alcanzar la curación definitiva. Entrarían en este grupo de complicaciones la infección del espacio perivesicular con o sin contaminación y muerte de la hidátide; las alteraciones de la adventicia: adventicitis, degeneraciones, calcificaciones, desprendimientos: las comunicaciones del quiste con las vías biliares y bronquiales, las compresiones y procesos adherenciales a órganos vecinos.

De otra índole y con más jerarquía de tales, serían las complicaciones que acontecen como verdaderos accidentes en los quistes de hígado, en relación amenudo con un traumatismo, con subversión del proceso evolutivo patológico y difusión de la hidatidosis a otros territorios, creando situaciones de emergencia graves, que obligan a una conducta terapéutica urgente con resultados no previsibles y, por lo general, precarios. A este grupo pertenecerían las rupturas en serosas libres con cuadro agudo o siembras crónicas y la abertura en grandes vasos de tan sombrías consecuencias.

Desde luego, esta diferencia que insinuamos entre las complicaciones de los quistes hidáticos del hígado, no pueden ni quieren ser estrictas.

Como en todas las cosas "unas complicaciones traen las otras" y lo que debe hacer el médico es tratar a tiempo las menos graves, como la mejor previsión de las que no se pueden tratar o sólo admiten acciones paliativas.

En el estudio de los procedimientos operatorios, nos hemos referido a la conducta que requieren las complicaciones locales de los quistes, en sus distintos elementos. Debemos agregar que para el tratamiento de los quistes supurados, Goinard en 1948 propuso la epiploplastia intra-quística, a la que asigna buen resultado. Del Campo, por su parte, sin conocer la técnica de Goinard como lo aclaró en el Primer Congreso Uruguayo de Cirugía, 1950, propuso la epiploplastia para tratar las cavidades adventiciales remanentes calcificadas, con resultado promisorio. Consiste el procedimiento en la talla de un colgajo epiploico a pedículo bien vascularizado, que se introduce en la cavidad quística y se fija a sus bordes sin drenaje, con penicilina local. No hemos tenido oportunidad de emplear el método que nos parece muy lógico para quistes calcificados. Por el momento lo desechamos para quistes supurados.

Para las comunicaciones quisto-biliares de importancia, individualizadas en el acto operatorio, se ha propuesto la sutura inmediata de la fistula (Bourgeon, Huquenin y Pietri, 1950) y la sutura con plastia adventicial (Lasala y Almasqué, 1953). También Seror, de Argel, ha usado para cohibir las bilirragias intra-quísticas con éxito, el injerto de placenta fresca, 1951. Sólo mencionamos estos métodos a título informativo, sin haberlos ensayado.

Por otra parte, nuestro viejo amigo el Dr. Eduardo Calleri, aportará a este Congreso un relato que versará sobre los Quistes Hidáticos Abiertos en Vías Biliares. Nos proponemos aprender con él y nos excusamos de tratar en especial ese punto.

Ahora estudiaremos los quistes complicados de la serie de 94 pacientes con hidatidosis confirmada, comprendidos en las 100 historias clínicas que informan este relato.

Quistes supurados. — 23 en 94 pacientes. Porcentaje: 24,4%.
Estado general preoperatorio: bueno, 8; mediocre, 7; malo, 8.

Operados, 23; curados, 18; fallecidos, 5; Porcentaje de fallecimiento, 21.7%.

Destacamos la observación N° 63. — Varón 28 años. Se marsupializa un quiste multivesicular de lóbulo derecho, y queda otro de la cara inferior de lóbulo izquierdo para tratar por distinto abordaje. En el post-operatorio, cuadro de supuración del quiste no operado y, consecutivamente, hemorragia de la cavidad residual del operado. Intervenido el 2° quiste cesan de inmediato las hemorragias en la cavidad remanente del primero. Este caso es muy demostrativo de lo establecido por Chifflet y Suiffet sobre efectos correlativos de probable naturaleza alérgica, entre los quistes múltiples a raíz de las intervenciones quirúrgicas. Tenemos otros casos que corroboran el aserto.

Quistes calcificados. — Tomamos como tales al discriminar las complicaciones a aquellos en que la calcificación adventicial es el signo más destacado en el hallazgo operatorio, y el factor dominante en la evolución post-operatoria.

2 en 94 pacientes. Operados, 2; curado, 1; fallecido, 1. Porcentaje, 50%.

Quistes con ictericia. — 3 en 94 pacientes. Porcentaje, 8.5%. Estado general previo: bueno, 1; mediocre, 4; malo, 3.

Operados, 6; curados, 4; fallecidos, 2. Porcentaje de fallecimiento, 33%.

No operados, 2: uno se trató en Servicio de Medicina; otro falleció en la mesa de operaciones antes de iniciarse la anestesia.

Destacamos: Obs. N° 82. — Varón de 10 años. Estado general malo. Ictericia con decoloración de materias fecales. Quiste multivesicular marchito, difícil de localizar. Vesícula de estasis (bilis negra). Evacuación. Drenaje indirecto. Colecistostomía. Curación. Quiste abierto en vías biliares que revela cómo las complicaciones de la hidatidosis hepática se dan también en niños.

Obs. N° 94. — Varón de 23 años. Desnutrido. Febril. Ictérico. Leucocitosis 42.600. Ganchos de tenia en materias fecales. Tratado en Sala de Medicina durante 14 días. Alta mejorado después de 4 días de apirexia. No consta en la historia porque no pasó al Servicio de Cirugía.

Obs. N° 89 y 95. — Serán consideradas en discriminación de fallecimientos.

QUISTES CON PARTICIPACION PLEURO PULMONAR

5 en 94 pacientes. Porcentaje, 5.3%. Estado general preoperatorio: mediano, 1; malo, 4.

Operados, 5; curados, 4; fallecidos, 1. Porcentaje de fallecimiento, 20 %.

Destacamos: Obs. Nº 21. — Varón 33 años. Gravisimo. Cuadro de derrame hidroaéreo derecho con fatiga y sofocación extremas. Torarotomía de necesidad. Pio-neumctórax hidatídico: gran cantidad de vesículas, membranas, pus a presión. Mejoría progresiva. Alta con esclerosis cicatricial de base derecha. Años más tarde, lobectomía en Montevideo por secuela pulmonar. En 1952 le hacemos esplenectomía por enorme quiste de bazo. Curación. Demuestra lo que hace la eqdinococosis y, por otra parte, lo que podemos hacer contra ella aún en situaciones desesperadas.

