

bien la historia es de hacerse notar el siguiente hecho. Hace siete años la enferma tuvo una historia clínica netamente vesicular con dispepsia y sólo hará un año empezó a desarrollar su ictericia, pero los síntomas de su enfermedad vesicular desaparecen por completo. La enferma comienza, pues, como una biliar, continúa como una hepática y termina como una hepato-biliar con retrocesión frente al drenaje.

Sea cual sea la interpretación que se acepte, la conclusión práctica que surge del caso es que frente a un cuadro de cirrosis biliar tipo Hanot, cuando la historia clínica hace notar síntomas sospechosos de litiasis vesicular denunciados como en nuestro caso por cólicos hepáticos y dispepsia o ausencia de respuesta vesicular al tubaje, la indicación operatoria es la conducta clínica que se debe aconsejar aún en contra de toda presunción.

Desde que el drenaje vesicular en un proceso hepato-biliar del tipo que relatamos provoca una mejoría tan evidente, no se debe vacilar en realizarlo, porque este caso nos enseña: 1.º) Que con un mínimum de operación podemos convertir un pronóstico severo en otro menos grave; 2.º) Que las llamadas cirrosis médicas benefician a veces de una exploración quirúrgica; 3.º) Que los conceptos anatómoclínicos deben ser sometidos a constante revisión, si queremos que la cirugía salga de su rol exclusivamente técnico para ser un fuerte elemento de progreso médico, aún a riesgo de sacrificar los criterios clásicos más admitidos.

Hemos tratado de obtener datos ulteriores de esta enferma y una vez escrita esta comunicación nos enteramos que ha fallecido a los dos meses de operada por una bronconeumonía. Es de sentir este desenlace que nos priva de continuar la evolución de tan interesante caso, pero dada la naturaleza de la afección que provocó la muerte, las conclusiones anteriores quedan en pie. Por eso es que hemos persistido en nuestro propósito de presentarlo.

Doble perforación pelvi-duodenal y urétero-iliaca por litiasis pielo-ureteral

Por el Prof. AMERICO FOSSATI

Observación clínica. — Santiago N., 22 años, uruguayo, soltero. Procedente del Departamento de San José. Ingresó a la Sala Súñer del Hospital Español el 20 de Noviembre de 1929 (2164).

Viene con un absceso caliente de la fosa iliaca derecha, adherido a la profundidad; con contractura del psoas ilíaco, nada óseo; 37 2/5 de fiebre. Creo en un absceso de origen apendicular. Dice estar enfermo de pocos días antes, con dolor.

fiebre, sin vómitos ni constipación: siempre ha sido sano y aún después de aclarar su lesión y con muchas insistencias, su madre nos cuenta que a veces, después de algún ejercicio violento, sentía dolores lumbares, a los que no daba importancia y que desaparecían sin ninguna medicación, nunca tuvo trastornos urinarios ni notó modificaciones en sus orinas, tampoco antecedentes blenorragicos ni venéreos de cualquier clase. Wassermann, H⁸. Urea, 0,25. Grinas normales.

El 22 de Noviembre de 1929 lo opero ayudado por el Dr. C. Piaggio y con anestesia general de cloruro de etilo efectuó una incisión de Roux, decolo el fondo del saco lateral peritoneal y abordó su colección —pus fétido colibacilar—, lavado al suero y taponamiento con gasa simple. Esto hace pensar en que el origen apendicular puede ser probable. Sigue bien y como su herida tardara en cerrar vuelve a sus pagos (San José) el 28 de Diciembre de 1929, para curarse en la policlínica de

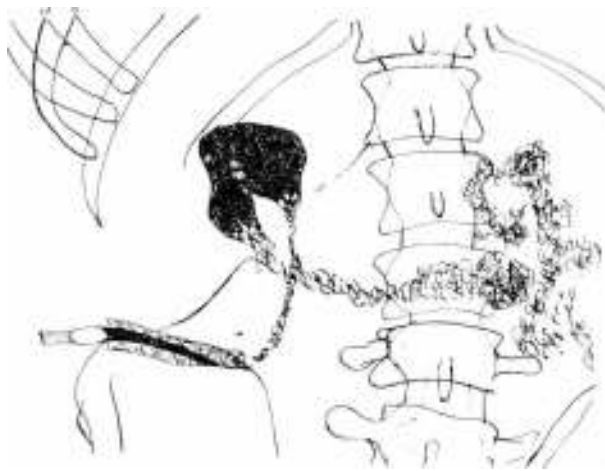


Fig. 1. Una inyección de lipiodol por la fístula, rellena el intestino.

esa localidad. Antes de irse una radioscopia de su región ceco-apendicular, nos da: "Ciego ptosado y poco móvil, apéndice no visible, no hay dolor" (Dr. Hormazche). Más o menos en Febrero de 1930 vuelve a nuestra consulta sin haber cerrado su herida, exudando siempre un escaso líquido purulento, la dilato y consigo extraer de su fondo un cálculo marrón del tamaño de una aceituna chica, me lo pide para mostrar en su casa, se lo cedo con la obligación de devolverlo para analizarlo. Lo pierde, vuelve a sus pagos creyendo que ahora cerraría del todo su trayecto fistuloso. Vuelve a ingresar al Hospital Español el 30 de Mayo de 1930. Explorado su trayecto nos lleva hacia arriba y adentro. Una inyección de lipiodol nos muestra que comunica con el intestino (Fig. 1). Wassermann, H⁸. Urea en la sangre, 0,30. Orinas normales.

