

Sr. PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. Homero Cosco Montaldo.

QUISTE HIDATICO DE HIGADO A SINTOMATOLOGIA MINIMA O NULA

Prof. Agr. Homero Cosco Montaldo.

FINALIDAD DE ESTA COMUNICACION

El diagnóstico positivo del quiste hidático del hígado en su etapa temprana es a menudo extremadamente difícil, lo que explica la frecuencia de los diagnósticos tardíos. La presente comunicación enfoca este problema estudiando: las deformaciones de la cúpula diafragmática, el signo patognomónico del arco, la concomitancia del quiste hidático del hígado con la litiasis biliar y la equinocosis extrahepática en relación con la existencia de un probable quiste hidático del hígado.

1ª PARTE

PROBLEMAS DE LA CARA SUPERIOR

Nos referimos a los casos de diagnóstico dudoso descartando los quistes hidáticos complicados del domo y los calcificados o con halo cálcico, por ser evidentes y corresponder a quistes en etapas tardías, multivesiculares y supurados en general.

Son enfermos con escasa o nula sintomatología que presentan una deformación localizada del domo, cuya imagen no permite afirmar categóricamente la existencia de un quiste.

Clásicamente esta deformación sin calcificaciones y de tamaño variable desde la pequeña saliente hasta la imagen en brioche o en sol poniente, ha sido interpretada como reveladora de un quiste hidático.

Sin embargo, imágenes semejantes pueden corresponder a: 1) deformación constitucional del domo hepático; 2) hernias verdaderas del hígado (a través de la brecha constitucional o traumáticas del diafragma) 3) hernia epiploica de la hendidura de Larrey; 4) deformación del diafragma por bridas freno-pleuro-pulmonares post operatorias; 5) tumoraciones torácicas.

1) Deformación constitucional del domo hepático

Se trata de una anomalía del músculo o del hígado. Es la más frecuente de las deformaciones no hidáticas del domo. En general se la observa situada en la parte anterior e interna de la cúpula frénica D.

Se presentan documentados con placas 4 casos del Servicio del Dr. Nin y Silva.

1er. caso.—R. B. Caso típico de brioche hidático, con prueba operatoria positiva.

2º caso.—V. V. Enfermo con equinocosis pulmonar e imagen en brioche del diafragma derecho sospechoso de quiste hidático pero que no es tal como se demuestra al explorar el hígado a través de una incisión del diafragma aprovechando el abordaje por toracotomía amplia del quiste pulmonar (Fig. 1 (a)).

3er. caso.—H. B. Semejante al anterior. Quiste hidático de pulmón con típica imagen de brioche; por la toracotomía, exploración negativa del hígado (Fig. 1 (b)).

4º caso.—B. R. Molestias en hipocondrio y fosa lumbar D. con imagen radiológica en brioche, diagnosticado como hidático en otro Servicio, donde se le aconseja la operación. Lo mantenemos en estudio, interpretándolo como deformación constitucional (Fig. 1 (c y d)).

Los casos 2 y 3 constituyen dos ejemplos demostrativos de falso brioche hidático por deformación constitucional del diafragma. Concuerdan con los referidos por Curtillet y Aubaniac,¹ Luton y Jacquenet,² Monod y Azoulay,³ Charpin y Taranger.³

Si el estudio completo del enfermo no es categórico de quiste hidático, hemos adoptado frente a estos pacientes la posición cautelosa de no intervenirlos, manteniéndolos en periódica observación clinico-radiológica como el caso 4.

2) Hernias del hígado

Son raras. Ya del tipo **traumático**, como los 14 casos recoilados por Hedblom⁵ en 357 hernias diafragmáticas, y los de Curtillet y Aubaniac,² y Keene y Copleman,⁶ ya del tipo **congénito** que pueden inducir a error con los quistes hidáticos del hígado,

a semejanza del caso documentado por Escobar Pacheco: ¹ Toracotomizado y curado por sutura del diafragma.

3) Los epiploceles de la hendidura de Larrey

Más raros que los anteriores, corresponden a hernias epiploicas de la hendidura diafragmática de Larrey, presentando una opacidad tumoral en la parte anterior del ángulo cardiofrénico D. Los casos de Lebon ⁷ ofrecieron dificultad diagnóstica entre tumor mediastinal y equinococosis. El neumoperitoneo constituye la maniobra diagnóstica fundamental al poner en evidencia el recorrido torácico del saco peritoneal insuflado por el aire.

La diferenciación entre quiste hidático y hernia de Larrey interesa porque el abordaje del epiplocele es incómodo por vía torácica, mientras que es más fácil por la vía abdominal a través de una incisión mediana supraumbilical que permite alcanzar con facilidad el pedículo herniario situado en la base del apéndice xifoide.

4) Deformación del diafragma por bridas frenco-pleuro-pulmonares post operatorias

Otra causa de error no mencionada que conduce a toracotomías en blanco corresponde a la deformación del diafragma post operatorio.

Caso S. de L. de A. Operada hace 27 años por quiste hidático de hígado. Desde hace varios meses sufrimiento biliar. El equipo móvil la envía con diagnóstico de equinococosis. Radiografía: diafragma derecho deformado, muy claramente levantado adelante y afuera con informe de tumoración subfrénica.

El diagnóstico de Q. H. se impone. En la operación se encuentran fuertes y extensas adherencias del diafragma a la parte interna del pulmón D. y a través de una incisión del diafragma se explora hígado y vesícula normales. Existen adherencias del hígado al diafragma, que correspondían al antiguo foco quirúrgico. (Fig. 1 (e y f))

Por lo tanto, **adherencias post operatorias hepato-freno-pulmonares**, pueden deformar el diafragma, ofreciendo imágenes típicas de tumoración subfrenica las que, en un antiguo operado de Q. H. inducen a interpretarla erróneamente como otro Q. H.

(se presentan las placas pre y post operatorias 5) Por último, cuando la tumoración está situada en el ángulo cardio-diafragmático, además de los diagnósticos planteados, debe tenerse en cuenta las **afecciones torácicas** tales como un Q. H. del corazón, aneurisma o un tumor del mediastino.

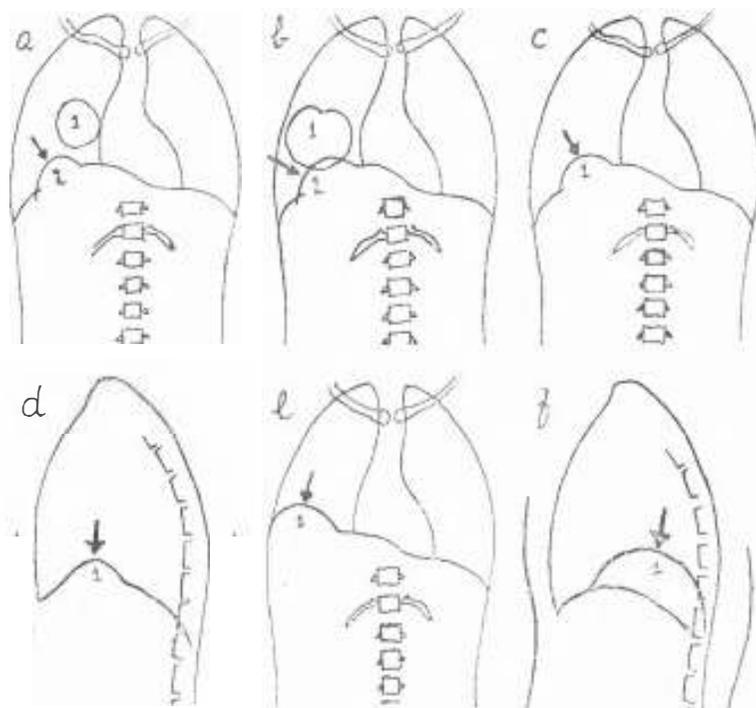


Fig. 1.— (a) V. V. Enfermo con Q. H. de lóbulo medio de pulmón derecho (1) e imagen en bríoche (2) que explorado por incisión del diafragma en el acto de la toracotomía, correspondía a una deformación constitucional del diafragma. — (b) H. E. Paciente con Q. H. de lóbulo inferior del pulmón derecho (1) con imagen en bríoche (2) que explorado a través del diafragma no correspondía a una lesión hidática. — (c y d) B. R. Imagen en bríoche (1) en placas de frente y perfil situada en parte anterior e interna, en estudio, pensándose en deformación constitucional. — (e y f) S. de L. de A. Imagen en bríoche (1) en placa de frente y de perfil que correspondía a una deformación del diafragma por adherencias freno-pleuro-pulmonares postoperatorias.

VALOR DE LA LOCALIZACIÓN DEL BRIOCHE

La situación de la opacidad en la cúpula diafragmática tiene un valor orientador; si se localiza en su parte media se piensa en Q. H. o en hernia del hígado; si es anterior e interna se duda entre Q. H. hígado, deformación constitucional del diafragma, hernia de Larrey, tumor de mediastino, afección cardíaca.

El neumoperitoneo es una exploración de valor práctico: si el aire penetra en un saco herniario se tratará de una hernia de ligado o un epiplocele de Larrey; si separa el diafragma de la tumoración hepática el diagnóstico se plantea entre Q. H. del ligado o deformación constitucional del diafragma. En ausencia de calcificaciones esta duda sólo puede resolverse con la observación, en la colecistografía y la radiografía hepática, del signo del arco que analizamos en el próximo capítulo.

Si no se observa este signo y persiste la duda, no debemos intervenir: abstención y vigilancia periódica.

Esperamos que el futuro nos ofrezca un método ideal de diagnóstico precoz con el perfeccionamiento de la hepatografía inocua.

2ª PARTE

VALOR DEL SIGNO DEL ARCO EN LOS QUISTES HIDATICOS DEL HIGADO. SIGNO PATOGNOMONICO DE DIAGNOSTICO RELATIVAMENTE PRECOZ EN LAS EQUINOCOSIS A SINTOMATOLOGIA MINIMA O NULA

El diagnóstico precoz del quiste no complicado, en estado hialino, univesicular y de mayor éxito quirúrgico, se ve dificultado porque la sintomatología de sufrimiento biliar es a menudo casi nula, el tumor es menos evidente y porque los signos radiológicos típicos y de calcificación no existen.

Prat y Medoc¹⁰ puntualizaron detalles de importancia en su trabajo sobre los quistes calcificados, en especial sobre la calcinosis o calcipexia, de la membrana adventicia, estudiando la línea oscura del halo cálcico por acúmulo de sales de calcio.

Lo acompañamos en lo referente a que, en general, los quistes calcificados corresponden a quistes con membrana y vesículas muy alteradas, con larga evolución y sufrimiento. Pero con relación al halo cálcico, existe una rica gama de graduaciones, y llamamos la atención sobre el grado mínimo o primero constituido por el signo del arco o línea arciforme, caracterizado por una fina línea regular que con frecuencia pasa desapercibida en la lectura de las placas radiográficas y que en general corresponde a quistes no complicados, hialinos.