Obs. Nº 33. — Varón de 8 años. Derrame pleural serofibrinoso tomado por bacilar. Punciones reiteradas. P.A.S. y estreptomycin. Se nos pasa el enfermito cuando el líquido se enturbia. Toracotomía amplia. Se evacúa el líquido pleural. Pulmón colapsado, mediastino desviado, fijados por falsas membranas fibrinosas, que se extraen metódicamente. Al retirar las del diafragma, aparece la perforación pleural de un quiste monovesicular del hígado. Se abre el diafragma, se extrae la germinativa y se trata un segundo quiste. Drenaje sub-diafragmático indirecto. Sutura hermética del diafragma. Cierre de la toracotomía y drenaje aspirativo pleural retirado a las 48 horas. Ver placas. Curación. Pleuresia reacional derecha por comunicación quístico-pleural. Otro caso de complicación en niño que contradice lo que algunos aseveran.

Obs. Nº 34. — Se considerará en discriminación de fallecimientos.

SIEMBRA PERITONEAL

Espontánea 4 en 94 pacientes. Porcentaje 4,3 %

Operatoria 3 en 94 pacientes. Porcentaje 3,2 %.

Clasificamos como siembra operatoria los casos con antecedente próximo de operación por quiste de hígado, cuando no existe constancia de que antes hubiera siembra. Todos los casos dos, 6, 3 y 8 veces. En un total de 7 pacientes se hicieron 21 operaciones. Promedio: 3 operaciones por paciente.

A las curas operatorias por siembra peritoneal las consideramos relativas en todos los casos, porque el cirujano puede tener la certeza o la duda de que hayan quedado quistes en el vientre sin extirpar, pero jamás la seguridad de haberlos quitado a todos.

Destacamos el alto porcentaje de 3,2 % de siembras operatorias, lo que demuestra la necesidad de extremar las precauciones tendientes a impedir la infestación hidática quirúrgica.

RUPTURA EN VIENTRE — CUADRO AGUDO

4 en 94 pacientes. Porcentaje 4.3 %. Estado pre-operatorio: bueno 2; malo 2.

Operados 4: curados 3; fallecido 1. Porcentaje de fallecimiento 25 %.

Destacamos: Obs. N° 46. Perforación bloqueada por epiplón

Obs. N° 55. Varón 5 años. Diagnóstico: Apendicitis aguda. Mac Burney. Se confirma la apendicitis aguda. Apendicectomía. Se encuentra una vesícula hidática como un huevo de gallina libre entre las ansas intestinales. Al pretender extraerla se rompe. Secado. Toques de formol diluido y al eter. Lavado al suero. Se descubre en la cara inferior del hígado la brecha de la adventicia rota que evacuó la vesícula intacta. Curación.

Obs. N° 64. — Mujer. 49 años. Tumoración hepática. Cardiopatía. Ruptura en el hospital la víspera de la operación con cuadro sincopal. Anestesia local. Se evacúa el vientre de vesículas, toilette y drenaje. Marsupialización del quiste roto. Curación.

Obs. N° 14.— Se considera en discriminación de fallecimientos.

En total, de 94 pacientes. 40 presentaron quistes complicados; porcentajes 42.5 %

De los 40 pacientes con quistes complicados: 26 curaron; 7 curaron relativamente (casos de siembra peritoneal); 7 fallecieron. Porcentaje 17.5 %.

CRITICA DE LA CASUISTICA

De las 100 historias clínicas consideradas, resultan:

92 pacientes operados con Hidatidosis Hepática o siembra peritoneal confirmadas.

Un paciente se operó sin tratarle el quiste. Hay quistes que se palpan muy adentro en el hígado y se podrían abordar afrontando riesgos mayores, en zonas de control difícil o imposible. Cuando no se está preparado para ello, en virtud de dudas técnicas o de insuficiencia de equipo, es juicioso diferir la intervención para mejor oportunidad.

Dos pacientes se operaron tratándoseles solamente los quistes localizados en pulmones. Cuando la equinococosis es múltiple en hígado y pulmones, debe tratarse primero los quistes pul-

monares. En caso de que una complicación, inminente o declarada, exija dar prioridad al quiste hepático, se hará la intervención con anestesia general a ciclo cerrado e intubación, y con alistamiento para aspiración bronquial rápida, en caso de ruptura eventual del quiste de pulmón. De lo contrario, se operará con anestesia local. Será de orden una transfusión sanguínea y preparación biológica del paciente.

Cuatro pacientes se operaron sin confirmarse el diagnóstico de hidatidosis. En la Obs. N° 74: Diagnóstico radiológico de quiste de pulmón. Diagnóstico nuestro: quiste de hígado a evolución ascendente. Hallazgo operatorio: Eventración diafragmática con hernia de hígado (ver placa).

En las Obs. N° 93, 99 y 100 encontramos hígados quísticos congénitos o cisto-adenomas. Mostraremos la foto de una de esas piezas operatorias. Mucho nos tenemos que este error de diagnóstico lo sigamos cometiendo. Después de caer en la tercera equivocación ya es difícil corregirse. En nuestro medio, cuando clínicamente encontramos una tumoración quística pensamos en la hidatidosis mientras, a vientre abierto, no haya evidencia de lo contrario.

ADO PRE-OPERATORIO.— PROCEDIMIENTOS Y RESULTADOS OPERATORIOS

De los 92 pacientes con Hidatidosis Hepática o siembra peritoneal operados, el estado general pre-operatorio era:

Bueno 68; con 67 curados y 1 fallecido.

Mediocre 13; con 11 curados y 2 fallecidos.

Malo 11; con 7 curados y 4 fallecidos.

En los 92 pacientes operados, se hicieron 97 intervenciones sin contar las múltiples por siembra con los siguientes procedimientos:

Marsupializaciones y drenajes	65
Evacuación y cierre	22
Enucleaciones y Hepatectomía	10

Tres quistes cerrados debieron drenarse secundariamente.



HIGADO QUISTICO - CONGENITO

En el mismo acto operatorio se intervino sobre vías biliares realizando:

Colecistotomía	
Colecistostomías	3
Colecistectomías	
Coledocostomía	1

Los promedios de hospitalización post-operatoria fueron:

En los quistes marsupializados o drenados	80 días.
En los quistes cerrados curados sin incidentes 85 %	13 días.
En los quistes cerrados drenados secundariamente 15 %	100 días.
Promedio general en los cerrados	25 días.
En las quistectomías totales (incluidas tres colecistectomías hechas en el mismo acto)	24 días.

