

preventivamente, antes de las maniobras operatorias que pudieran permitir la absorción del líquido hidático.

Recordemos, finalmente, que Urioste y Scaltritti, en una comunicación que data de algo más de veinte años, establecieron que la germinativa y adventicia quísticas contienen una sustancia lipoidea con las reacciones del líquido hidático y que es soluble en el éter y el cloroformo y que puede ser ésta, en ciertos casos, la sustancia vehiculada por el anestésico y la causa de ciertos accidentes cuya patogenia íntima ignoramos aún.

La enseñanza práctica a deducir de nuestra modesta comunicación es que la adrenalina no debe asociarse nunca con la anestesia por el cloroformo.

---

Sesión del 8 de Mayo de 1935

Preside el Prof. CLIVIO NARIO

Presentación de enfermos:

*A propósito de un quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares.*

Por el doctor ENRIQUE LAMAS POUHEY

**Observación.** — F. A. de G., 53 años, uruguayo, casado.

Antecedentes familiares de insuficiencia cardíaca.

Antecedentes personales: menopausa a los 48 años, sin trastornos. No ha tenido enfermedades de importancia.

Enfermedad actual: Hace un año comenzó con trastornos digestivos y sensación de tironeos en la fosa ilíaca derecha. Se estableció una anorexia electiva por la leche y ciertos alimentos (repollo). Esas molestias se manifestaban en seguida de comer y se acompañaban de sensación de tironeos en la fosa ilíaca derecha irradiada al epigastrio, continuados en la cintura hasta la columna vertebral, sintiendo en forma de "puntadas"; la irradiación al hombro no la ha acusado la enferma.

Hace dos meses sintió un malestar general vago, anorexia y estado febril. Tuvo una noche una crisis dolorosa en la fosa ilíaca, flanco e hipocondrio derechos, irradiándose luego en cintura al epigastrio, hipocondrio izquierdo y región dorsal.

Sintió simultáneamente palpitaciones en la región precordial, dolor en la nuca y crisis diaforética localizada en la cabeza y cuello; la enferma insiste en que tuvo chuchos. Ese cuadro no fué acompañado ni de náuseas ni de vómitos y duró como una hora. Horas más tarde se repitió ese cuadro con los mismos caracteres durando entonces dos horas.

Desde hace dos meses se queja de constipación y sensación de boca amarga. El médico constató entonces ictericia, que se manifestaba en las conjuntivas. El dolor se localizó en el hipocondrio derecho.

A raíz de eso pasó un mes siguiendo un régimen de hepáticos, a pesar de lo cual sufría continuamente.

## BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

Examen: Enferma con estado general deficiente, pálida, ha adelgazado mucho, estado febril, no hay ictericia.

Abdomen: Nada de particular a la inspección, movilidad respiratoria normal. A la tos hay dolor en el reborde costal derecho. A la palpación, abdomen blando, depresible, no se halla nada anormal. Gorgoteo cecal, dolor a la presión en esa zona. Zona ventricular dolorosa a la presión, pero no hay signo de Murphy.

No se palpa bazo. No hay puntos frénicos dolorosos. No se palpa el hígado y a la percusión su borde superior se delimita en el 5.º espacio intercostal; se palpa el polo inferior del riñón izquierdo.

Aparatos respiratorio y cardíaco: normales.

Colecistograma: Administrando tetrayodo por vía oral (4 grs.), la vesícula se visualiza mal. Sombras sospechosas de cálculos.

Examen de orina: normal.

Úrea en el suero: 0gr.39.

Wassermann: negativo.

Meltzer-Lyon: positivo débil.

**Operación** (Setiembre 18 de 1934). — Dr. E. Lamas Pouey, Pte. Karlem. Externo Raibis. — Anestesia local con novocaína. Incisión Sprengel. Vesícula libre, pared normal. No se palpan cálculos. Por debajo del hígado, en la fosa subhepática, se palpa un tumor redondeado, duro, móvil, del tamaño de una tangerina, que desliza en el plano retroperitoneal. Colecistostomía a la Mayo; por punción vesicular se saca bilis de color verde oscuro y con la cureta se saca barro biliar con el aspecto de cutícula de ciruela.

El cultivo de esa bilis dió un enterococo y en el examen directo no se encontró ningún elemento anormal (no hay vestigios de equinococosis).