Es sobre este signo del arco, grado mínimo y signo positivo del quiste hidático, que deseamos insistir, orientados hacia el diagnóstico relativamente temprano de la equinocosis hepática.

La imagen en arco, que se logra individualizar examinando atentamente una placa de frente o perfil de hígado, se caracteriza por ser una línea fina, como trazada a punta de lápiz, de poco espesor, de un milímetro y que generalmente no alcanza a 1 milímetro y medio, regular, situada dentro de la zona del tercio medio y tercio inferior de la masa hepática, cóncava arriba, como marcada a compás, que se visualiza en una longitud variable de 8 a 16 centímetros y que por lo sutil pasa a menudo desapercibida.

Hemos comprobado además que esta imagen se hace más notable en las placas de colecistografía debido a que el enfoque permite que la imagen arciforme se destaque con mayor nitidez (este hecho constituye otro argumento en apoyo de la práctica sistemática de la colecistografía en los pacientes portadores o sospechosos de Q. H. de hígado).

El signo del arco, en todos los casos que lo hemos sometido al contralor operatorio, ha correspondido siempre a un Q. H. del hígado, lo que nos fuerza a otorgarle la categoría de un signo patognomónico, coincidiendo de este punto de vista, con el valor que le ha sido asignado.

A continuación se exponen 11 casos de imágenes arciformes, los tres primeros típicos, y los ocho restantes de observación más difícil, con presentación de placas, pre y post operatorias.

1) L. P. Dolores en H. D., región tóraco abdominal saliente, reacciones hidáticas negativas y amibas en materias fecales. Se plantea clínicamente la duda entre equinocosis y amibiasis hepática. Signo del arco típico afirma la naturaleza hidática. En operación se vació un quiste derecho hialino. En placa post operatoria se aprecia la línea arciforme horizontalizada. Fig. 2 (a y b).

2) M. C. de G., 43 años. Operada de Q. H. extrahepático. No hay sintomatología hepática, pero por sistema se busca el quiste. En las placas se observa un diafragma derecho elevado y una tenue imagen arciforme, que aparece más nítida en la colecistografía. Operatoriamente: quiste hidático hialino y univesicular derecho. (Fig. 2 (c)).

3) R. P., 52 años. Sufrimiento biliar con hígado aumentado. A la colecistografía: vesícula sin cálculos y signo del arco. Era un quiste hialino univesicular D.

4) J. C., 50 años. Placas simples normales. En la colecistografía y sólo en placa 2 aparece signo del arco tenue, indicador del quiste.

5) D. C. de B., 17 años. Sufrimiento biliar de 3 meses. Únicamente en placa 2 de colecistografía se aprecia una tenue y casi invisible imagen en arco que correspondía a un quiste posterior derecho hialino y univesicular. (Fig. 2 (d)).

6) G. F., 29 años. Sufrimiento biliar de 2 años e hígado aumentado. A la observación detenida de la placa se evidencia una fina imagen en arco, en hipocondrio derecho. Operatoriamente: quiste hialino univesicular. (Fig. 2 (e)).

7) S. A., 33 años. Dispepsia biliar de 4 años y hepatomegalia regular con informe radiológico de hígado grande. La atenta lectura descubre signo del arco mínimo. Operatoriamente: quiste multivesicular no supurado. En placa post operatoria la imagen arciforme se presenta verticalizada. (Fig. 2 (f y g)).

8) N. G., 30 años. Intervenida por litiasis vesicular hace 1 año que comienza, hace 15 días con dolores en H. D. No se palpa hígado. Signo del arco apenas visible en placa simple y más nítido en la colecistografía. Quiste hidático de cara superior de lóbulo derecho. (Fig. 2 (h)).

9) Z. P., 28 años. Dolores en epigastrio e H. izq., datando de 2 años, con tumoración palpable. Signo del arco que corresponde a un quiste hidático izquierdo.

10) J. P. de L., 53 años. Quiste hidático del pulmón. Sintomatología hepática muda. Hígado no palpable y radiológicamente normal. El atento examen del film revela mínima imagen en arco. Operación: Q. H. derecho hialino y univesicular. (Fig. 2 (i)).

1) R. M., 14 años. Consulta por otalgia. Síntomas hepáticos, se palpa hígado grande. A la radiografía: deformación diafragmática en brioche. Al estudio detenido de la placa de frente y perfil se aprecia imagen arciforme. Operación: Q. H. póstero-superior derecho unilocular, no supurado. (Fig. 2 (j y k)).

La consideración de los casos expuestos confirma el valor patognomónico del signo del arco en el diagnóstico del quiste hidático del hígado. Su búsqueda debe llevarse a cabo de manera bien orientada y rigurosa para evitar que estas imágenes, por su delicadeza, pasen desapercibidas. A veces sólo la colecistografía las revela, por lo cual acudimos a ella sistemáticamente.

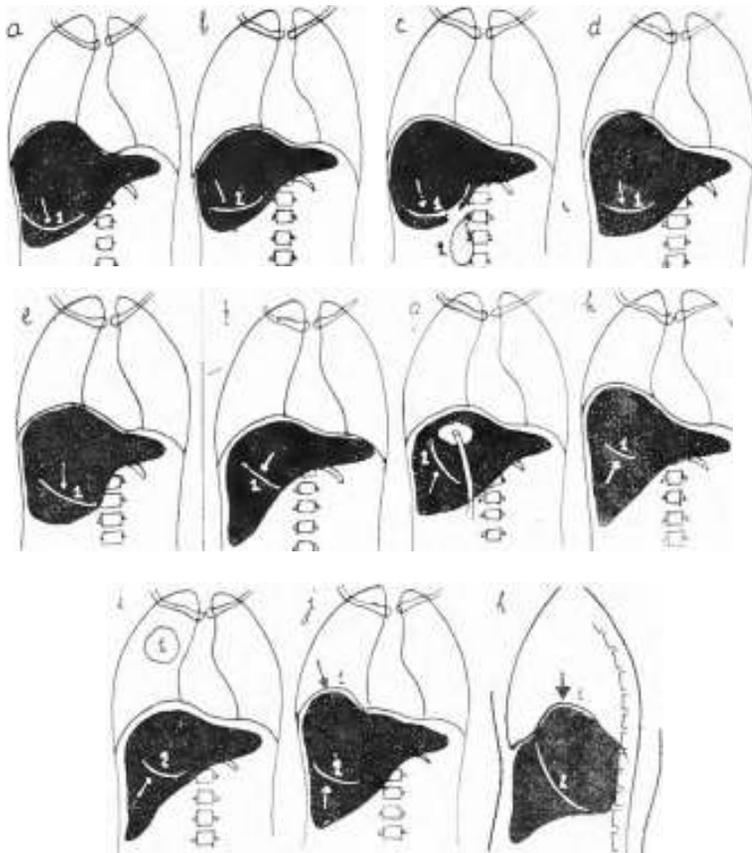


Fig. 2. — (a y b) L. P. Signo del arco evidente (1). En la placa postoperatoria se aprecia la imagen horizontalizada. (2). — (c) M. C. de G. Imagen del arco (1) que se aprecia claramente en esta placa de colecistografía. Vesícula (2). En la placa simple de hígado el arco no se ponía de manifiesto. — (d) D. C. de B. Tenue signo del arco (1) no visible en las radiografías simples de hígado y se acusó solamente en la placa 2 de la colecistografía. — (e) G. F. Signo del arco (1) de apreciación difícil. — (f y g) S. A. Imagen pre (1) y postoperatoria (2) del signo del arco. — (h) N. G. Signo del arco es apenas visible en la 1ª placa de la colecistografía (1) señalado con flechas. — (i) J. P. de L. Q. H. pulmón (1) Sintomatología clínica y radiológica nula, presentando hígado de forma y tamaño normal con ambos diafragmas a igual altura (uniforme del radiólogo). Sin embargo se logra comprobar un signo del arco (2) de difícil apreciación, que se marca con flechas. — (j y k) R. M. Paciente con sintomatología subjetiva nula. Deformación del diafragma en brioche (1) visible en las placas de frente y de perfil, y tenue signo del arco (2).

Este signo aclara de manera categórica, problemas frecuentes de diagnóstico como ser: hepatomegalia sospechosa de absceso amibiano; hepatomegalias regulares interpretadas como litiásicas por el sufrimiento vesicular típico o por la historia de dispepsia hepato vesicular; hepatomegalias regulares subjetivamente calcificadas es irregular, interrumpido y alternativamente domo; en operados de litiasis vesicular que siguen sufriendo, etiquetados como disquinesias biliares o sufrimiento post colecistectomía, y por último en enfermos catalogados de vesícula Strawberry por presentar una vesícula alitiásica a la colecistografía. En fin, permite afirmar el diagnóstico de quiste hidático de hígado en pacientes sin hepatomegalia, asintomáticos y con informe radiológico de hígado normal.

El signo del arco es el grado mínimo de visualización de la adventicia hidática. Que corresponde a la adventicia, se comprueba por la persistencia de la imagen arciforme horizontalizada, en las placas post operatorias de los quistes hidáticos tratados por el vaciamiento y extracción de la membrana. No corresponde este signo a una calcificación, ya que el contorno de los quistes asintomáticos como en los quistes hidáticos posteriores y del grueso y delgado.

La imagen arciforme se pone en evidencia sobre todo en las radiografías de frente de hígado y con menos frecuencia en las de perfil. Cuando esto último sucede, todos los datos posibles están en manos del cirujano, porque además de la naturaleza hidática y del tamaño, posee el informe topográfico de la localización en sentido frontal y sagital, para llevar a cabo un justo abordaje.

De acuerdo a los casos expuestos, el signo del arco, en ausencia de las calcificaciones clásicas, es el signo patognomónico mínimo de la equinocosis hepática, en una etapa relativamente temprana, de quiste no complicado, en estado hialino, a cristal de roca y en general univesicular en satisfactoria etapa quirúrgica, constituyéndose así en el signo de máxima jerarquía para el diagnóstico de los quistes hidáticos de sintomatología mínima o nula sin calcificaciones.

3ª PARTE

LA BUSQUEDA SISTEMÁTICA DEL QUISTE HIDÁTICO DEL HIGADO EN LA LITIASIS BILIAR Y EN LA EQUINOCOSIS EXTRAHEPÁTICA. — LA EXIGENCIA STANDARD MÍNIMA RADIOLOGICA Y OPERATORIA

1er. CAPITULO

LITIASIS BILIAR Y QUISTE HIDÁTICO. PESQUISA SIMULTANEA DE AMBAS AFECCIONES

En nuestro país, todo enfermo con sufrimiento biliar, aun con litiasis confirmada, debe ser considerado como un portador de quiste hidático de hígado porque la sintomatología es idéntica y la coexistencia de equinocosis y litiasis es grande.

