

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-

torias, radiografías y técnicas correspondientes a dos de los enfermos el 2.º y 3.º, no pudiendo presentar el primer enfermo operado por no haber llegado a tiempo para esta sesión.

En el momento de escribir este trabajo, 5 días después de haberlo examinado a este último, podemos decir que ha aumentado 14 kilogramos de peso, siendo su estado general excelente.

Describiremos en detalle el tercer caso a localización frontal izquierda como típico para apreciar el valor de la encefalografía para el diagnóstico de localización del quiste hidático y para el diagnóstico de naturaleza de quiste hidático y a la vez la técnica que usamos para su extirpación, dejando la descripción de los otros dos casos para una publicación más extensa que preparamos sobre el mismo tema.

Historia clínica. — **W. P.**, niño de 6 años, proveniente de Rocha, lo vemos el 1.º de Abril del corriente año. Se trata de un chico que desde hace dos meses queja de cefaleas que van en aumento y a las que acompañan vómitos de cuando en cuando. Está ciego desde hace 20 días. Psíquicamente se trata de un niño vivaz simpático, que fuera de los momentos en que se acentúa la cefalea contesta con toda prontitud y claridad a las preguntas. Físicamente, está bien desarrollado, aunque algo denutrido.

El examen clínico da el siguiente resultado:

Pupilas dilatadas; ligero edema de las papilas, que está también muy pálidas con vasos finos. En el ojo izquierdo no hay reflejo a la luz.

El examen del campo visual, hecho simplemente a mano, permite constatar ceguera absoluta del ojo izquierdo. En el cuadrante superior temporal del ojo derecho ve la luz intensa de la lámpara de oftalmoscopio a 20 centímetros; en el resto del campo visual ceguera completa.

Hay ruido de olla rajada muy neta en todo el cráneo, pero más en el lado derecho. En la región temporal derecha hay una cicatriz de 8 centímetros de largo, con adherencias al hueso y se pueden palpar pequeños defectos del mismo. El niño había recibido, dos años antes, una coza de caballo en ese lugar. La circulación venosa es marcada en la región frontal y temporal, pero más a la derecha.

El resto del examen clínico fué negativo. También fué el radiólogo para el diagnóstico de localización: sólo tenían las placas signos de hipertensión.

No había en el enfermo una alteración de reflejos, un disturbio sensitivo, una parálisis muscular, ocular o de otra parte del organismo que nos diera un indicio para localizar la neoformación en la cual nos obligaba a pensar el conjunto de síntomas tan avanzados de hipertensión.

El Casoni fué negativo y el examen de la sangre sólo dió 4 % de eosinófilos.

Por no tener síntomas de localización y en la posibilidad de que hubiera un quiste post-traumático en el lugar del traumatismo, resolvimos hacer una craneotomía a ese nivel.

OPERACION (11 de Abril de 1935). — Operador Dr. Schroeder. Ayudante Pte. Sierra. — **Anestesia local.** Colgajo a base inferior con amplitud suficiente para exponer la región temporal-rolándica-parietal y parte de la frontal y occipital. La duramadre estaba adherida en parte al hueso al nivel de la cicatriz del mismo y donde faltaban pequeños fragmentos de hueso. El cerebro pulsa normalmente a través de

la dura. Se abre ésta a base superior. Toda la extensión del cerebro expuesto es normal en color, consistencia y forma. Se cierra la duramadre en casi toda su extensión dejando abierta la porción superior, cerrando los planos restantes herméticamente.