Vuelvo a operarlo el 6 de Junio de 1930. Dr. Fossati y J. C. Pravia (2359). Anestesia general al éter. Circunscribo su orificio fistuloso y libero su trayecto del calibre de un lápiz y que estaba bien localizado y por dentro había una capa que me pareció de fungosidades y que bien pudiera ser la mucosa ureteral (?), toda la fístula era retroperitoneal y su disección nos llevó hacia arriba y adentro llegando hasta la

region del hilio renal y con una longitud de más de 20 centímetros, me detengo a seccionar y dreno con un "cigarrete"; luego abro el peritoneo más abajo y descubro su apéndice, que estaba enfermo y adherido, pero no tenía nada que ver con el tumor fistuloso. Cierro bien la pared en tres planos.

Resiste bien el acto operatorio, pero su herida no cierra, sigue con su fistula primitiva y se le forma otra más arriba. La forma y dirección del trayecto era la misma con que progresan muchos abscesos por congestión, pero la radiografía de la columna y los signos clínicos eran absolutamente negativos y estaban por medio del cálculo y la comunicación intestinal. Pensando también en la posibilidad de una emigración anormal de un cálculo vesicular (hay una historia de un enfermo de los Drs. Tarigo y Bottaro publicada que lo demuestra), se le practicó una colecistografía, que fué absolutamente normal. Por el trayecto siempre un poco de exudado purulento y nunca ningún líquido orgánico, biliar, materias intestinales, orina, etc. Se-



Fig. 2.

le manda afuera para que se alimente bien y tome baños de sol en mejores condiciones que en el Hospital. Alta en Agosto de 1930.

Vuelve a ingresar de nuevo el 19 de Agosto de 1930. Ha mejorado mucho, está más grueso, pero sus heridas no cierran. Una nueva exploración de su trayecto con mezcla de bario muestra la comunicación con el intestino delgado y bien alta; en un momento dado el Dr. Hormaeche creyó fuera el duodeno. Una exploración por vía bucal mostró la integridad radiológica del estómago e intestino. Nueva operación: el 20 de Setiembre. Dr. Fossati, ayuda Dr. J. C. Pravia. Laparatomía paramediana derecha subcostal y transrectal, píloro y vesícula sanos, la segunda porción del duodeno está fuertemente adherida a la cara posterior del abdomen, peritoneo pre-renal, todo el resto del delgado hasta el ciego, normal; vuelvo a la segunda porción del duodeno, que empiezo a liberar poco a poco, adherencia fibrosa y fuerte, la voy circunscribiendo hasta que en un momento dado rebordo la perforación de un diámetro de un centímetro, y a bordes fibrosos e indurados. La liberación y decolamiento del resto del duodeno es fácil y la prolongo bien hasta formarle un buen meso, reseco el borde de la fisula y la suture en dos planos, completo y peritonización. A pesar de

que el calibre del duodeno era satisfactorio me pareció prudente efectuar una **gastro-enterectomía posterior** transmesocólica. Luego cierre total de la laparatomía; aprovecho la intervención para ampliar los trayectos fistulosos y drenar bien por allí el foco. Pensamos en una **úlcera perforada de la cara retroperitoneal de la segunda porción del duodeno**, pero el cálculo no encajaba en ese diagnóstico.

El enfermo resiste bien el acto operatorio, su herida abdominal cicatriza "per primam", pero no las heridas anteriores. Una exploración radioscópica muestra que éstas no comunican más con el intestino.

Alta para curarse en la policlínica del Hóspit l de San José y tomar baños de sol en su domicilio. 30 de Diciembre de 1930. Regresa el 2 de Enero de 1931 para dilatar sus trayectos, curararlos y vuelve el 16 a sus pagos.



Sombra del líquido inyectado y dentro otra con la forma de un cálculo del bacinete.

Mejora, engorda, pero sus heridas no cierran. Ingresa de nuevo al Hospital el 6 de Febrero de 1931. Presenta dos fistulas, una en la fosa iliaca derecha y otra más arriba, en el flanco. La fistula inferior es subcutánea, la superior llega a la región renal. Una radiografía hecha el 5 de Marzo, dice: "Columna lumbar y dorsal

inferior normal. La región renal derecha, mantiene el líquido inyectado". (Véase Fig. 3). Observamos la placa y vemos una sombra triangulada, que pudiera ser un líquido opaco retenido o un cuerpo extraño empapado en el líquido opaco y por primera vez pensamos en la posibilidad de un cálculo del bacinete. Una urografía previa endovenosa con uroselectan, nos muestra normales el riñón y uréter izquierdo y nada en el derecho. En varias cistoscopías no pudimos ver el orificio ureteral derecho y, por consiguiente, tampoco pudimos cateterizarlo. Recordemos que nunca salió orina por la herida, que no acusaba al más minucioso de los interrogatorios ningún antecedente urinario, pero en la duda y sobre todo en la imposibilidad de curarle y agotando todos los procedimientos no cruentos decidimos intervenir una vez más.