En tres circunstancias se presentan problemas quirúrgicos de origen diagnóstico en relación con el quiste hidático y la litiasis biliar.

1ª circunstancia: el enfermo es portador de un quiste hidático que se ha diagnosticado como un biliar. En la operación el quiste no es reconocido, sobre todo si es posterior, del domo o del lóbulo de Spiegel, y el cirujano, frente a una vesícula sin cálculos, efectúa una colecistostomía innecesaria.

2ª circunstancia: el paciente presenta una litiasis vesicular, pero impresiona clínicamente como un quiste hidático porque tiene una vesícula muy grande que simula una equinocosis tanto a la palpación como por la imagen convexa radiológica. Estos casos no tienen consecuencias de importancia porque en la operación se observa el hígado normal y además la vesícula patológica, que se trata en consecuencia.

3ª circunstancia: el enfermo presenta una concomitancia de litiasis biliar y quiste hidático, pero se ha diagnosticado una sola lesión. Estos son los casos más importantes.

- a) si se opera con diagnóstico de litiasis, se tratará esta lesión y se diagnosticará el quiste en el mismo acto operatorio siempre que se cumpla con la buena práctica de explorar sistemáticamente el hígado; en caso contrario el quiste puede quedar ignorado o descubrirse después de cerrar el vientre, al abrir la vesícula biliar extirpada entera y constatar vesículas hidáticas en su interior;

- b) si se opera con diagnóstico de quiste hidático, se tratara el quiste pero la litiasis corre el riesgo de no ser reconocida.

EXPOSICION DE CASOS DE LAS TRES CIRCUNSTANCIAS

1) Caso de la 1ª circunstancia: A. F., enferma de 35 años, colecistotomizada hace 7 meses, que nos consulta porque sigue sufriendo. La placa revela y la operación confirma un quiste póstero inferior que había pasado desapercibido en la primera intervención.

2) Caso de la 2ª circunstancia.—P. A. de C., 61 años. Se palpa tumoración de hipocondrio y flanco derecho. A la radiografía: lóbulo derecho globuloso y aumentado de volumen, con imagen convexa. Se opera con diagnóstico de quiste hidático, pero correspondía a un gran hidrocolecisto litiásico. Colecistectomía. (Fig. 3 a).

A continuación los ejemplos de la 3ª circunstancia:

3) Se opera como litiásico y se ignora el quiste hasta el año. G. N., 30 años, colecistertomizada por litiasis hace un año, nos consulta por dolores en hipocondrio derecho. En la placa: cúpula diafragmática francamente levantada. En la operación se vacía un quiste alto y anterior de hígado, supurado y multivesicular, que no fué diagnosticado en el curso de la primera operación. (Fig. 3 (b)).

4) Se opera como litiásica y se ignora el quiste hasta después de cerrar el vientre. A. A. sufrimiento hepatovesicular con ictericia y defensa en hipocondrio derecho y cálculos en la colecistografía. Se opera con diagnóstico de colecistitis litiásica. Colecistografía. Cerrado el vientre, se abre la vesícula hiliar constatándose, además de los cálculos previstos, varias vesículas hidáticas.

5) Se opera como litiasis y se descubre además un quiste hidático. R. G., 46 años. Historia típica de sufrimiento biliar. En la operación se constata una litiasis vesicular, coledociana y cálculo enclavado en Vater que requiere colecistectomía, coledocotomía y duodenotomía. A la exploración sistemática del hígado se individualiza un quiste alto del domo, no abordable por esta incisión. A la inversa de las placas se observan calcificaciones no informadas por el radiólogo. Se interviene por toracolaparatomía, vaciándose un quiste alto multivesicular y degenerado. (Fig. 3 (c)).

Para evitar estos errores preconizamos la pesquisa simultánea clínica, radiológica y quirúrgica de la equinocosis y de la litiasis en todo enfermo con sintomatología biliar, aplicando los exámenes standard mínimos radiológicos y operatorios, que serán expuestos mas adelante.

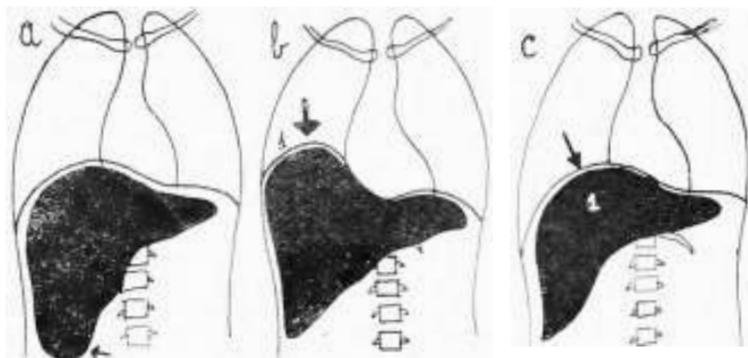


Fig. 3.— (a) P. A. de C. Imagen convexa en flanco derecho que orienta al diagnóstico de Q. H. de hígado. Se trataba de un gran hidrocolecisto litiasico. (b) G. N. Q. H. de hígado alto que eleva la cúpula diafragmática (1) que no fué tratado en la operación de colecistectomía por litiasis realizada un año antes. (c) R. G. Paciente con sufrimiento biliar por litiasis vesicular, coleocociana y calculo enclavado en Vater, que en el acto quirúrgico, al explorar por sistema el hígado, se descubre un Q. H. superior, del domo. La revisión de las placas pone de manifiesto una pequeña calcificación superior (1).

2º CAPITULO

EQUINOCOSIS EXTRAHEPÁTICA Y LA BUSQUEDA SISTEMÁTICA DEL QUISTE HIDÁTICO DEL HIGADO

Otra regla absoluta debe ser aceptada: en un enfermo con equinocosis extrahepática, situada en el pulmón o en cualquier otra parte del organismo, debe buscarse sistemáticamente el quiste hidático del hígado con decisión y empeñamiento.

La observación estricta de esta premisa nos dará la satisfacción de diagnosticar equinocosis hepáticas ignoradas por el enfermo.

Caso I.— M. Z., 43 años. Con motivo de la operación de un pequeño quiste submamario, que resulta sorpresivamente hidático, se lleva a cabo radiografía de hígado, que muestra un diafragma derecho levantado, y una colecistografía, observándose un signo del arco. Sintomatología subjetiva hepática nula. Operación: quiste del lóbulo derecho, hialino univesicular (Fig. 4 (a)).

Caso 2.— M. R., 57 años. Quiste hidático del pulmón. La radiografía de hígado revela un quiste del lóbulo izquierdo, sintomatológicamente mudo para la enferma. Vaciamiento. (Fig. 4 (b)).

Caso 3.— D. B., 36 años. Ingresa por quiste hidático de pulmón. No hay síntomas clínicos hepáticos, la radiografía es normal, lo mismo que la exploración operatoria de la bóveda diafragmática en el curso de la intervención del quiste pulmonar. Examinado nuevamente a los 2 años y 4 meses, el borde inferior del hígado se presenta muy convexo, constatándose en la operación dos quistes en la cara inferior del lóbulo derecho, uno de ellos invadiendo el lóbulo cuadrado y cabalgando sobre la vesícula. Este caso demuestra que la búsqueda del quiste hepático debe ser repetida y prolongada (Fig. 4 (c)).

Caso 4.— J. L., 53 años. Ingresa por quiste hidático de pulmón D. Clínica y radiológicamente el hígado es normal. En el curso de la toracotomía se explora el hígado a través del diafragma y se descubre un quiste de la cara superior del lóbulo D. del hígado, hialino y univesicular, que se evacúa. (Fig. 4 (d)).

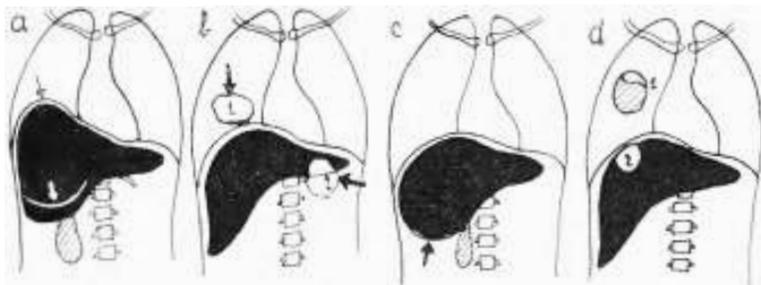


Fig. 4.— (a) M. Z. Paciente con quiste submamario en la cual el examen sistemático del hígado permite diagnosticar un Q. H. de hígado derecho con sintomatología subjetiva nula. — (b) M. R. Ingresa por Q. H. pulmón derecho (1). La clínica y la radiología diagnostican Q. H. de lóbulo izquierdo de hígado (2) sintomatológicamente mudo para la enferma. — (c) D. B. Operado de Q. H. pulmón derecho. A los 2 años el examen revela un Q. H. de hígado, lo que confirma que en los Q. H. de pulmón no se debe abandonar la búsqueda del Q. H. de hígado. — (d) J. L. Ingresa por Q. H. de pulmón. En la placa, imagen de neumociste hidático con membrana decolada (1). Sintomatología muda de Q. H. de hígado con estudio clínico y radiológico normal. La exploración del hígado a través del diafragma en el curso de la toracotomía descubre un Q. H. del lóbulo derecho del hígado (2).

Estos casos demuestran que en presencia de una equinocosis extrahepática debe buscarse el quiste del hígado asintomático por medio de un riguroso examen clínico y radiológico (caso 1 y 2), de manera prolongada (caso 3) y por medio de la explora-

ción operatoria del hígado a través del diafragma en el curso de la toracotomía para el tratamiento del quiste pulmonar (caso 4).

3er. CAPÍTULO

LA EXIGENCIA STANDARD MINIMA RADIOLOGICA Y OPERATORIA EN LA BUSQUEDA DEL QUISTE HIDATICO DEL HIGADO

Los dos capítulos anteriores, complementados por lo expresado en la 1ª parte sobre problemas de la cara superior y en la 2ª parte sobre el signo del arco, nos obligan, junto al laboratorio (Cassoni y Weinberg) y al examen clínico, a plantear exigencias de estudio radiológico y operatorio mínimo en la búsqueda de un posible quiste hidático del hígado en portadores de deformaciones hepáticas, equinocosis extrahepática, litiasis biliar o simple sospecha clínica.

A) **La exigencia standard mínima radiológica** consiste en practicar placas de hígado de frente y perfil y una colecistografía en búsqueda de deformaciones hepáticas y del signo del arco.

Si el caso lo exige: radiografías hepáticas a diferentes intensidades, neumoperitoneo, neumotórax, neumoretroperitoneo, pielografía descendente y exploración radiológica contrastada gastrointestinal.