El enfermo se repone sin incidencias de la intervención y el 15 de Abril hace-

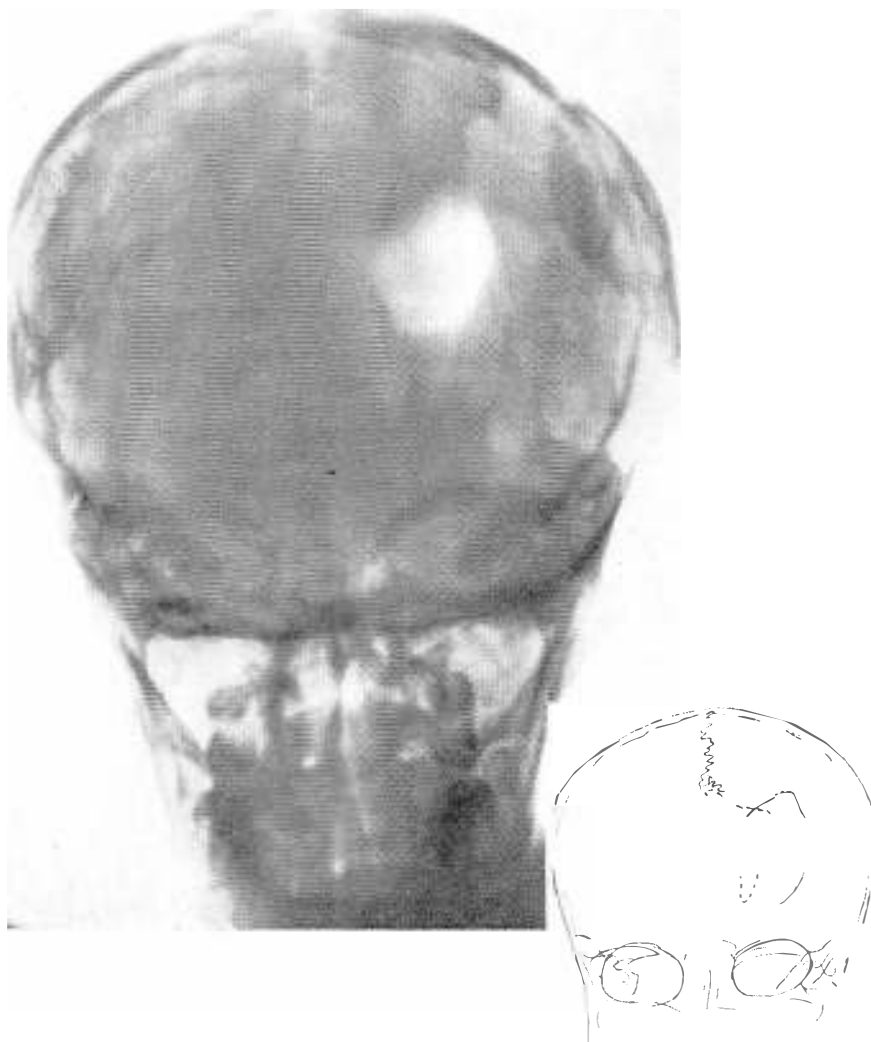


Fig. 1. Radiografía de cráneo (occipucio placa). Se ven los dos prolongamientos frontales de los ventrículos laterales desplazados hacia la mitad derecha del cráneo. El ventrículo izquierdo tiene menos aire que el derecho, está algo menos dilatado y su sombra cubre en parte la del derecho. En la parte derecha del cráneo se ve también el colgajo de la primera intervención.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

mos la **encefalografía**, cuyo aspecto se puede apreciar en la figura 1, que reproduce una radiografía hecha en posición occipucio placa.

Los prolongamientos frontales de los ventrículos laterales están dilatados y desplazados de su posición normal hacia la derecha. Principalmente el izquierdo pasado la línea media, colocado en la mitad derecha del cráneo empuja el derecho a su vez fuera de su posición normal.

Se tiene la impresión de que una neoformación situada en el polo frontal izquierdo por fuera del prolongamiento frontal del ventrículo, los desplaza hacia la derecha. Además, esa tumoración debe ser muy grande para poder trasladar al ventrículo izquierdo conjuntamente con la materia cerebral, que está por dentro mismo más la masa del lóbulo frontal derecho.

Hicimos diagnóstico de quiste hidático a pesar de las reacciones negativas, pero que pensamos que sólo esa neoformación puede llegar a un volumen tan enorme en considerancia física relativamente buena del enfermo y psíquica perfecta a pesar de su localización en el lóbulo frontal izquierdo.

Con el diagnóstico de naturaleza quiste hidático de la neoformación pasamos a la confirmación del mismo y a la preparación para el acto operatorio.

Con ese fin le hacemos con anestesia local (18 de Abril) y ayudado por el Dr. Curbelo, una incisión de 4 centímetros en la región frontal y a través de un agujero de fresa (que se puede apreciar en las radiografías laterales), se punciona el quiste se extraen lentamente 200 c.c. de líquido cristalino que se sustituye por aire. La intervención es tolerada tan bien por el niño, que durante todo el acto operatorio conversa y responde a todas las bromas que le dicen.