El post-operatorio hospitalario fué tres veces más prolongado en los quistes drenados que en los cerrados, diferencia au-

mentada considerablemente si se toma en cuenta que los pacientes con quistes marsupializados salen de alta antes del cierre de su herida para continuar curaciones, que a menudo se prolongan, en policlínica externa, o en las de origen, o a domicilio.

DISCRIMINACION DE FALLECIMIENTOS

Obs. N° 9.—Mujer, 6½ años. Estado general malo: Febri!, caquética. Tumorción bilobada de epigastrio e hipocondrio derecho bajo cicatriz mediana de operación anterior. Anestesia mixta: local, éter. Resección de la cicatriz. Quiste multivesicular supurado, enorme. Se visualiza en caras superior e inferior de lóbulo derecho. Parénquima con aspecto de hepatitis. Marsupialización. Sigue agravándose y fallece al 5° día de operada. Caquexia e insuficiencia hepática.

De 100 pacientes considerados fallecieron 8, porcentaje 8%.

En esta enferma no constan datos de la intervención anterior, pero presumiblemente fué por quiste y, dados el tamaño y la característica del qué motivó la segunda intervención cabe pensar en una recidiva local por evacuación incompleta. De cualquier modo, este es un caso en que el desarrollo enorme del quiste, la complicación supurada y su repercusión sobre el hígado y la economía, ponen a la afección más allá de todos los recursos terapéuticos.

Obs. N° 14.—Varón, 10 años. Estado general malo: Febri!, Ictericia. Decoloración de materias fecales. Hepatomegalia. Defensa abdominal. Anestesia: éter. Quiste de lóbulo derecho. Se visualiza en cara superior y senstata ruptura en cara inferior. Supurado. Peritonitis generalizada. Toilette y drenaje del vientre. Marsupialización del quiste. Sigue agravándose y falece al 2° día de operado.

En este enfermo se dieron todas las complicaciones del quiste para situarlo fuera de las posibilidades terapéuticas.

Obs. N° 18.—Mujer, 15 años. Estado general malo. Hepatomegalia. Diafragma muy levantado. Casoni. Anestesia mixta: local, éter. Quiste de lóbulo derecho, cara superior. Multivesicular. Enorme. Supjurado. Hepatitis. Evacuación de varios litros. Marsupialización. Post-operatorio: biliragia intensa; ictericia; vómitos biliosos. Cuadro pulmonar. Fallecida al 5° día de operada.

Otra enfermita en que la afección ya estaba fuera de nuestro alcance. Esta paciente con 15 años y el anterior con 19 y los otros de corta edad que presentaron complicaciones serias pero

fueron curados, desmienten el aserto de que los quistes no son graves en niños o jóvenes.

Obs. N^o 51.—Varón, 9 años. Estado general: bueno. Tumoración palpable en hipocondrio derecho. Anestesia: éter. Quiste emergente de lóbulo derecho, cara ántero superior. Monovesicular. Hialino. Se intenta la enucleación (quistectomía) sin punción formolizadora previa. Ruptura operatorio del quiste. Secado. Toques al formol. Resección parcial de la adventicia redundante. Cierre y abandono. En el post-operatorio inmediato shock. Transfusión. Tonificación. Perce recuperado. A las 15 horas agravación y fallece a las 17 horas de operado por probable shock anafiláctico.

Nos asignamos la total responsabilidad de esta muerte. Es el único caso que perdimos en 68 operados con estado general bueno. Se debió el fracaso a defecto de técnica y no al procedimiento de la quistectomía que lo juzgamos excelente cuando su indicación es cabal.

Obs. N^o 60.—Varón, 47 años. Estado general: mediocre. Hepatomegalia. Casoni. Anestesia local. Quiste de lóbulo derecho, cara superior. Multivesicular. Supurado. Calcificado. Hepatitis. Litiasis biliar. Marsupialización. Colectostomía. En el post-operatorio bilirragias muy intensas consecutivas a los desprendimientos parciales de grandes placas calcáreas. Caquexia final. Fallecimiento a los 5 meses de operado.

El quiste de este paciente, una vez evacuado, mostraba una calcificación tan completa, que sonaba al golpearla por dentro, como la cáscara de un huevo de aveztruz vaciado, a la percusión interna. El desmoronamiento de los trozos calcáreos de la pared adventicial en el post-operatorio, daba hemorragias dramáticas. El mechado para cohibirlas producía tensión y dolor intolerable. Al retirar las mechas nuevos disloques calcareos renovaban las penosas escenas. Así presenciarnos impotentes el asolamiento progresivo del enfermo durante meses. Este caso y otros que no podemos nombrar porque no nos pertenecen, peor cuyas consecuencias fatales hemos apreciado, nos han vuelto muy parcos en el tratamiento quirúrgico de los quistes con calcificación adventicial. Si son asintomáticos y en personas de edad, preferimos por el momento, la abstención.

Obs. N^o 84.—Mujer, 39 años. Estado general malo: Febril; desnutrida. Expectoración purulenta con ganchos. Sombra de base pulmonar derecha con deformación diafragmática. Anestesia: gases. Toracotomía amplia con resección costal. Diafragma muy adherente al pulmón. Se incide en el diafragma y se constata un gran quiste de lóbulo derecho.

cara superior, que, aislado se abre e inicia la evacuación a cuchara; enorme cantidad de vesículas degeneradas, pus y membranas, aereadas por la comunicación bronquial amplia. Difunde el anestésico por la misma vía. Se produce un colapso cardio-respiratorio. A tórax abierto y debido al escape de aire bronco-quístico no se puede hacer respiración dirigida. La enferma no se recupera y fallece en el acto operatorio.

Este caso tiene el valor de una lección de cosas. La deformación diafragmática, la participación pulmonar y la comunicación bronquial decidieron la toracotomía. En el curso de la intervención se creyó que evacuado el quiste, a tórax abierto tal vez se pudiera tratar en el mismo acto la complicación pulmonar. Fué un error de táctica: la gran brecha bronco-quística y la falta de presión negativa pleural hicieron inoperante el ciclo cerrado y no fué posible re-expandir ese pulmón, ni siquiera oxigenar debidamente el otro. Nada se pudo hacer, pues, cuando sobrevino el colapso. Si una vez expuesto el quiste, se hubiera cerrado la cavidad pleural suturando herméticamente los bordes de la incisión diafragmática a la incisión parietal, previa re-expansión pulmonar controlada, como lo hacemos siempre, para luego tratar el quiste, quizás las cosas hubieran marchado mejor. Por otra parte, dado el gran tamaño del quiste, acaso se alcanzara por vía abdominal pura, con anestesia local, y se pudiera evacuarlo y marsupiarlo. Más adelante, recuperada la enferma, se habría tratado la complicación pulmonar.