B) **La exigencia standard operatoria mínima** consiste en explorar, en el acto quirúrgico, ambos lóbulos hepáticos y las vías biliares en toda operación por vía abdominal dirigida al quiste del hígado o a las vías biliares.

En caso de toracotomía por quiste hidático de pulmón, explorar sistemáticamente el hígado a través del diafragma.

CONCLUSIONES

1) El diagnóstico en etapa temprana del Q. H. del hígado es difícil, muy difícil, lo que debe estimular al médico a obtener signos precoces y a insistir en la búsqueda de la equinocosis hepática a pesar de una sintomatología mínima o nula, cuando la clínica o los antecedentes plantean la sospecha.

2) Las deformaciones en brioche de la cúpula diafragmática sin calcificaciones crean problemas diagnósticos entre el Q. H. del domo, hernia verdadera del hígado, hernia epiploica de la hendidura de Larrey, deformación del diafragma por bridas postoperatorias y tumoraciones torácicas.

Situada en la parte media orientada al quiste hidático o a la hernia del hígado; si es anterior e interna el diagnóstico se plantea entre quiste hidático, deformación constitucional del diafragma, hernia epiploica de la hendidura de Larrey o tumoraciones torácicas.

El neumoperitoneo hace el diagnóstico positivo de las hernias y afecciones torácicas, pudiendo el neumotórax complementar los datos. El signo del arco es concluyente en favor del quiste hidático.

La deformación en brioche corresponde a la equinocosis pero no de manera exclusiva, lo que conduce a interpretaciones erróneas e intervenciones inútiles. Si el estudio exhaustivo no logra un diagnóstico positivo, preconizamos abstención operatoria con vigilancia periódica y prolongada.

3) El signo del arco es el grado mínimo de visualización de la adventicia hidática. Constituye, en ausencia de calcificaciones, un signo patognomónico del quiste hidático del hígado a sintomatología escasa o nula, en una etapa relativamente temprana, no complicado, generalmente en estado hialino y univesicular. Consiste en una fina línea, como trazada a punta de lápiz, tenue y a veces casi invisible, de un milímetro a un milímetro y medio de espesor, regular y uniforme, situada dentro de la masa hepática, cóncava arriba, que se pone de manifiesto en las radiografías de hígado a diferentes intensidades y de manera más notable en la colecistografía. Esta imagen no corresponde al contorno del quiste calcificado, el cual es de fácil visualización, de espesor más grueso, irregular e interrumpido.

Este signo del arco afirma la naturaleza hidática, informa sobre el tamaño y la topografía del quiste, resolviendo circunstancias de difícil diagnóstico como los quistes del domo (brioche), de la cara posterior, del lóbulo de Spiegel y las hepatomegalias regulares, permitiendo un justo abordaje. La insistencia en este signo constituye un esfuerzo dirigido al diagnóstico seguro y al tratamiento relativamente temprano del quiste hidático no complicado del hígado.

4) En nuestro país, todo enfermo con sufrimiento biliar debe ser considerado portador simultáneo de un quiste hidático de hígado y de litiasis vesicular. En consecuencia, para evitar errores, se debe proceder a la búsqueda sistemática de ambas afecciones.

5) En todo enfermo portador de una equinocosis extrahepática (en pulmón u otra parte del organismo) debe buscarse sistemáticamente el Q. H. del hígado con decisión y empeñamiento. Se descubrirán así equinocosis hepáticas asintomáticas.

6) Estos enunciados, dirigidos al diagnóstico temprano, requieren las siguientes exigencias mínimas:

- a) Exigencia mínima radiológica standard: placa simple de hígado de frente y perfil y una colecistografía, para descubrir el signo del arco y estudiar la vesícula.

- b) Exigencia mínima operatoria standard; explorar en el acto quirúrgico ambos lóbulos hepáticos y las vías biliares en toda operación por vía abdominal dirigida al quiste del hígado o a las vías biliares y explorar sistemáticamente el hígado a través del diafragma en toda toracotomía por quiste hidático del pulmón.

CONCLUSIONS

The author points out the difficulty of an early diagnosis of hydatid cyst of the liver when the disease is in its initial, un complicated stage, and the need for seeking out this condition even in the face of minimal or non existent symptoms, when there is the least cause to suspect its presence.

Malformations "en brioche" of the diaphragm, without calcifications, require a differential diagnosis between hydatid cyst of the dome of the liver, true hernia of the liver, omental hernia of Larrey's cleft, malformation of the diaphragm due to postoperative adhesions, and thoracic tumors. The position of the malformation in the centre of the diaphragm indicates hydatid cyst or hernia of the liver: if it is situated at the inner and anterior aspect it may be either hydatid cyst, constitutional malformation, hernia of Larrey's cleft or thoracic tumor. Pneumoperitonium and pneumothorax will positively identify the hernias and thoracic lesions. The sign of the arc is positive for hydatid cyst.

The malformation "en brioche" is indicative of hepatic echinococcosis but not exclusively. If an exhaustive study of the case does not give a positive diagnosis the conduct recommended is nonoperative treatment and observation over a long period.

The sign of the arc constitutes the minimal visualization of the pericystic membrane. It is an unfailing sign of the existence of a relatively young uncomplicated cyst, generally hialine and univesicular. It is a thin line, as it traced with a pencil point, faint and at times almost invisible, one millimeter to one and a half in thickness, situated within the body of the liver: it is visible in roentgenograms of the liver and especially in cholecystograms. It does not represent the outline of a calcified cyst which is easily identified, being irregular, thicker and broken.

The sign of the arc establishes the hydatid nature of the lesion, informs as to size and situation and clarifies such difficulties as cysts of the upper surface, of Spiegel's lobe and hepatomegalias, giving an exact approach.

In this country, every patient suffering from a biliary disease should be considered as bearing simultaneously hydatid cyst of the liver and gallstones. Consequently, a systematic search for both conditions should be carried out.

Every patient with extrahepatic echinococcosis (of the lungs or any other part of the organism) should be subjected to a systematic search for hydatid cyst of the liver.

All this requires the following minimal programme:

a) Standard roentgenologic requirements: Roentgenogram of the liver, anterior and lateral views and a cholecystogram.

b) Standard operative requirements: Exploration of both liver lobes and the biliary tract in all abdominal operations for hydatid cyst of the liver or for biliary disease; and systematic exploration of the liver through the diaphragm in all operations for pulmonary hydatid cyst.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— **Curtillet, E. et Aubaniac, R.**— Les diaphragmatiques droites a forme pseudo-tumorales. Contribution a l'etude des opacites de la base droite d'origine abdominale. *Journal de Chirurgie*, T. 66. N° 4, avril 1950, pag. 257-272.
- 2.— **Curtillet y Aubaniac.**— Hernia diafragmática D. post traumática de higado. *Soc. Chir. Alger.*, 21 marzo 1947.
- 3.— **Charpin y Taranger.**— Quistes hidáticos fantasmas. Un tipo particular de deformación diafragmática. *Presse medical*, 1, 1951, 59: 93-95.
- 4.— **Escobar Pacheco.**— *Arch. Soc. Cirug. Santiago de Chile*, 1946.
- 5.— **Hedblom, C. A.**— Hernia diafragmática. *Annals Int. Med.* 8, 156-176, agosto, 1934.
- 6 — **Keene y Copleman.**— Hernia diafragmática D. de origen traumático. *Anales de Cirugia*, agosto 1945, pág. 1110-1115.
- 7.— **Lebon, Curtillet, Amoros y Horel.**— Dos casos de hernia diafragmática de la hendidura de Larrey a contenido epiploico. Pseudo tumor intratorácico. *Soc., Chir. Alger*, 1947.
- 8.— **Luton y Jacquenet (en Charpin y Taranger).**
- 9.— **Mc nod y Azoulay.**— Eventración diafragmática derecha avec anomalie du foie simulant un kyste hidatique. Interet du pneumopéritoine associe a l'insufflation du colon pour le diagnostic radiologique des tumeurs de la zone diafragmática droite. *Acad. de Chir.* No. 12, 1943.
- 10.— **Prat y Medoc.**— Quistes hidáticos calcificados. *Arch. Int. Hidatidosis*. Libro de Oro en Homenaje Prof. Dévé. Oct. 50: 12: 378.

DISCUSION

Sr. PRESIDENTE.— La Mesa propone un Cuarto Intermedio de 15 minutos, para descansar antes de pasar a la discusión (Se aprueba).

Cuarto Intermedio.

Sr. PRESIDENTE.— Invito a pasar al Estrado a los Dres. B. Curbelo Silva, Isaac Hojman y Carlos Bortagaray. Vamos a iniciar la discusión.

Tiene la palabra el Dr. Chifflet.

Dr. CHIFFLET Por supuesto que nosotros esperábamos el relato de los Dres. Barsabás Ríos y Calleri con una particular expectabilidad que ha sido transformada en el día de ayer en una profunda satisfacción. Porque no sólo constituyen Barsabás, Ríos y Eduardo Calleri, personas conceptuadas dentro de la alta cirugía de nuestro País, sino que gozamos del privilegio de disfrutar de su amistad desde hace muchos años. Con el Dr. Calleri por las rencillas de cuando Fray Bentos creía que podía ser igual que Mercedes, se han transformado a la larga, en una sincera amistad. Y con el Dr. Barsabás Ríos porque todavía conservamos los recuerdos de la época de estudiantes en lo de doña Adriana, y esos recuerdos con el pasar de los años se convierten en afectos, y sentimos la emoción de que esos dos amigos hayan hecho en este congreso un papel extraordinariamente brillante.

Si nosotros entramos al análisis de esos relatos, podemos decir en primer lugar de que unen un gran sentido clínico y una gran profundidad científica, asunto que es difícil de obtener cuando se trata de decir en un sentido o en otro toda la verdad. Dicen la verdad científica y la dicen a la luz de una práctica asistencial correcta y sana. Y constituye eso uno de los méritos más importantes, a nuestro ver, de ese relato.

En segundo lugar, esos relatos son de una actualización precisa, dicen lo que en el día de hoy se sabe en ese tema. Yo agregaría, para completar el elogio, de que lanzan en el porvenir de ese punto, miradas de evolución, lo cual constituye una característica, no de que lo que están haciendo es lo que los otros dicen, sino de los que viven con la obsesión de hacer cada vez mejor las cosas. Esos relatos plantean posibilidades de futuro en distintos aspectos, algunos de los cuales podemos tocar.