Las radiografías del cráneo hechas en cuatro posiciones, dos laterales, frente-placa y occipucio placa (figuras 2, 3, 4 y 5), nos muestran primero que sólo se puede tratar de quiste hidático, a pesar del examen negativo del líquido en cuanto a ganchos. Además nos muestran su tamaño y lo que es más importante para el acto quirúrgico definitivo, las relaciones exactas del mismo con la pared craneana.

La radiografía frente placa, que representa la figura 2, nos dice que la pared del quiste se acerca de tal manera a la pared craneana que parece tocarla, con existencia muy escasa de sustancia cerebral.

En todo el resto de la circunferencia de ese enorme quiste, que parece ocupar casi la mitad del hemisferio correspondiente, la distancia de la pared craneana es mayor que en lugar arriba apuntado.

Operación. — Ayudado por el Dr. Curbelo y hecha a tres horas después de la inyección de aire en el quiste. Como la incisión hecha para el relleno de aire coincidía casi (estaba un poco más arriba) con el lugar de máxima aproximación a la pared, prolongamos con anestesia local aquella hacia abajo en 4 centímetros más.

Se separan los bordes de la herida con separadores de mastoides, despiertándose previamente con rugina el hueso.

Utilizamos el agujero de fresa hecho para la punción del quiste y ampliamos una brecha ósea definitiva a pinza sacabocados, de 5 centímetros en el sentido vertical por 4 de ancho. La duramadre se presentaba tensa, sin latidos y ligeramente transparente. La apertura de la misma se hizo en cruz.

En las partes centrales del quiste ya expuesto no había al parecer materia cerebral. La pared quística estaba limitada sólo por las meníngeas blandas y a través de ellas se veía la cavidad quística.

Previo protección con algunos algodones humedecidos en suero de los bordes de la apertura duramariana se abren las meníngeas en la zona de menor vascularización. Queda a la vista una gran cavidad en cuyo fondo, convenientemente iluminado,

veía la membrana quística, que se extrae con una pinza de corazón sin dificultad. Con la bomba aspiradora se extraen algunos centímetros de líquido que aún quedaban en la cavidad, cuya pared inferior parece estar formada también por el piso del cráneo, cuyos contornos y relieves se ven.

Se inyectan entonces éter unos 10 c.c., se lavan las paredes con un algodón humedecido en el mismo líquido, se extrae el éter con la bomba aspirante, se seca con algodones y se repite esta operación dos veces más, tratando de dejar al final la cavidad lo más seca posible.