Obs. N° 89.— Varón, 34 años. Estado general: mediocre. Ictericia; dispepsia hepática; heces hipocoloreadas, no se encontraron ganchos. Tubaje duodenal no da bilis. Tumoración hipocondrio derecho. Casoni negativo. Anestesia: éter. Se opera con transfusión. Quis de lóbulo derecho abombando en caras superior e inferior. Vesícula biliar vacía. Al puncionar para formalización previa, la gran tensión intraquistica rechaza el émbolo de la jeringa; escapa líquido entre la aguja y la adventicia. Pasados 5 minutos, se usa el aspirador de Finochietto. La germinativa obstruye el trocar que se retira. Quiste univesicular. Cara externa de la germinativa muy teñida de bilis. Secado. Toilette al formol. Convulsiones epileptoides durante la intervención. Se mecha provisoriamente la cavidad adventicial mientras se tratan las vías biliares. Colédoco distendido por bilis negra. Se abre, se evacúa. Su exploración no permite llegar al duodeno. Coledoscotomía mediante sonda de Pezzer descabezada. Nuevas convulsiones epileptoides. Al terminar el cierre de la pared, paro cardíaco. Toracotomía rápida. Masaje de corazón directo sin resultado. Fallecimiento que juzgamos debido a shock tóxico hidatídico.

A este caso le atribuimos un extraordinario interés y junto con otros semejantes de operados por quistes de pulmón, ha determinado nuestro criterio actual sobre la necesidad absoluta de preparación biológica en pre-operatorio, de los pacientes equinocócicos.

En efecto, este enfermo en razón de su estado, se intervino con precauciones. Se previó la acción sobre vías biliares y se hizo transfusión de entrada (con alginodia). No hubo hemorragia operatoria. El tiempo coledociano se cumplió con toda normalidad, sin el mínimo percance. Pero véase qué, a pesar de haber una ictericia obstructiva y estar teñida la vesícula hidática no se había abierto, estaba intacta y tenían gran tensión. No había pasado, pues, contenido hidático a la vía biliar. La obstrucción era comprensiva, o por exfoliación cuticular o por cualquier otro mecanismo. **El Casoni, precoz y tardío, era absolutamente negativo**, hasta el punto que hizo dudar a algún compañero del diagnóstico de hidatidosis. Es presumiblemente, pues, que no hubiera defensas biológicas contra la agresión parasitaria. La brusca irrupción del líquido hidático en las vías biliares, en un terreno ya afectado por la ictericia, fué lo que obró, para nosotros, por efecto tóxico y alérgico, puesto que el paciente no estaba hipersensibilizado sino, por lo contrario, virgen desde el punto de vista biológico hidatídico, como lo prueba el Casoni negativo. Nuestra apreciación parecerá teórica. Sobran explicaciones para una muerte quirúrgica, pero nos tocó vivir angustiosamente este caso y queremos decir con lealtad, como lo vemos. Creemos además que da tema amplio para la investigación.

Obs. Nº 95.— Varón, 28 años. Estado general: mediocre. Ictericia dos meses antes. Tumoración dolorosa del hipocondrio derecho. Diagnóstico clínico: quiste hidático supurado del hígado. Sobrino de un colega que lo preparó correctamente para la intervención con vitaminas, penicilina, sueros, etc. Medicación preanestésica una hora antes con morfina-atropina. Sube por sus medios a la sala de operaciones. Al tenderse en la mesa, síncope cardíaco y muerte antes de iniciarse la anestesia.

Si en este caso se hubiera realizado la anestesia o la operación la muerte se pondría a cargo de los rubros respectivos, y la hidatidosis habría salvado su inocencia.

Sólo acotamos la observación de que el quiste hidático también mata bruscamente.

CONCLUSIONES

Nuestra estadística con 8% de mortalidad confirma —al igual que muchas levantadas en distintos países y lugares— la gravedad, que actualmente nadie cuestiona, de la Equinococosis Hepática.

Pero, deteniéndose en su examen, es fácil notar que la gravedad del Quiste Hidático del Hígado no es absoluta sino contingente. Véase que:

De 68 pacientes operados con buen estado general, murió 1. Porcentaje 1,5%.

De 13 pacientes operados con mediocre estado general murieron 2. Porcentaje 15%.

De 11 pacientes operados con mal estado general, murieron 4. Porcentaje 36%.

Según el estado general previo del paciente, pasamos desde una mortalidad quirúrgica normal, a una mortalidad elevada y a una mortalidad "record".

En lo referente a las complicaciones, en un total de 94 pacientes hubieron 40 con quistes complicados. Porcentaje 42,5%.

De los 40 pacientes con quistes complicados, murieron 7. Porcentaje 17,5%.

Alto porcentaje de quistes complicados que, a su vez, dieron alta mortalidad.

Visto así el Quiste Hidático del Hígado no sería tan grave como agravable. Mientras no se complica, no es grave. Si se le toma durante el período de expresión clínica puramente tumoral, puede alcanzarse la cura casi en un cien por ciento de los casos.

Lo peor es que, mientras no se complica, sólo se manifiesta en un 60% de los casos.

Se hace grave, en cambio, el quiste cuando se complica, y gravísimo cuando las complicaciones se suman afectando progresivamente el estado general, y comprometiendo la suerte de la terapéutica quirúrgica.

Descontados los casos de fallecimiento, es, así mismo, muy serio el problema asistencial que plantea el Quiste Hidático de Hígado.

En 97 operaciones, se hicieron como tratamiento de necesidad de la cavidad residual, 65 drenajes, con un porcentaje de 67 %.

Estos quistes drenados hicieron una hospitalización promedial post-operatoria de 80 días, lo que es realmente desastroso en el orden sanitario, económico y social.

Acaso nos salgamos de la cuestión, pero nos hemos propuestos ser prácticos y sacar algunas consecuencias útiles de nuestro trabajo.

Hemos de establecer, pues, algunas precisiones y propósitos.

1º La Equinococosis está difundida en el país bastante más de lo que se cree. Hay zonas reputadas como hidatidógenas. Nosotros hemos visto familias enteras con quistes hidáticos, incluidos niños de pocos años con equinococosis múltiple.