Ahora, entrando al detalle voy a hacer algunas consideraciones sobre puntos concretos:

En primer lugar, en una oportunidad, el Dr. Barsabás Ríos, dice que cuando en el curso de una intervención se abre un quiste hidático y a tra-

vés de su adventicia se toca otro quiste, es lógico aprovechar esa vía para drenar al segundo. En alguna oportunidad discutimos ese punto. Nosotros sostenemos de que es factible muchas veces, de que teniendo a la vista a través de un quiste la adventicia de otro, es posible hacer su abertura y un drenaje correcto, pero sostenemos no para todos los casos, sino con criterio de concepto, con idea de principio, de que no debe hacerse un abordaje de un quiste a través de otro y basamos eso en la manera como se disponen los vasos sanguíneos y como se disponen los canales biliares por el crecimiento excéntrico del quiste. Los inclina hacia la periferia, y hace que entre dos quistes puedan haber vasos que pueden ser riesgosos y lo basamos además en el triste recuerdo de un caso que vimos operar en el Hospital de Niños en que a través de un quiste se pretendió abordar otro de cara posterior produciéndose hemorragias que no fué posible yugular en el acto operatorio.

Además, el drenaje de un quiste a través de otro, lleva a la posibilidad de una dificultad en la evolución y una persistencia de la fistulización, y vuelvo a decir, lo hemos realizado muchas veces, hasta hace poco, lo hemos practicado, pero creemos que en principio debe pensarse cada vez que uno lo va a practicar.

Otro asunto sobre el cual deseamos referirnos es la posibilidad del abordaje por vía pleural o por vía transpleuro diafragmática.

El Dr. Calleri se muestra muy partidario del viejo procedimiento de Israel, haciendo en una primera intervención el abordaje con sutura del diafragma a la pared torácica, y en una segunda intervención el abordaje del quiste y da como argumento convincente, indudablemente, su larga experiencia en ese sentido y los resultados que ha obtenido con ese método.

Indudablemente que es uno de los argumentos más convincentes para usar ese procedimiento.

Sin embargo, frente a los hechos, frente a las realidades que ha obtenido el Dr. Calleri, nosotros encontramos algunos reparos para adherirnos a su técnica y nos consideramos todavía fieles a la idea de que un quiste hidático de la cara superior del hígado debe abordarse a través de la cavidad pleural, debe tratarse en un sólo tiempo, y debe terminarse con un drenaje no trans pleural.

No podemos seguir comentando estos trabajos pero quedo satisfecho con haber destinado mi tiempo a felicitar fundamentalmente a los relatores.

Sr. PRESIDENTE.—Tiene la palabra el Dr. Héctor Ardao.

Dr. ARDAO.—Yo me asocio a lo que se ha vertido respecto a la jerarquía de estos relatos de los cirujanos del Interior. Es evidente que han profundizado el tema y particularmente debe destacarse lo que se refiere a la técnica y al abordaje en el tratamiento del quiste hidático

del hígado. Yo no practico y no creo que sea la vía de Israel, menos la realizada en dos tiempos, una conducta aconsejable en el tratamiento del quiste de cara superior como lo ha sostenido el Dr. Calleri. Pero estos relatos plantean un aspecto, en el cual varias contribuciones de los que han aportado al tema se han referido manifestándose preocupados en el tratamiento de la adventicia. Es evidente que el tratamiento por la evacuación y el drenaje no satisface cuando se toman cifras globales y en este sentido, dos orientaciones han sido sostenidas por el relator Dr. Barsabás Ríos en forma precisa. También en alguna de las otras contribuciones, particularmente la del Dr. Condán. El tratamiento de la adventicia por la **Quistectomía** y por la **Adventicectomía**, definidas perfectamente en esta asamblea.

Personalmente creo que el tratamiento de la adventicectomía y de la quistectomía sólo pueden ser puntualizados en forma general.

La quistectomía puede ser adoptada en los quistes hidáticos del reborde hepático, en los quistes emergentes con adventicia calcificada, pero uniformemente calcificada. Estos quistes son muy pobres en vascularización y la adventicia, ya por sí misma se ha eliminado del parénquima hepático. Existe un plano quirúrgico como lo señalaba el doctor Ríos, fácil de encontrar con tijera roma, quedando una superficie cruenta poco sangrante que conserva los elementos jóvenes conjuntivos vasculares suficientes como para hacer una buena cicatrización.

En lo que se refiere a la adventicectomía el problema es más importante. La adventicectomía realizada sobre parénquima en localizaciones periféricas, fuera de los hilos vasculares del hígado, de la vena cava y del pedículo hepático, la adventicectomía, repito, realizada separando el parénquima hepático sangrante de la adventicia, ha de ser siempre una operación riesgosa. Es una operación a decidir en el campo operatorio, una vez evacuado el parásito. Es decir la adventicectomía primitiva, total es una intervención que yo estimo debe ser reservada solamente a determinadas localizaciones y a determinados casos particulares. Pero en cambio en muchos quistes viejos, con adventicia espesa, se puede realizar una adventicectomía parcial. Una adventicectomía en donde se elimina lo que es externo al hígado, y en ese sentido es parcial, y parcial también en lo que se refiere a la eliminación de la superficie interna. En estas circunstancias la superficie que queda, es decir, la mitad o los tres cuartos o la cuarta parte del saco adventicial ha de cicatrizar con lo que le viene de dentro o de afuera. En este sentido, creemos que es atacable la epiploplastia en el tratamiento de esta clase de quistes como se ha señalado en el relato y ha sido sostenida en nuestro medio por el Prof. del Campo en la Sociedad de Cirugía y en el Congreso del año 1950. Parece difícil comprender como el epiplón llevado dentro del saco adventicial que por sí mismo no se colapsa, pueda brotar tejido conjuntivo que no brota a su vez. Por otra parte el tejido grasoso tiene escasas propiedades regeneradoras de tejido conjuntivo vascular y este es el caso del tejido grasoso de la mayoría de los epiplones del adulto.

Finalmente, para terminar, dentro del tiempo reglamentario quiero señalar que me he referido sólo a uno de los aspectos del tema y termino extendiendo mis felicitaciones a los dos brillantes cirujanos que han relatado el tema: Dres. Barsabás Ríos y Eduardo Calleri.

Sr. PRESIDENTE.— Tiene la palabra el Dr. José L. Roglia.

Dr. ROGLIA.— Yo me asocio sinceramente, a las manifestaciones hechas por el profesor Chifflet y por el Dr. Ardao, con respecto a los dos magníficos relatos que hemos oído. Yo creo que el relato del Dr. Barsabás Ríos es lo más completo y lo más modernizado que se puede leer sobre hidatidosis y no sólo sobre las cosas ya sabidas sino de cosas que están en marcha, y que puede ser que se resuelvan más adelante. Me voy a referir solamente a un punto: desde luego que no me pertenece sólo a mí. Voy a defender algo que le pertenece también al Dr. Armand Ugón: voy a defender el abordaje de los quistes hidáticos del hígado por la vía trans pleuro diafragmática, es decir, el abordaje de la glándula hepática por vía trans torácica. Yo creo que se debe operar muchos más quistes hidáticos del hígado por vía trans torácica que los que se operan ahora. Fundo esto en lo siguiente:

1º En un hecho anatómico, el hígado es un órgano torácico y no abdominal y sostengo que el hígado es un órgano torácico porque a nadie se le ocurriría decir que el hígado está en el abdomen si no existiera el diafragma. El hígado está recubierto en la mayor parte del lóbulo derecho por las costillas; sólo el lóbulo izquierdo es abdominal clínica y quirúrgicamente tanto por su cara posterior como por su cara inferior. El resto del hígado es abdominal, también desde luego la cara que llamamos abdominal, la cara inferior donde está la vesícula, y el lóbulo de Spiegel. Pero aun mismo la parte cóncava de la cara inferior del hígado, la parte que está a la derecha de la vesícula biliar, la parte que está en relación con el riñón, a esa parte también le corresponde un abordaje posterior por encontrarse muy alejada de la pared anterior del abdomen. Esos quistes que fueron aquí relatados, son los que fueron abordados y tratados a través de la 12ª costilla.

¿Por qué sostengo (y en esto no es personal el concepto; desde luego corresponde parte al Dr. Armand Ugón) que se deben operar más quistes por vía trans pleuro diafragmática? Porque una de las cosas importantes de la cirugía del quiste hidático es tener un amplio abordaje. ¿Para qué el amplio abordaje? El amplio abordaje para explorar bien el hígado y ver cuántos quistes tiene, y 2º para poder tratar bien el quiste cuyo diagnóstico clínico hemos hecho, o que vamos a investigar. Yo me resisto a aceptar que se haya hablado de drenaje de un quiste hidático. No se drena un quiste hidático, se drena la cavidad residual porque no le hemos podido hacer otro tratamiento a esa cavidad residual como se puede hacer en el pulmón obliterándolo. ¿Cómo se trata quirúrgicamente un quiste hidático? Hay que evacuarlo, hay que

eliminar el parásito, hay que mirar bien dentro de la cavidad como lo ha sostenido el relator. Es decir, yo no me conformo que se diga que voy a ir por una brecha relativamente pequeña, a drenar un quiste hídrico, a dejar que en el post operatorio salga la vesícula o un sáculo, uno o muchos, en los quistes multiloculares de vesiculación exógena. Quiere decir que ese amplio abordaje, se precisa para ver.

¿Y qué más permite ese amplio abordaje?

Ese amplio abordaje permite ver la parte emergente de la superficie hepática. La parte directamente abordable, la parte que se puede ampliar o cortar con la tijera y poder visualizar. Eso cuando se actúa por vía abdominal se puede hacer sólo en los quistes de lóbulo izquierdo y en los quistes de la cara inferior del hígado en su segmento prepapilar; se puede hacer también, en los quistes de cara convexa que se aproximan al borde inferior del hígado, es decir que dan deformación del borde hepático; pero eso no se puede hacer en los quistes de la vertiente superior del hígado, de la vertiente lateral derecha del hígado, de la vertiente posterior que constituye, hay que decir la verdad, más del 60 % de la superficie hepática. Y bien, ¿con qué incisión se pueden ver todas esas superficies? Con la toracotomía.

Sr. PRESIDENTE.—Tiene la palabra el Dr. Mernies

Dr. MERNIES.—Hubiera sido indudablemente injusto que uno del Interior no pasara al estrado para agradecer la magnífica representación que ha tenido para nosotros, los relatores de este Congreso: el Dr. Barabás Ríos y el Dr. Calleri. Todos los que estamos radicados en el Interior, le debemos de agradecer que además de sentirnos orgullosos de que haya traído el tema en la forma tan completa, tan científica y tan práctica como lo han presentado. En segundo término, de todos los trabajos que se han presentado, yo francamente no estoy autorizado para comentarlo, pero sí como una persona que actúa en un medio seguramente escaso en lo que puede utilizar, quisiera contestar un poco a lo que se ha referido el Dr. Roglia.

Para mí el tórax, en los medios no bien dotados constituye un verdadero problema abrirlo. Quizás sea esto una costumbre y un hábito, que se maneje el torax por quien no tiene el hábito de hacerlo, lo mismo que lo puede manejar el Dr. Ugón y que lo puede manejar el Dr. Roglia.