Post operatorio normal, drena poca bilis (100 grs. diariamente) durante 3 días, luego sale el tubo. La temperatura disminuye sin ir a la apirexia normal.

Un mes después la enferma sigue febril, oscilando entre 37° y 37.5, hace una reacción pleural derecha obteniéndose por punción líquido seroso y más profundamente sale pus fluido, en el que al examen directo no muestra nada anormal y al cultivo no hay microbios.

En **Octubre 26** (mes y medio después de la colecistostomía), se opera.

**Operación.** — Dr. E. Lamas Pouey y Pte. Karlem. — Anestesia local. Resección de la 8.ª costilla en la línea axilar posterior. Pleura con adherencias. Punción transdiafragmática, se obtiene pus fluido. Incisión del diafragma, sale pus con numerosísimas vesículas hidáticas. Se drena el espacio subfrénico. Como se produjo un ligero neumotórax se deja un tubo fino con opérculo intrapleural a través de la sutura, que fija el diafragma a la pared.

Post operatorio: drena pus abundantemente con vesículas hijas de todo tamaño. Estado general mejora. Va a la apirexia.

No ha tenido más subicteria. Se va de alta al mes y medio, drenando aún bilis por su tubo subfrénico. La enferma ha aumentado 14 kilos.

En **Febrero 22 de 1935.** — Inyectando Yodinol por el tubo subfrénico se rellena el vestigio del quiste hidático y todo el árbol biliar, pasando el líquido opaco por el hepato colédoco hasta el duodeno sin ningún obstáculo.

En **Abril 1935.** Se saca el tubo y creemos que la fístula biliar está curada.

En resumen: Hemos analizado la historia de una enferma que presentaba desde hace un año signos de dispepsia hepática, subicteria

coincidiendo con períodos febriles, dolor en el flanco e hipocondrio derecho con irradiaciones posteriores, pero no torácicas altas. El examen clínico y el colecistograma nos hicieron pensar en una colecistitis litiásica.

La intervención sólo nos demuestra una estasis vesicular y el estudio de esa bilis no muestra elementos de equinocosis. Se practica una colecistostomía y por el tubo, inyectando Yodinol obtenemos una colangiografía que no muestra las lesiones que se evidenciaron en el epílogo de este caso.

Al mes y medio la enferma hace un absceso subfrénico derecho, que al intervenir drena pus con vesículas hidáticas. Visualizando ese absceso subfrénico por inyección de Yodinol, muestra a la radiografía su conexión con las vías biliares, dando una imagen de colangiografía como aquella obtenida cinco meses antes gracias al tubo de colecistostomía.

### *Fractura en «pico de pato» de la tuberosidad posterior del calcáneo*

Por el doctor CONRADO ROLANDO

Relator: Prof. H. GARCIA LAGOS

He aceptado con satisfacción hacer el informe del trabajo del Dr. Rolando sobre fracturas del ángulo póstero-superior del calcáneo, llamadas fracturas en "pico de pato". El trabajo del Dr. Rolando es un buen trabajo y tiene el interés de ser hecho por el análisis y tratamiento de una variedad rara de fractura del calcáneo.

Voy a dar lectura al trabajo y luego pasaré a comentarlo.

El 28 de Febrero de 1935, tuve ocasión de observar un tipo de fractura de calcáneo que considero interesante presentar a esta Sociedad. Se trata de una fractura del ángulo póstero-superior de la tuberosidad posterior del calcáneo, llamada también por su curioso aspecto radiológico, fractura en pico de pato.

He aquí la observación:

La señora N. S. de C., de 71 años de edad, es traída al Servicio de Entrada del Hospital Maciel por haber sufrido un traumatismo sobre su pie izquierdo, que le provoca vivos dolores y le impide en absoluto la marcha.

El accidente aconteció una hora escasa antes de mi examen y se produjo en las siguientes circunstancias: la paciente había trepado a una escalera de mano apoyada contra un muro y se encontraba a una altura de un par de metros sobre el suelo, cuando la escalera deslizó provocando la caída. Algún obstáculo detuvo bruscamente la escalera antes de que llegara al suelo, debido a lo cual todo el peso de esta paciente, que es bastante corpulenta, gravitó repentinamente sobre la punta de sus pies, que apoyaban en uno de los travesaños, provocando esto una violenta