2º La profilaxis en nuestro país es deplorable y está en situación opuesta a lo que se ha hecho en investigación y tratamiento de la hidatidosis. Apenas si se aprecia el resultado de alguna propaganda educativa.

En cambio los Dispensarios Móviles de la Cruzada Antituberculosa Nacional han realizado mucho, indirectamente, en el orden asistencial de la hidatidosis, descubriendo a tiempo centenares de quistes pulmonares y de hígado con deformación diafrágica, desconocidos.

El número de nuestros operados de pulmón es mayor que el de hígado desde que actúan los Dispensarios Móviles en campaña.

Se impone hallar un procedimiento análogo para la investigación colectiva de la Equinococosis Hepática, especialmente en los lugares reconocidos como hidatidógenos.

Hay que encontrar el quiste a tiempo y donde esté.

Hemos programado emprender enseguida, personalmente, en nuestro medio. —con la colaboración que descontamos de excelentes colegas de la campaña y el apoyo de las autoridades—, una búsqueda mediante una primer etapa prediagnóstica selectiva a base de reacciones de Casoni.

Esperamos con tal encuesta descubrir muchos quistes de hígado en óptimas condiciones de tratamiento y localizar las zo-

nas más afectadas. De esto podrán derivar consecuencias proféticas directas. Oportunamente reportaremos el resultado de esa búsqueda.

Y terminamos; sin ofrecer nada nuevo, como no sea novedad un reverente acatamiento a lo que ya enseñaron los viejos maestros.

Nos inclinamos ante ellos y dejamos expresado, asimismo, nuestro homenaje a los investigadores compatriotas maduros o jóvenes que en las disciplinas de la Cirugía, la Clínica, la Anatomía Patológica, la Radiología, la Biología y el Laboratorio, han logrado tantos y tan buenos progresos en el conocimiento de la Equinococosis, para brillo de la ciencia nacional.

El año pasado, lejos de la tierra, en París, hojeando la última edición del libro de Dévé "L'Echinococcose Primitive" sentí verdadero halago patriótico al constar con cuanta frecuencia y respeto mencionaba el sabio, los trabajos de la Escuela uruguaya.

Pero quiero inclinarme también ante la gran escuela de Médicos y Cirujanos que son los Hospitales del Interior, con ese material generoso, espléndido, virgen y variado que brindan a la formación profesional y que, deplorablemente, no se aprovecha bastante en la enseñanza.

Dijo Soca que en la Facultad se aprende sólo lo necesario para no hacer barbaridades. La preparación realmente activa viene después y se hace en el hospital. En el modesto hospital de nuestro pueblo y en más de 25 años de trajín cotidiano maduramos profesionalmente, en forma un tanto autodidacta, señora, con grandes lagunas, sin duda. De cualquier modo, estamos satisfechos y agradecidos.

Vaya nuestro reconocimiento al Director del Centro Dptal. de Tacuarembó, Dr. Alberto Barragué, que nos tributó siempre su confianza; a los que fueron excelentes compañeros de tareas Dres. Justino Menéndez, Remigio Lamas, Luis Magnone, nuestro ilustrado asesor en tórax; al Dr. Victorino Pereira que lleva cinco lustros trabajando con nosotros en estrecha colaboración y amistad; a los colegas del interior que siempre nos han remitido pacientes de sus zonas respectivas, con invariable confianza, los Dres. Fernández Lascano, Alipio Ferreira, Enrique Ros y Juan C. Lockhart; a nuestro excelente amigo y predilecto compañero pa-

ra la cirugía mayor Dr. Elías Abdo, de rara habilidad quirúrgica y con 25 años de dedicación honoraria, asidua, a las tareas hospitalarias. en record ejemplar; y, por último, al Dr. J. Javier Rodríguez, quien tras ganar una beca de perfeccionamiento, aceptó radicarse entre nosotros trayéndonos la anestesia a ciclo cerrado, que tanto elevará el nivel de nuestras posibilidades quirúrgicas.

BIBLIOGRAFIA NACIONAL

- Abdo, E. y Rios, B.**—Síndrome apendicular por quiste hidático secundario del meso-apéndice. Boletín de la Soc. Médico-quirúrgica del C. de la Rep. 1943.
- Agustoni, A. y Soto Blanco.**—Quiste hidático del hígado abierto espontáneamente en peritoneo. Anales Facultad de Medicina. 1927.
- Agustoni, A. Garat, J. M. y Gaggioni, E.**—Consideraciones sobre la vía de acceso por la undécima costilla. VIII Congreso Médico del Sud-Oeste. 1950.
- Andreon, E.**—A propósito del abordaje de los quistes centrales del hígado. Archivos Urug. de Med. Cir. y Espec. 1939.
- Andreon, E. y Bermudez, O.**—Quistes hidáticos de región diafragmática izquierda. Archivos Urug. de Med. Cir. y Espec. 1946.
- Ardao, H.**—Quistes hidáticos múltiples. Anales Facultad de Medicina. 1935.
- Ardao, H.**—Hidatidosis pulmonar secundaria. Un raro mecanismo de injerto. A. Monteverde y Cía. Montevideo, 1942.
- Ardao, H.**—Quistes hidáticos del diafragma. Archivos Urug. de Med. Cir. y Espec. 1946.
- Ardao, H.**—Contribución al estudio de la adventicia en los quistes hepáticos drenados. Boletín de la Soc. de Cirugía del Urug. 1948.
- Ardao, H.**—El quiste hidático del hígado fistulizado en los bronquios. Estudio anatómico. Boletín de la Soc. de Cirugía del Urug. 1950.
- Armand Ugón, Máximo.**—Pio-neumo-quiste hidático del hígado. Boletín de la Soc. Médico-quirúrgica del C. de la Rep. 1939.
- Armand Ugón, V.**—Hidato peritoneo y coleperitoneo hidático. Anales Facultad de Medicina. 1928.
- Arrizabalaga, G.**—Quistes hidáticos múltiples. Tratamiento de los quistes del hígado. Revista M. del Urug. 1920.
- Berhouet, A.**—Contribución al estudio del coleperitoneo hidático y la hidatidosis peritoneal. Anales de la Facultad de Medicina. 1929.
- Berhouet, A.**—Quistes hidáticos sub-frénicos centrales a evolución torácica. Abordaje transpleural con pleura libre. Boletín de la Soc. Médico-quirúrgica del C. de la Rep. 1943.