En realidad eso requiere la práctica, la experiencia y el saber del cirujano que está acostumbrado a entrar y salir del tórax con absoluta tranquilidad y por otra parte el equipo que debe cuidar al enfermo después en el post operatorio.

He abordado los quistes por el tórax cuando me veo obligado, si no lo puedo hacer por otra vía, pero siempre que lo puedo evitar, lo evito, porque debo confesar que no me manejo tan bien en el tórax y aunque me maneje con la habilidad dentro del tórax que lo que pueden ha-

cer. desde luego, los cirujanos avezados, no desearía que saliera, por lo menos para nosotros, la impresión que la vía torácica es una vía que puede ser manejada por todos los cirujanos, sea cualquiera el medio en que actúen. Creo que todas las cosas que llevan a cuidar esencialmente primero la vida del enfermo deben ser tenidas en cuenta en primer término aunque los éxitos postoperatorios no sean tan brillantes. A raíz de haber abordado yo un quiste por esa vía tuve la desagradabilísima evolución del enfermo en que después de haber vaciado el quiste se me hizo una vómica biliar a través del diafragma por la vía bronquial.

¿Qué paso? Aun estoy por ver lo que sucedió. Es evidente que lo puedo culpar a una técnica defectuosa y no a la vía, pero confieso que era la única vía en que podía llegar a ese quiste. Con esto he terminado.

Sr. PRESIDENTE.— Tiene la palabra el Dr. Larghero.

Dr. LARGHERO.— Yo voy a hacer uso de la palabra para tomar el relato del Dr. Roglia en el punto en que el tiempo le impidió seguir haciendo uso de ella. Para decir exactamente que hasta ahora nosotros hemos podido cumplir todos los objetivos a los cuales se refirió el Dr. Roglia y que constituye según él la vía torácica, por la vía abdominal.

Me detuve un poco y tuve la suerte de que antes que yo, hablara el Dr. Mernies: me felicito que haya sido así y por eso vengo a decir que aún disponiendo de la competencia suficiente, y medios para abrir el tórax, nosotros en el Servicio preferimos la vía abdominal en el 80 % de los casos de quistes hidáticos del hígado. No vamos a enumerar aquí las razones, pero diremos qué entendemos por vía abdominal para explorar un quiste: la gran incisión transversa bilateral, es decir, a derecha, bien alta, llegando al reborde costal para abrir un espacio intercostal y convertirse en tórax abdominal, si es necesario, pero sobrepasando el lado izquierdo. Ella nos permite la exploración total del hígado derecho, y el izquierdo; nos permite saber cuál es el estado de los quistes y evitar la sorpresa que hemos tenido más de una vez de abordar un quiste hidático de hígado que creíamos hialino, y estar supurado. No es lo mismo abrir el tórax que el abdomen. Nos permite hacer el inventario de los quistes y si alguno de ellos no puede ser abordado en el mismo tiempo, ulteriormente se puede resolver ese problema.

Nosotros consideramos en el momento actual que a pesar de las razones anatómicas que pueden invocarse y a pesar de las facilidades que se tengan para abrir el tórax, un quiste hidático del hígado debe ser abordado por la vía abdominal y puede ser resuelto por esa vía, a condición de tener buena anestesia, buena posición del enfermo, buenos separadores, una amplia incisión transversa que permita hacer el inventario total, bilateral del hígado. Seccionado el ligamento falciforme, se puede llegar a la cúpula hepática y abordar por vía abdominal quistes que a primera vista, habrían exigido la vía torácica.

Sr. PRESIDENTE.— Tiene la palabra el Dr. Prat.

Dr. PRAT.— Creo que la Asamblea, mejor dicho el Congreso, debe quedarse plenamente satisfecho, porque ha sido una brillante reunión, una asamblea extraordinaria, y todos estamos de acuerdo en que los dos relatos de los Dres. Barsabás Ríos y Calleri han sido brillantísimos. Pero estoy un poco en desacuerdo con los que han comentado, porque si esos relatos han sido muy brillantes; han sido también muy buenas, sobresalientes, todas las comunicaciones que se han presentado en esta sesión de hidatidosis. De manera que el Congreso puede estar profundamente agradecido y reconocido a esta reunión de hidatidosis que se ha hecho, que si no es perfecta, como no son perfectas las cosas humanas, por lo menos tiene un valor extraordinario del punto de vista técnico y terapéutico.

Mi finalidad, señor presidente, no es discutir estos problemas porque pasaría lo que le pasó al Dr. Chifflet y al Dr. Roglia que en lo mejor, cuando uno se entusiasma, suena la campana de alarma y tiene que cortar.

Mi deseo es presentar aquí una moción de orden profiláctico, y no voy a entrar a discutir estos problemas porque he hecho mi colaboración en un folleto sobre Drenaje en Cirugía, que comprende una gran parte del drenaje del quiste hidático y de la hidatidosis y esa es mi colaboración prestada al tema. Ahora, mi finalidad es presentar una moción para que pase a la sesión del sábado, que podemos establecer en esta forma: El progreso de nuestro País en la patología, la clínica y la terapéutica, ha sido extraordinario, pero no basta con eso; creo que ya se ha establecido en el mundo que hay que prever mejor que curar y en ese sentido tenemos que ampliar o realizar la profilaxis de la hidatidosis, que en nuestro país no se ha hecho todavía. Está muy bien programada por todas las instituciones que se dedican a ella; las que deben realizarla han hecho todo lo posible; pero no hay dinero, no hay recursos para hacerla, como lo ha hecho la Argentina en estos momentos, por eso creo que antes que quedarnos cruzados de brazos, y dejar que la hidatidosis siga creciendo y causando víctimas, creo que debemos hacer una cosa y en ese sentido yo me había preocupado de hacer en el Departamento de Maldonado, en colaboración con el Rotary Club de ese departamento, la profilaxis por medio de la Bromhidrato de Arecolina y creo que se puede ampliar un poco más. Gracias a la hospitalidad del "Día Médico Uruguayo" publicamos en el último número que tienen que haber recibido todos, la profilaxis de la hidatidosis considerada como una actividad profesional de los médicos del Uruguay. En este trabajo donde se especifica todo, hago un llamado a todos los médicos del País, en especial a los médicos de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, a los de las sociedades del Interior de la República, a todos los médicos higienistas; en una palabra a todos los médicos generales, para que hagan esta propaganda de la profilaxis. La profilaxis de la hidatidosis se puede

hacer en el perro que es el fundamento principal para disminuir la cantidad de hidatidosis que hay en este momento en nuestro país y se sobreentiende perfectamente que nosotros no pretendemos que la profilaxis es esta sola; esto es preventivo hasta que nos llegue la profilaxis ovina, que deberá hacerse simultáneamente; y así tendremos la esperanza de concluir con la hidatidosis en el País, pero en tanto no nos crucemos de brazos; no contemplemos indiferentes cómo la hidatidosis sigue adelante y si todos los médicos del país hacen lo que preconizo en el "Día Médico Uruguayo", vamos a hacer mucho en ese sentido. Me permito pedir la colaboración del 4º Congreso de Cirugía para que se dirija a todos los médicos del País, a los médicos de las sociedades médicas de todos el país, los médicos higienistas y a todas aquellas personas que pueden colaborar en esta campaña y creo que con eso podremos conseguir mucho. Va a ser el broche de oro de los hermosos trabajos que se han presentado hoy al Congreso.

Sr. PRESIDENTE.— Tiene la palabra el Dr. Eduardo C. Palma.

Dr. PALMA.— Señor presidente, yo apoyo las manifestaciones del Profesor Prat. El Uruguay ocupa un puesto de vanguardia en higiene, sin embargo en muchos países ha desaparecido la hidatidosis, pero en el Uruguay continúa un porcentaje no agradable y alarmante de hidatidosis.

En consecuencia, apoyo calurosamente la proposición del Prof. Prat.

Dr. CHIFFLET.— Pido la palabra Sr. Presidente. Hago moción para que se continúe la discusión bajo la forma de debate libre.

Sr. PRESIDENTE.— Está a consideración la moción del Dr. Chifflet. Si nadie hace objeción se va a votar. Se vota. Afirmativa.

Queda abierto el debate libre. Tiene la palabra el Dr. Juan C. del Campo.

Dr. DEL CAMPO.— Yo tomo la palabra en primer término para felicitar a los relatores que han desarrollado brillantemente el tema poniendo de manifiesto conocimientos directos del mismo. Tomo la palabra también porque se ha decretado la discusión libre y por haber sido aludido directamente por el Dr. Ardao. Quiero señalar bien la evolución que ha sufrido el tratamiento del quiste hidático del hígado. Nosotros diremos, que el punto de partida nuestro, como el de todos los de nuestra época, corresponde a las premisas indicadas primeramente por Dévé, y después por Delbét continuadas por las señaladas en el Congreso de Cirugía Argentino de 1922 y después por los trabajos del Prof. Prat aquí, en nuestro país, las que se pueden resumir en una forma muy sencilla: el procedimiento de Posadas para los quistes hialinos, con alguna zona de extensión en los del 2º grupo; el drenaje para todos los casos complicados incluso, y ese fué el gran mérito de Ricardo Finochietto en aque-

lla época para los quistes hidáticos abiertos en vías biliares y la abstención para los quistes hidáticos calcificados, que operábamos contra nuestra voluntad, porque sabíamos cuáles eran las consecuencias de la masupialización.

En aquel tiempo el fin de la cirugía era salvar el enfermo y debo recordar que se señaló que las mejores estadísticas daban más de un 20 % de mortalidad. Los procedimientos actuales, el conocimiento de la enfermedad hidática, el adelanto de los métodos de diagnóstico y hasta el fin de la cirugía misma han cambiado. En el momento actual no sólo se trata de salvar al enfermo, con quiste hidático, sino colocarlo en las condiciones de impedir una nueva patología. Sobre el tratamiento del quiste hidático hialino, estamos en la misma situación de 1920, el procedimiento de Posadas. En lo que respecta a los quistes hidáticos complicados, el que ha sufrido mayor evolución es el quiste hidático abierto en vías biliares, con el agregado de que en aquel tiempo por quiste hidático abierto en vías biliares se entendía el quiste hidático con obstrucción biliar y en el momento actual se engloba no sólo a éste sino a aquellos que tienen una comunicación amplia con esa vía biliar. Aquí, el procedimiento o la táctica ha cambiado: la prevención de posibles futuras complicaciones de las vías biliares toma un sitio predominante. Yo recuerdo que discutí con el Prof. Chifflet cuando trajo a la Sociedad de Cirugía una comunicación en que decía que el quiste hidático del hígado era una afección hepatobiliar. Aun reconociendo aquellos casos que no comunican con la vía biliar y no es una afección hepato-biliar, como aquellos casos que es más que una afección hepato-biliar; queda a la afirmación del Prof. Chifflet el ser, se puede decir, la puesta en relieve de los más importante que tiene el quiste hidático y que lo tiene seguramente en estos grupos que tratamos, que es una afección hepato-biliar. Comparto, por lo tanto, por completo, esa denominación. Para que no sea una afección hepato-biliar, como para poner un término a esa afección hepato-biliar, es que en esos casos hemos tratado de ir a la resección de la adventicia y hemos tratado de ir a la exploración y al control de la vía biliar, con drenaje de la vía biliar hasta que el proceso quístico está terminado. Debo señalar que la adventicectomía en los quistes hidáticos abiertos en vías biliares es un procedimiento que se presenta en diferentes formas. Raramente el quiste hidático abierto en vías biliares es un quiste hidático con una adventicia delgada, lo común es que sea una adventicia netamente patológica. Hay casos en que la adventicectomía se presenta como algo completamente desproporcionado y es una cuestión de sentido común el no hacerla, pero hay casos que se presenta como algo obligatorio, y diría que muy a menudo un proceso patológico de desprendimiento de la adventicia, es como la iniciación del procedimiento operatorio, e indica cómo debe continuarse. Esa adventicectomía no es una adventicectomía total, es una adventicectomía parcial: se hace en un plano que no es el plano en el cual nosotros hacemos la resección, la quistectomía.