Previo una preparación cuidadosísima lo hacemos el 22 de Abril. (2700). Dr. Fossati, ayuda Dr. J. C. Pravia. Anestesia general al éter. Incisión oblicua lumbal. Afordamos la región renal y nos encontramos con un riñón duro y grueso con grandes adherencias, liberamos, esculpimos poco a poco y con gran esfuerzo conseguimos aislar y extirpar lo que parecía un riñón con su pedículo, que es ligado; no vimos ni buscamos el uréter. Drenaje. Cierre parcial en tres planos, dos musculares con catgut y piel con crin.

Examen macroscópico de la pieza: "Masa como un puño chico que parecía toda de grasa, de forma irregular. En la parte interna notamos el bacinete completamente rebobado sobre un cálculo de forma cuadrangular. Abierto por su plano mayor transversal observamos una gran zona periférica toda de grasa y en la parte central otra de tejido renal de una anchura de dos centímetros más o menos, pálido y amarillento; luego el bacinete y el uréter que se perdía en la zona grasosa citada.

El enfermo soporta bien el acto operatorio y cura su herida por priman, pero sus trayectos antiguos tardan en cerrarse, pero cada vez supuran menos. El estado general mejora enormemente y el 29 de Agosto de 1931 se le da el alta para ir a su pueblo San José, sin estar del todo cerradas sus heridas, pero dando la impresión de marchar a una cura relativamente rápida.

Lo vemos varias veces después completamente curado, con buenas diuresis y excelente estado general.

El examen anatomopatológico mostró una atrofia renal con degeneración escleromatosa.

Después de tanta operación y exámenes podemos recapitular los hechos y formarnos una idea exacta de las lesiones de nuestro enfermo. Cálculo de la pelvis renal derecha, que la rellena completamente; cálculo del uréter derecho, detenido probablemente a la altura de la fosa ilíaca; este cálculo, obliterando el uréter, provoca la inhibición primero funcional del riñón y luego la atrofia de éste por degeneración grasosa; además, este mismo cálculo ulcera el uréter y produce una peri-ureteritis que invade el tejido célula-grasoso de la fosa ilíaca derecha y forma allí una colección pútrida y gaseosa (a bacillus coli), que hubo que intervenir. Primera operación. A su vez el cálculo ureteral es extraído. El cálculo pelviano provoca un proceso idéntico de peri-pielitis, que adhiriendo primero y ulcerando después las capas que lo separan de la segunda porción del duodeno, da lugar a la

formación de esa fístula duodenal constatada en la exploración radiográfica y en el acto operatorio. La atrofia renal y desaparición de su función eliminadora tiene que haber sido anterior a este proceso, nunca salió orina por la herida. Llama la atención sobre todo, como este proceso tan intenso y destructivo, se desarrolló sin síntomas de ninguna clase o con pequeños signos dolorosos, nunca de cólico nefrítico, debiéndose esto probablemente a que la inhibición del funcionamiento renal fué precoz y no habiendo eliminación no hay retención y, por consiguiente, tampoco distensión aguda pielo-ureteral y, por ende, cólica, así como tampoco distensión pélvica, pielosis. El proceso silencioso por mucho tiempo se infecta seguramente por vía sanguínea y de origen intestinal (bacilo coli) y desarrolla los procesos inflamatorios y ulcerativos que dieron lugar al síndrome relatado.

En nuestra incompleta excursión bibliográfica no hemos encontrado relatado ningún caso semejante; perforaciones pélvicas y ureterales con flemones peri-renales e ilíacos, son relativamente frecuentes, lo mismo que en nuestro registro personal; pero perforación duodenal, no, y es por eso que nos ha parecido interesante presentarlo a la consideración de los colegas de la Sociedad de Cirugía.

Radiografías y esquemas del Dr. P. Hormaeche.

Sesión del 14 de Agosto de 1935

Quistes hidáticos del cerebro. Nueva técnica quirúrgica.

Por el Prof. ALEJANDRO SCHROEDER

Debo a la gentileza del Dr. Pena los casos 2º y 3º presentados en la Sociedad de Cirugía, quien me invitó a estudiarlos y operarlos en su Servicio, cooperando además en el estudio e intervenciones de los mismos.

El objeto de la presente comunicación a la Sociedad de Cirugía es hacer conocer el resultado del empleo de la encefalografía para el diagnóstico de quiste hidático cerebral y un nuevo procedimiento quirúrgico para su tratamiento.

Se trata de tres enfermos de 15, 11 y 6 años, respectivamente, que han sido diagnosticados de quiste hidático cerebral por la encefalografía y operados por el nuevo procedimiento.

Los dos primeros de ellos tenían el quiste en el lóbulo occipital derecho y el tercero en el lóbulo frontal izquierdo.

Presentamos a la Sociedad de Cirugía los tres casos con sus his-