- Blanco Acevedo, E.**—Práctica Quirúrgica. Simposio sobre equinocosis. Montevideo, 1947.
- Blanco Acevedo, E. y Morador, J.**—Los quistes hidáticos de la logia esplénica. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1947.
- Bortagaray, C. A.**—El quiste hidático en nuestro medio. Actas y Trabajos del 1er. Congreso Asoc. M. Lit. N. Urug. 1944.
- Calleri, E. M. e Iglesias Castellanos, J.**—El quiste hidático en el Hospital Durazno. Boletín de Soc. Médico-quirúrgica del C. de la Rep. 1933.
- Calleri, E. M. e Iglesias Castellanos, J.**—Complicaciones peritoneales de los quistes hepáticos. Boletín de la Soc. Médicoquirúrgica del C. de la Rep. 1934.
- Calleri, E. M.**—Abordaje de los quistes ascendentes del hígado. Boletín de la Soc. Médico-quirúrgica del C. de la Rep. 1937.
- Calleri, E. M. y Pastor, E.**—Neumotórax hidático. Neumotórax parahidático. Boletín de la Soc. Médico-quirúrgica del C. de la Rep. 1938.
- Calleri, E. M.**—Peritonitis enquistada de origen hidático. Boletín de la Soc. Médico-quirúrgica del C. de la Rep. 1939.
- Castagnetto, L.**—El quiste hidático en Tacuarembó. 1er. Congreso Médico Nacional. Rev. M. del Urug. 1916.
- Castiglioni Alonso, H.**—Quiste hidático del hígado abierto en la vena cava. Archivos Internacionales de la hidatidosis. 1935.
- Cendán Alfonso, J. E.**—Relaciones de la hidatidosis hepática con la litiasis biliar. Tesis de doctorado. Anales de la Facultad de Medicina. 1948.
- Chifflet, A. y Ardao, H.**—Equinocosis peritoneal secundaria. Anales Facultad de Med. 1935.
- Chifflet, A. Musso, R.**—El desprendimiento de la adventicia en los quistes operados del hígado. Anales de la Facultad de Med. 1938.
- Chifflet, A. y Suiffet, W.**—Supuración metastática en las equinocosis múltiples. Anales de la Facultad de Med. 1938.
- Chifflet, A.**—Técnica operatoria de la equinocosis peritoneal múltiple. Archivos Urug. de Med. Cir. y Espec. 1939.
- Chifflet, A.**—Equinocosis peritoneal. Boletín de la Soc. de Cir. del Urug. 1939.
- Chifflet, A.**—Tratamiento médico de la equinocosis. "El Día Médico Uruguayo". 1942.
- Chifflet, T. y Suiffet, W.**—Quistes hidáticos abiertos en vías digestivas. Boletín de la Soc. de Cir. del Urug. 1942.
- Chifflet, A. y Llopart, J.**—Equinocosis hepática y riñón derecho. Boletín de la Soc. de Cir. del Urug. 1946.
- Chifflet, A.**—La equinocosis hepática es una afección hepato-biliar. Archivos Urug. de Med. Cir. y Espec. 1949.
- Chifflet, A.; Ormaechea, C. y Varela, R.**—Síndromes vesiculares agudos en la hidatidosis hepática. 2do. Congreso Urug. de Cirugía. 1952.
- Del Campo, J. C.**—Sobre la topografía de la siembra hidática. Anales de la Facultad de Med. 1929.

- Del Campo, J. C.**— Estudio sobre las colecciones peritoneales originadas por la ruptura intraperitoneal de un quiste hidático. Informe Oficial. Congreso Médico del Centenario, 1930.
- Del Campo, J. C.**— Pseudo tuberculosis hidática peritoneal. Boletín de la C. S. de Anatomía Patológica, 1930.
- Del Campo, J. C. y Castiglione, J. C.**— Hidatidosis peritoneal secundaria sub-diafragmática. Boletín de la Soc. de Cirugía del Urug. 1931.
- Del Campo, J. C.**— Ruptura intraperitoneal de quiste hidático. Peritonitis plástica perihidática. Archivos Urug. de Med. Cir. y Espec. 1940.
- Del Campo, J. C.**— Peritonitis crónica de origen hidático con o sin bilis. Boletín de la Soc. de Cirugía del Urug. 1940.
- Del Campo, J. C.**— Quistes hidáticos calcificados del hígado. Archivos Uruguayos de Med. Cir. y Espec. 1950.
- Delgado, A. M.**— Quiste hidático. Profilaxis. Revista Médica del Este. Nº 19, 1953.
- Etchegorry, F.**— Coleperitoneo hidático agudo traumático. Boletín de la Soc. de Cirugía del Urug. 1940.
- García Capurro, F. y Piaggio Blanco, R.**— Semiología clínico-radiológica de las tumoraciones del abdomen. Montevideo, 1946.
- García Lagos, H.**— A propósito de los quistes del hígado abiertos en las vías biliares. Anales de la Facultad de Medicina, 1925.
- Garra, A. y Astiazarán, M.**— Reacción de Casoni en el quiste hidático. Archivos Urug. de Méd. Cir. y Espec. 1933.
- Graña, A.**— Acción del tratamiento biológico de la hidatidosis y la llamada "seudo-litiasis de origen hidático". Boletín de la Soc. de Cirugía del Urug. 1943.
- Graña, A.**— Investigaciones biológicas en el quiste hidático del hígado abierto en vías biliares. Archivos Urug. de Med. Cir. y Espec. 1944.
- Graña, A.**— La alergia en Cirugía. Boletín de la Soc. de Cirugía del Urug. 1944.
- Graña, A.**— El diagnóstico biológico de la hidatidosis. Boletín de la Soc. de Cirugía del Uruguay, 1945.
- Graña, A. y Gaudiano, P.**— El mecanismo de la pseudo-litiasis biliar de origen hidático. Boletín de la Soc. de Cirugía del Uruguay, 1945.
- Lamas, A.**— Lucha contra la hidatidosis. Archivos Internacionales de la Hidatidosis, 1937.
- Lamas Pouey, E.**— A propósito de un caso de quiste hidático del hígado abierto en vías biliares. Boletín de la Soc. de Cirugía del Urug. 1931.
- Lamas Pouey, E.**— Sobre un caso de coleperitoneo hidático. Boletín de la Soc. de Cirugía del Urug. 1940.
- Larghero Ibarz, P.**— Saculización cortical hidática exógena. Boletín de la Soc. de Cirugía del Urug. 1932.
- Larghero Ibarz, P.; Purriel, P. y Ardao, H.**— Pionemotórax hidático. Montevideo, 1935.
- Larghero Ibarz, P.**— Cole-pionemotórax hidático y fistulización hepato-brónquica. Archivos Urug. de Med. Cir. y Espec. 1937.