(Hasta aquí, la versión taquigráfica de la exposición hecha en el Congreso. A pedido de la Mesa, el Prof. del Campo completó su exposición en los párrafos que siguen).

La adventicectomía por sí sola, además de evitar contingencias futuras para las vías biliares, acorta la bilirragia post-operatoria, como lo demuestra, en casos de eliminación espontánea de la adventicia, la disminución brusca de la colerragia que es su consecuencia.

Con ella o sin ella, le agregamos la exploración operatoria de la vía biliar principal y accesoria y el drenaje o control de la vía biliar principal por tubo, lo que permite hacer coledococlistis y colangiografías. Este tubo se saca cuando la curación de la cavidad está terminada o casi.

En lo que respecta al tratamiento del quiste hidático calcificado nuestras preferencias van hacia la quistectomía como lo indica la estadística de la sala, presentada por Barreneche y Latourette. Pero no pudiéndose hacer ésta queda el procedimiento de epiplostia intraquistica. Le diremos al Dr. Ardao que el procedimiento en cuestión, según texto y práctica, es esencialmente un procedimiento de relleno. Para que adhiera a las paredes se hace el raspado de la pared interna. En cuanto a la desaparición del depósito calcáreo fué sólo considerado como una posibilidad, una esperanza, que el tiempo dirá si es posible o no.

Sr. PRESIDENTE.— Tiene la palabra el Dr. Víctor Armand Ugón.

Dr. UGON.— Me voy a referir a las múltiples manifestaciones que se han hecho sobre la brillantez del relato que han presentado los Dres. Barsabás Ríos y Calleri sobre "tratamiento del quiste hidático del hígado". Si intervengo en la discusión es solamente para puntualizar dos puntos: **el primero es que el diagnóstico exacto sobre el número de quistes hidáticos del hígado no es siempre posible.** Diría más que casi siempre es imposible el hacerlo, a pesar de todos los exámenes complementarios, radiográficos que se han practicado. Sea esto por radiografías simples, sea por el neumoperitoneo, sea por la colecistografía. Quiere decir, pues que la multiplicidad de quistes del hígado es un hecho generalmente frecuente e indagnosticable. Cuál es la solución que nosotros vemos para poder realizar el tratamiento correcto, sin dejar quistes desconocidos. Es la incisión amplia; la incisión amplia exploradora. Vemos a menudo en la clínica: enfermos que han sido operados 2, 3, 4, 6 veces de quiste hidático del hígado, quiere decir que siempre la operación ha sido incompleta, y ha sido incompleta porque se ha usado una incisión insuficiente, por eso es que nos asociamos con lo que dice el Dr. Roglia, que es necesario una incisión amplia para quiste hidáticos localizados por encima de la cara inferior del hígado. Aconsejamos la tóracotomía o por la incisión de Mérola, tóracolaparotomía si se quiere ir inicialmente por vía abdominal. Es necesario practicar una amplia incisión abdominal, que será exploradora y que casi siempre habrá de com-

plementarla, luego si se quiere tratar los quistes de la cara superior con una tóraco-laparatomía.

Defendemos la necesidad de la exploración total de la glándula hepática por incisión amplia, incisión amplia que si es abdominal deberá ser completada por tóracotomía y si existen quistes de la cara superior, por abordaje directo trans torácico que preferimos a una laparotóracotomía. Es el segundo punto sobre el cual debemos insistir: incisión amplia - exploradora que es la única que permite evacuar completamente el quiste en la zona apropiada sin atravesar la glándula hepática y que permite un buen examen de toda la adventicia en su cara interna, con el espéculo. En la periferia del quiste hay riesgos vasculares importantes. Para evitar su lesión hay que dominar ampliamente la zona operatoria y eso no se consigue nunca con una pequeña incisión.

La evacuación total del quiste o de los múltiples quistes del hígado es la condición "sine qua non" para tener un buen post operatorio. Desgraciadamente nosotros recordemos haber perdido un enfermo por haber utilizado incisión pequeña y haber tratado un quiste hialino, dejando al lado de ese quiste, otro supurado desconocido.

Así que incisión amplia, buen abordaje del quiste, evacuación completa del parásito y de todos los quistes del hígado, condición para tener un buen post operatorio. El drenaje evidentemente es necesario en los quistes complicados del hígado, pero no soy partidario de usar la vía trans torácica, trans diafragmática para drenar los quistes del hígado, que deben ser siempre drenados por vía infra diafragmática y nunca por vía trans pleural, porque si no van a sobrevenir necesariamente complicaciones pleurales, supuración o pleuresía.

Además, el drenaje una vez que ha sido evacuado totalmente el quiste, hace innecesario esos drenajes voluminosos, importantes, hay que hacer un simple drenaje aspiratorio, para evacuar, el exudado que se forma dentro de la adventicia limpia. Se puede informar que es un exudado bilio hemático discreto y que se evacúa con una modesta sonda de Nelaton y si hay dificultad para hacer ese avenamiento, deberá inyectarse un poco de estreptoquinasa o sustancias similares para licuar los exudados y permitir un buen avenamiento con sonda de Nelaton, porque suponemos que el quiste ha sido abordado con una incisión amplia y ha sido totalmente evacuado. El drenaje voluminoso es innecesario, y si es preciso hacer desinfección de la cavidad, la desinfección no se hace hoy día con antisépticos, se hace con antibióticos y para administrar los antibióticos in situ basta una simple sonda.

A nadie se le ocurre drenar un colédoco con un grueso tubo ¿y por qué hacerlo en una cavidad limpia pero abierta en vías biliares?

Quería hacer estas consideraciones para puntualizar bien, por qué es que nosotros aconsejamos incisión amplia, vía trans tóraco-abdominal para abordar quistes hidáticos del hígado que no estén ubicados en cara inferior de la glándula y cuando es necesario avenamiento hacerlo por contraabertura infra-diafragmática, utilizando una sonda Nelaton.

Sr. PRESIDENTE.— Antes de dar la palabra al Relator para cerrar la discusión, me voy a permitir felicitar a los relatores por el brillante relato e interesante correlato.

Como Presidente del Congreso, agradezco la magnífica contribución que ha sido realmente de gran utilidad y que ha dado satisfacción al Congreso en un tema básico como éste, por la brillantez con que lo han desarrollado. Tiene la palabra el Dr. Ríos.

Dr. BARSABAS RÍOS.— Ante todo pido perdón por haberme excedido ayer, en el tiempo de que disponía para la lectura de mi relato. En realidad, no me tomé ese tiempo para mí, sino para concedérselo al quiste hidático. Todo lo que puede el país en el orden económico, se lo debe al campo, a nuestras carnes, a nuestras lanas. Bien vale pues, que la hidatidosis, el tremendo problema de la sacrificada población rural, lleve más tiempo del previsto, a los dignísimos compañeros de Montevideo.

Realmente, los que estamos en el epicentro geográfico de la equinococosis, vivimos angustiados este magno problema nacional. Alguien me decía ayer, que creía que yo tenía más casos de quistes hidáticos. Desde luego que tengo muchos más. Ya dije que me hice reunir cien historias clínicas porque es un número suficiente para sacar conclusiones. Por otra parte en los hospitales del interior hay dificultades de archivos y personal para exigir más, y así mismo, mi tiempo estaba medido.

Creo, en compensación, haberme ganado un mérito ante Udes. de terminando a mi gran amigo Dr. Calleri —seguramente uno de los hombres más experimentados en el país sobre hidatidosis—, a traernos su brillante correlato. Se ha debatido un poco su fidelidad al procedimiento en dos tiempos para el abordaje transpleural de los quistes complicados de cara superior del hígado. Mi opinión al respecto está expresada en el texto del relato, no insistiré en ello.

También Berhouet tuvo la gentileza de acceder a mi pedido, ilustrando a este Congreso con su vasta iconografía radiológica sobre quistes hidáticos del hígado.

Mucho se lo agradezco. Sólo me extraña su aversión al neumoperitoneo, fundada en un caso malo de 30 años atrás. Esos casos, desde luego, deben superarse. Hoy en día los tisiólogos manejan a diario el neumoperitoneo, en el tratamiento de la tuberculosis. Yo me valgo de ellos y me sirven datos de gran provecho para topografiar los quistes altos de hígado y sus eventuales adherencias.

A los contribuyentes al tema nuestras congratulaciones y agradecimiento por el brillo e interés de sus aportes, respaldados además por el prestigio de las clínicas de procedencia.

En cuanto a Chifflet dijo unas palabras realmente emotivas de las cuales no me voy a ocupar porque no sé hasta dónde podría hacerlo. Le estoy muy agradecido por todo. Opono reparos al abordaje de un quiste, a través de la cavidad residual de otro evacuado en el mismo acto operatorio. Basa la impugnación en un caso desdichado que observara hace muchos años, de hemorragia provocada por tal procedimiento. Nos referimos en el relato a las circunstancias precisas en que puede usarse el recurso de vaciar un quiste a través de una cavidad residual, apelando siempre a la maniobra de Arce, con seguridades de no herir un tabique parenquimatoso. Lo hemos hecho reiteradamente sin ningún inconveniente. Es muy lamentable que Chifflet, indeclinablemente respetuoso de los límites del tiempo asignado, no haya aceptado proseguir su comentario pleno de enseñanzas.

Al Dr. Ardao le agradecemos sus amables palabras apoyando nuestros puntos de vista. Se ocupó de la epiploplastia. Carecemos de experiencia en la cuestión que nos excusa de otro comentario.

Roglia nos habló de la vía transtorácica haciendo su panegírico en forma desde luego brillante y con toda su autoridad de especialista en cirugía torácica. Dentro de las posibilidades de tiempo y espacio disponible, creemos haberle concedido bastante al tema, en el relato. En la lectura sacrificamos parte de ello. Diferenciamos en el texto la toracotomía para operar quistes de pulmón, de la toracotomía para operar quistes de hígado a evolución torácica. Ambos deben ser cómodas y amplias, pero para hígado ha de ubicarse la incisión todo lo bajo que sea posible, atendiendo a la eventual conveniencia o necesidad de establecer un drenaje transpleural del quiste hepático. —lo que puede y debe hacerse muchas veces—, en los casos y con las precauciones que establecemos en el relato.

Se usa para ello la misma vía de abordaje y se realiza, a menudo, un drenaje directo del mejor resultado. Claro es que debe ponerse el drenaje directo transpleural del quiste hepático, cuando la incisión de toracotomía es baja y está situada frente a la cavidad residual, que, por decirlo así, pide que la aboquen a la pared, sin buscar otras vías. Es evidente que no se empleará el drenaje transpleural cuando la toracotomía sea alta y el hígado quede colgado de la parilla costal interfiriendo la funcionalidad pulmonar y diafragmática. En esos casos, y en cuanto sea oportuno, se ha de preferir el drenaje sub-diafragmático, por contraabertura que, por lo general, debe ser indirecto.

Aceptamos lo que dice Roglia, referente a las ventajas del abordaje torácico del hígado. Felizmente contamos nosotros en la actualidad con anestesista médico especializado, que nos ofrece el enfermo intubado, curarizado, etc., en excelentes condiciones, y no tememos abrir los tórax. Además los Dispensarios Móviles de la Cruzada Antituberculosa nos han brindado cantidad de quistes de pulmón, lo que ha en-

riquecido nuestra experiencia. Adolecemos de cierta falta de sangre para transfusiones pero buscamos como remediarnos. Casualmente dentro de unos días llevaremos a Flores un trabajo sobre Hemotórax Traumático en el cual sostenemos las ventajas de las intervenciones precoz, con base a nuestras observaciones de este año.

No le tememos pues en absoluto al tórax pero creemos que es una cirugía que tiene sus limitaciones, sobre todo de equipo, para el interior; y los quistes hidáticos son hoy, más que nunca, tributarios de la Cirugía del Interior.

Creo que en este sentido debemos defendernos de dos cosas:

1º Del entusiasmo de los especialistas por la disciplina de su respectivo dominio. Es obvio que para Armand Ugón o Roglia resulte muy simple en tórax —dados sus recursos personales y de equipo— lo que en otros medios puede ser más complejo. Mernies se ha referido a esto con muy buen sentido práctico y suscribo gustoso lo que él sostiene.

2º De nuestro propio entusiasmo por lo que es nuevo y acabamos de dominar incorporándolo a nuestros recursos técnicos. Queremos decir que el hecho de que hayamos aprendido a entrar y salir correctamente a o de un tórax, no nos autoriza a hacerlo más allá de la cuenta.

En definitiva, reiteramos lo dicho en el relato.

La vía transtorácica para operar un hígado es vía de paso y como tal, impone respeto indeclinable.

Lamentamos también que Roglia haya suspendido su comentario en lo mejor, por tiranía del tiempo.

Larghero, nuestro viejo e ilustre camarada, echa un cabo a la vía abdominal, con su opinión de indiscutido prestigio. Hace el elogio de las grandes incisiones en particular transversales que permiten el dominio integral del hígado.

Quiero agregar al respecto que puede apelarse, para obtener aún mayor rendimiento de la vía abdominal al recurso que nos enseñara Del Campo, de anestesia del centro frénico que permite descender el diafragma, logrando una más amplia exposición del hígado.

El Prof. Prat se ha referido a la profilaxis, con la autoridad de su experiencia y vasta ilustración. Le acompañamos en todo y ya dijimos en el relato de lo poco efectivo realizado en el país en ese aspecto de la lucha contra la Equinocosis. Es evidente que conforme al grado de civilización alcanzado por el Uruguay no deberíamos estar estudiando ahora problemas de tratamiento del quiste hidático. Tendría que estar en obra muy avanzada, sino totalmente lograda, la erradicación de esa plaga nacional, como lo dijo muy bien el Dr. Marella, en su interesantísima contribución.

En lo puramente asistencial el día que el seguro rural cubra la hidatidosis y se subsidie a la familia de los enfermos se podrá hacer mucho más.

Yo espero que la exploración de la hidatidosis mediante una encuesta selectiva prediagnóstica de la población rural por el Casoni, que me propongo realizar en mi zona —y que otros médicos podrían emprender en las suyas— muestre un grado tan alarmante de infestación hidática, que fuerce a los Poderes Públicos a tomar medidas inmediatas y serias de lucha.

Al Prof. Del Campo, mi reconocimiento por sus palabras de franco apoyo. Lamentamos que, como los demás profesores, haya interrumpido su comentario tan provechoso a los congresistas, por escasez de tiempo.

Al Dr. Armand Ugón, a quien tantas enseñanzas debemos en cirugía torácica incluso una práctica directa junto a él, y en especial el ajuste de la técnica operatoria del quiste hidático de pulmón, le rogamos perdonarnos, pero creemos que no se debe sub-estimar las posibilidades del abordaje abdominal puro en casos, por ejemplo, de quistes de cara superior que a la vez emergen en cara inferior, o en quistes de la vertiente anterior de cara superior.

Su preocupación por tratar en un solo tiempo cuantos quistes pueda alojar el hígado la juzgamos muy bien contestada por Cendán, en su magnífica contribución.

Creemos, así mismo, que son discutibles sus apreciaciones referentes al valor del drenaje en el tratamiento de las cavidades remanentes. sustentamos al respecto los puntos de vista expresados en el texto de nuestro relato.

Antes de terminar queremos decir que nos llama poderosamente la atención que nadie se haya referido ni en las contribuciones, ni en los comentarios ulteriores al uso de la vacuna, en el ajuste preoperatorio del portador de un quiste hidático. De nuestra parte nos expresamos categóricamente sobre la cuestión en el relato.

Un caso desdichado, de hace sólo unos días, nos confirma en la defensa de la vacunación previa al acto operatorio.

Se trata de una espléndida chica de cuatro años con hidatidosis múltiple hepática. Se opera con anestesia general, intubada, por laparotomía transrectal derecha. Presenta tres quistes hialinos de considerable tamaño y gran tensión. Se tratan por formolizado, evacuación, cierre y abandono. La fuerte presión intraquistica hace escapar líquido inevitablemente al puncionarlos. Esa chica operada a las 8 de la mañana; en la tarde estaba muy bien, sentada en la cama, reclamándoles juguetes a los hermanitos que la visitaban. A las 6 de la tarde inicia un cua-

dro de anafilaxia y en la noche fallece, atendida en todo momento con mucha diligencia por la Jefa del Servicio de Niños, una colega muy eficiente que nos había acompañado en la intervención.

Esa niña no fué vacunada por no disponer de hidatídica y a ello debe atribuirse, sin dudas, la muerte, puesto que a las pocas horas de la intervención estaba perfectamente recuperada de la anestesia y el acto operatorio, antes de ocurrir los fenómenos anafilácticos.

Y terminamos, agradeciendo una vez más las contribuciones y comentarios tan amables relativos a nuestro trabajo, y expresando que estamos muy satisfechos al ver como, en cada nuevo Congreso, aumenta la colaboración franca, leal y amistosa entre los cirujanos del Interior y la Capital, con señalado beneficio para la cultura médica uruguaya.

Sr. PRESIDENTE.--Tiene la palabra el correlator Dr. Eduardo M. Calleri.

Dr. CALLERI.—Tengo que empezar por agradecer las amables palabras de los colegas que las han pronunciado y que, en lo que a mi respecta, van sin duda mucho más allá de mis merecimientos. Tengo que agradecerle al Dr. Barsabás Ríos el haber auspiciado mi intervención en este Congreso. No pude rehuir la invitación del Comité del Congreso para participar como correlator en este tema del quiste hidático abierto en vías biliares. Ahora voy a referirme lo más brevemente posible a algunas de las cuestiones que se han planteado y sobre todo las que se refieren a mi tema.

Pero previamente voy a hablar de los quistes múltiples del hígado. Yo he defendido desde hace muchos años, un tratamiento definido de los quistes múltiples del hígado: pasar a los quistes posteriores y a los quistes ascendentes a través de los quistes anteriores; esa operación la hemos hecho muchas veces, siempre con buen éxito. Es obvio que elegimos los quistes que nos parecen alejados de los peligrosos elementos biliares.

Pero tengo que referirme a la operación de Israel en dos tiempos. En realidad a mi me salió barata mi pretensión de defender esa cuestión aún cuando no tuve la intención de propugnarla, sino la de exponer aquí la conducta, la norma que nosotros seguimos. Es evidente que yo no tuve la pretension de indicar normas.

En realidad, sé que en estos momentos en que se aborda fácilmente el tórax, con la baronarcosis y los antibióticos, parece cosa anticuada hablar de operación en dos tiempos: pero hay una cosa que no es anticuada ni "demodée", que es la finalidad de la seguridad; a mi me ha dado una seguridad plena la operación en dos tiempos. Yo hallo un apoyo en unas palabras que dijo Ugón: "No se puede drenar a través de la pleura". Defiendo la operación en dos tiempos: el único problema es el problema del drenaje, y digo de paso que la palabra "drenaje" no me parece anticuada ni "demodée".

Es fácil con la anestesia en circuito cerrado abrir el tórax. Es bastante fácil —y nosotros lo hacemos desde hace mucho tiempo—, es fácil a través de la pleura. Confirmó el Dr. Ugón que no se debe drenar a través de la pleura. Entonces, yo decía, la alternativa para hacer el Israel en un tiempo, sería evacuar el quiste por la cara superior a través del diafragma; luego suturar el diafragma; y finalmente abocarlo, avénarlo, para no usar la palabra "drenaje", por la vía subdiafragmática.

Yo decía que hay peligro en evacuar a través de la pleura en un tiempo operatorio, la cavidad quística, una cavidad infectada. Una sutura, ese hilván (para usar el léxico de las costureras), que hace el cirujano, puede estar a prueba de gases o de líquidos, pero puede no estar a prueba de microbios. Nosotros admitimos que dejando pasar unos días, esa sutura frenoparietal, ese hilván deleznable que es nuestra sutura quirúrgica es reemplazado por la verdadera coalescencia anatómica que resulta del tejido de granulación.

Finalmente repito que no hemos pretendido trazar normas; hemos dicho lo que nosotros hacemos plenamente seguros. Usamos la vía de Israel en dos tiempos siempre y la usamos en un número alto, por lo menos en un 20 % de los casos de quistes hepáticos.

Es lo que quería decir, agradeciendo otra vez la atención que nos han prestado.

Sr. PRESIDENTE.— Muchas gracias. Queda levantada la sesión.