- Larghero Ibarz, P.**—Peritonitis hidática aguda por rotura de quiste hidático del hígado en el peritoneo. Boletín de la Soc. de Cirugía del Urug. 1940.
- Larghero Ibarz, P.**—Hemorragia espontánea en un quiste hidático del hígado con hidátide intacta. Boletín de la Soc. de Cirugía del Urug. 1948.
- Larghero Ibarz, P.**—Equinococosis secundaria del peritoneo a topografía exclusivamente epiploica. Boletín de la Soc. de Cirugía del Urug. 1590.
- Lasnier, E.**—Quiste hidático abierto en las vías biliares. Bol. Soc. de Anat. Patol. de Montevideo. 1930.
- Lasnier, E.**—Quiste hidático abierto en la vesícula biliar. Bol. Soc. de Anat. Patol. de Montevideo. 1930.
- Lasnier, E.; Ardao, H. y Cassinelli, J.**—Estudio del tejido de granulación de la adventicia de un antiguo quiste hidático del hígado operado. Archivos Urug. de Med. Cir. y Espec. 1947.
- Leunda, J. y Dominguez, C. M.**—Quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares. Anales de la Facultad de Med. 1925.
- Liesegang, W.**—Consideraciones sobre la hidatidosis. Archivos Uruguayos de Med. Cir. y Espec. 1950.
- López Lindner, J.**—Equinococosis. 1er. Congreso Médico Nacional. Montevideo, 1916.
- Marella, M.**—Quistes hidáticos del hígado abiertos en vías biliares. Tesis de doctorado. (Inédito. Gentileza del autor).
- Menéndez, J.**—Consideraciones sobre la laparofrenotoracotomía. Boletín de la Soc. Med. Quirúrg. del C. de la Rep. 1935.
- Mernies, G.**—Quiste hidático del hígado. 1er. Congreso Urug. de Cirugía. 1950.
- Méroia, L.**—Cómo abordamos la cara superior del hígado. Incisión tóraco-abdominal. 1er. Congreso Médico Nacional. Rev. Med. del Urug. 1916.
- Morador, J. L.**—El cólico hepático de origen hidatídico. Montevideo. 1936.
- Morador, J. L.**—Estudio Radiológico en el diagnóstico de los quistes hidáticos de la cara convexa del hígado. Anales del A. de Clin. Quirúrgica. 1937.
- Morador, J. L.**—Quistes hidáticos de la cara superior del hígado. Estudio clínico. Directivas generales del tratamiento. Anales del A. de Clin. Quirúrgica. 1937.
- Nario, C. y Campistegui, J. C.**—Quistes del hipocondrio izquierdo con síndrome de disfagia. Anales de la Fac. de Medicina. 1924.
- Orihuela, J.**—Consideraciones sobre un caso de rotura espontánea de la adventicia de un quiste hidático del hígado seguido de coleperitonitis difusa, y de aborto del huevo hidático entero en el peritoneo. Anales de la Facultad de Med. 1935.

- Otero, J.—Pio neumo quiste hidático del hígado. Boletín de la Soc. de Cirug. del Urug. 1937.
- Pazos, J. F.—Estadística de mortalidad por quiste hidático. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1934.
- Percovich, J. O.—Consideraciones sobre hidatidosis hepática en Treinta y Tres. Revista de la Asoc. Med. del Este. 1946.
- Pérez Fontana, V.—Quistes hidáticos rotos en el peritoneo. Anales de la Facultad de Med. 1932.
- Pérez Fontana, V.—Las membranas de enquistamiento consecutivas a la rotura de quistes hidáticos en el peritoneo. Anales de la Facultad de Med. 1932.
- Pérez Fontana, V.—Quistes hidáticos pediculados y bilobados de la cavidad abdominal. Anales de la Facultad de Medicina. 1933.
- Pérez Fontana, V.—Mortalidad por quiste hidático del hígado en la Rep. O. del Urug. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1934.
- Pérez Fontana, V.—Echinococose peritoneale vesiculeuse enkystée. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1937.
- Pérez Fontana, V.—Proyecto de Ley de Profilaxis de la Hidatidosis. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1937 y 1938.
- Pérez Fontana, V.—Epidemiología de la hidatidosis en el Uruguay con especial referencia a los países del Río de la Plata. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1937.
- Pérez Fontana, V.—Idem. Estadística retrospectiva. 1938.
- Pérez Fontana, V. y Scaltritti, R.—Contribución al estudio de las reacciones suerológicas de la hidatidosis. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1941.
- Pérez Fontana, V.—Tratado de la Hidatidosis. Imprenta Nacional. Montevideo. 1944.
- Pérez Fontana, V.—Echinococcus multilocularis sive alveolaris sive bá varotiroloensis. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1946.
- Pérez Fontana, V.—Concepto biológico de la enfermedad hidática. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1946.
- Pérez Fontana, V.—Neumo quiste hidático con tensión. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1946.
- Pérez Fontana, V.—Estudio analítico sobre 633 fichas de denuncias de hidatidosis humana. Arch. Internacionales de la Hidatidosis. 1948.
- Pérez Fontana, V.—Origen, desarrollo y extensión de la hidatidosis en América. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1949.
- Pérez Fontana, V.—El cloruro de sodio en la profilaxis de la hidatidosis. 4º Congreso Int. de la Hidatidosis. Santiago de Chile. 1952. (Resumen).
- Pérez Fontana, V.—Patología y Tratamiento del Quiste Hidático del Hígado y del Pulmón. Tratado de Cirugía del Prof. Soler Roig. Barcelona. (En prensa. Gentileza del autor).

- Piaggio Blanco, R. y Garcia Capurro, E.**—Hidato-peritoneo. Valor de la punción y del neumoperitoneo para su diagnóstico. Archivos Urug. de Med. Cir. y Espec. 1937.
- Piaggio Blanco, R. y Dubourdieu, J. (hijo)**—Síndromes hepato-vesiculares en las diversas etapas evolutivas de los quistes hidáticos del hígado. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1941.
- Piaggio Blanco, R.**—Ascitis por rotura intraperitoneal de los quistes hidáticos viscerales del abdomen. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1946.
- Piquerez, C. y Morador, J. L.**—La disfagia en los quistes hidáticos de la cara superior del lóbulo izquierdo del hígado. Anales del A. de Clín. Quirúrgica. 1934.
- Piquerez, C.**—La albuminuria en los quistes hidáticos del hígado. Anales del A. de Clín. Quirúrgica. 1935.
- Piquinela, J. y Purriel, P.**—Quistes hidáticos del hígado abiertos en los bronquios. Boletín de la Soc. de Cirugía del Urug. 1940.
- Prat, D. y Piquerez, C.**—Quistes hidáticos del hígado abiertos en vías biliares. Anales de la Facultad de Medicina. 1925.
- Prat, D.**—Sintomatología del coleperitoneo hidático y del hidatoperitoneo. Informe Oficial. Congreso Médico del Centenario. 1930.
- Prat, D.**—Consideraciones sobre complicaciones de la hidatidosis hepato-peritoneal. Anales de la Facultad de Medicina. 1930.
- Prat, D. y Paiva, P.**—Quiste hidático del hígado abierto en vías biliares y complicación de fractura patológica de fémur derecho. Boletín de la Soc. de Cirugía del Urug. 1943.
- Prat, D.**—La saculización hidática como agente de recidiva y de retardo en la curación del quiste hidático. Archivos Urug. de Med. Cir. y Espec. 1944.
- Prat, D.**—Sobre cólico hepático pseudo-litiásico o cólico hepático hidatídico. Boletín de la Soc. de Cirugía del Urug. 1945.
- Prat, D.**—Quiste hidático de la región diafragmática derecha. Archivos Urug. de Med. Cir. y Espec. 1946.
- Prat, D.**—Comunicación al Congreso de la Hidatidosis de Durazno. Anales de la Facultad de Medicina. 1947.
- Prat, D.**—Comunicación al 1er. Congreso Internacional de la Hidatidosis. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1947.
- Prat, D.**—Complicaciones y secuelas del quiste hidático. ¿Es la hidatidosis una afección benigna como se ha considerado hasta ahora? Anales de la Facultad de Medicina. 1947.
- Prat, D. y Medoc, J.**—Quistes hidáticos calcificados. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1950.
- Prat, D.**—La vía parapleurale en el tratamiento de los quistes hidáticos del centro frénico o póstero superiores del hígado. 49 Congreso Int. de la Hidat. Santiago de Chile. 1952. (Resumen).
- Rios, B. y Magnone, L. A.**—Pneumotórax hidático. Boletín de la Soc. Med. Quirúrg. del C. de la Rep. 1939.

- Rios, B.**— Una variante personal en la intervención en dos tiempos por quiste hidático pulmonar. Boletín de la Soc. Méd. Quir. del C. de la Rep. 1942.
- Rios, E.**— Puntualizaciones sobre el taponamiento sub-costal en la intervención por quiste hidático pulmonar. Bol. de la Soc. Méd. Quir. del C. de la Rep. Junio, 1943.
- Rios, E. y Lamas, R.**— Tratamiento biológico de la hidatidosis pulmonar abierta. Boletín de la Soc. Méd. Quir. del C. de la Rep. Dcbre. 1943.
- Rios, E.**— Enfisema mediastinal consecutivo al 1er. tiempo (Extrapleural) de una intervención por hidatidosis pulmonar. Boletín de la Soc. Méd. Quir. del C. de la Rep. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1946.
- Rios, E.**— Quiste hidático en botón de camisa tóraco-parietal. Archivos Urug. de Med. Cir. y Espec. 1947.
- Rios, E.**— La extirpación total de los quistes hidáticos del hígado. Boletín de la Soc. Méd. Quir. del C. de la Rep. 1948.
- Rios, E.**— Varices de pierna derecha por quiste hidático de hígado. Boletín de la Soc. Méd. Quir. del C. de la Rep. 1949.
- Rios, E.**— Hígado quístico congénito. Boletín de la Soc. Méd. Quir. del C. de la Rep. 1949.
- Rios, E.**— Quiste hidático y vesícula biliar. Piezas operatorias. 2º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1951.
- Roldán, A.**— Quistes hidáticos. Estadística del H. Galán y Rocha. Paysandú. 1918-24. Anales de la Facultad de Medicina. 1925.
- Roldán, A. y Grille Cendan, V.**— Hidatoperitoneo. Rev. de la Soc. Méd. Quir. de Paysandú. 1937.
- Scaltritti, R.**— Tratamiento biológico de la hidatidosis. Archivos Internacionales de la Hidatidosis. 1948.
- Soto Blanco, J.**— Quistes hidáticos de la región diafragmática derecha. Archivo Urug. de Med. y Cir. y Espec. 1946.
- Suárez, H. y Victorica, A.**— Tratamiento de los tránsitos hidáticos hepato-pulmonares transdiafragmáticos. Boletín de la Soc. de Cir. del Urug. 1950.
- Suárez Meléndez, J.**— Quistes hidáticos calcificados de hígado. Formas fistulizadas. Archivos Urug. de Med. Cirugía y Espec. 1947.
- Suiffet, W.**— Ruptura aislada de la adventicia hidática hepática, con retención de la hidátide íntegra. Boletín de la Soc. de Cirug. del Uruguay. 1943.
- Suiffet, W.**— Peritonitis bilio-hidática aguda. Boletín de la Soc. de Cir. Del Urug. 1945.
- Suiffet, W.**— Consideraciones terapéuticas sobre quistes hidáticos de hígado abiertos en vías digestivas. Anales de la Facultad de Med. de Montevideo. 1946.

- Tálice, R. V.**— Profilaxis del quiste hidático en el Uruguay. Archivos Urug. de Med. Cir. y Espec. 1934.
- Urioste, J. P. y Piaggio Blanco, R.**— Ictericia por retención en un quiste hidático cerrado de lóbulo derecho de hígado. Anales de la Facultad de Medicina. 1934.
- Urioste, J. P. Piaggio Blanco y Atagaveytía.**— Dos casos de quiste hidático del hígado abiertos en la vena cava inferior. Archivos Urug. de Med. Cirug. y Espec. 1936.
- Varela Fuentes, B.; Coronel, J. y Rubira, N.**— Particularidades de la ictericia en el quiste hidático abierto en vías biliares. Archivos Urug. de Med. Cir. y Espec. 1943.
- Volpe, A.**— Peritonitis biliosa de origen hidático (coleperitoneo hidático). Boletín de la Soc. de Cir. de Urug. 1940.
- Zerbino, V.**— El quiste hidático en el Uruguay. (1913-1917). Reimpreso en Arch. Inter. de la Hidatidosis. 1937.
- Zerbino, V.**— Relaciones entre el quiste hidático del niño y del adulto. Anales de la Facultad de Medicina. 1920.