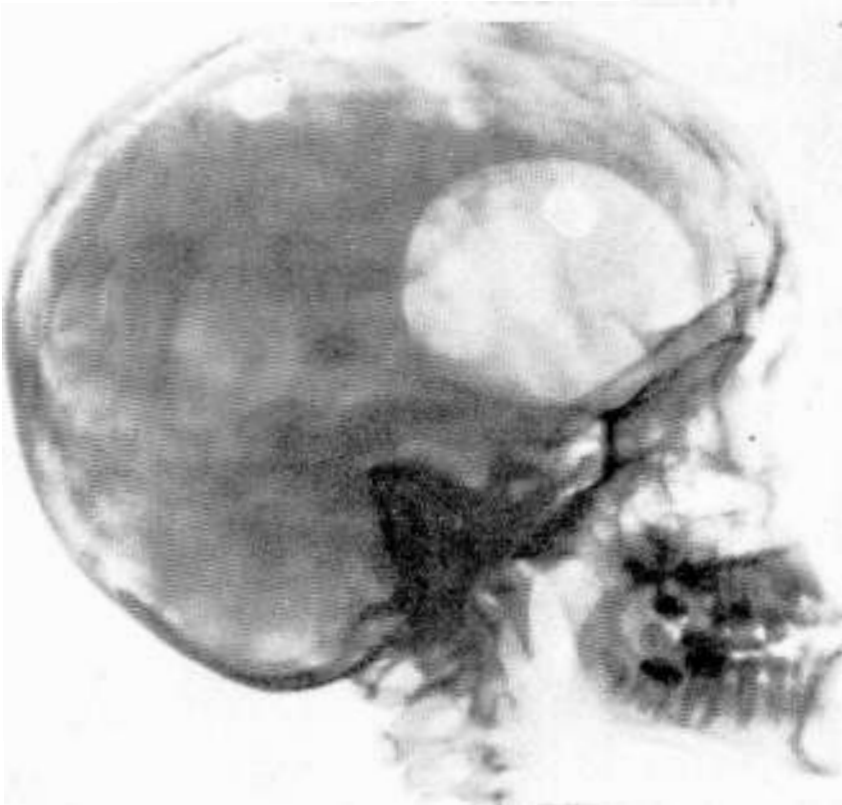


Fig. 2. Radiografía lateral izquierda del cráneo después de rellena de aire la cavidad del quiste. En la sombra del mismo se ve el agujero de fresa hecho para el relleno del quiste.

Se abandonan los bordes de la apertura del cerebro, que manteníamos pinzados suavemente con pinzas de corazón. Dejamos, pues, la cavidad quística una vez desinfectada y seca, abierta en el cráneo.

Cerramos la duramadre herméticamente y también los planos superficiales.

Al igual que en los dos casos operados anteriormente, durante la intervención no ha habido alteraciones de pulso y el enfermo ha conversado, respondiendo tranquilamente a las preguntas que le hacían.

A pesar de haber hecho en la tarde de la intervención 40%, no se altera el estado

genaral. El niño bebe todo lo que se le da, contesta muy bien, duerme casi toda la noche. Un examen hecho dos días después no permite comprobar ni disturbios motrices, ni sensitivos, ni de reflejos; tampoco hay rigidez de la nuca, ni Kernig; el estado general es muy bueno y se alimenta con regularidad.

El día 25 de Abril sus pupilas están muy dilatadas, algo más la izquierda. Hay reflejo a la luz en la pupila izquierda, que es lento pero evidente; en el ojo derecho el reflejo a la luz es vivo. En el ojo izquierdo no percibe la luz de la lámpara de oftalmoscopio, en el derecho percibe la luz de cerca en todo el campo visual, pero más del lado temporal. En el fondo de los ojos las papilas tienen aspecto pálido atrófico.

Estado general bueno: está alegre; la temperatura es de 37° 3/5 axilar y 38° rectal, de tarde. Las heridas operatorias están bien, pulsan normalmente.

Salvo la incidencia de una intoxicación por exceso alimenticio, el enfermo es dado de alta al mes de intervenido, sin cefaleas, con sus pupilas aún dilatadas, con visión de la luz del oftalmoscopio en todo el ojo derecho a 80 centímetros de distancia y con ceguera absoluta del ojo izquierdo, aunque sí con reflejos a la luz en este ojo.

El enfermo es seguido por nosotros periódicamente y en el examen hecho el 11 de Noviembre del corriente año, comprobamos un aumento de 7 kilogramos de peso, con un estado general muy bueno, sin cefalea.

Sus heridas están deprimidas, lo que demuestra que no hay señales de hipertensión y cerradas por hueso casi completamente, lo que hemos podido observar en los otros dos casos operados también.

Las pupilas aún dilatadas no lo están tanto como antes.

Los reflejos a la luz se hacen en los dos ojos. La pupila izquierda es muy pálida y con vasos muy pequeños, percibiendo la luz del oftalmoscopio a 50 centímetros.

En el ojo derecho ve la luz de las ventanas en la pieza, percibe el movimiento de las manos y, según el padre, hace algunos días pudo distinguir en la calle los colores rojo y verde de un auto.

Sin entrar en consideraciones largas podemos afirmar por el examen de la literatura a nuestro alcance, nacional y extranjera:

1.º) Que el diagnóstico de quiste hidático como localización es difícil, porque por sus características de crecimiento extraordinariamente lento y gran tolerancia por el encéfalo no da síntomas sino cuando tiene un volumen que, en general, es incompatible con la vida para neoformaciones de otra naturaleza.

2.º) Que para la naturaleza de quiste hidático las reacciones de Casoni, reacción de fijación y el examen de sangre fracasan muy a menudo.

3.º) Que el diagnóstico de naturaleza es, salvo circunstancias especiales, sólo de probabilidades.

Los tres casos que hemos presentado en la Sociedad de Cirugía y de los cuales presentamos el último en este trabajo, creo que nos permiten sacar las siguientes conclusiones:

1.º) Que la encefalografía nos permite localizar el quiste cuando los síntomas clínicos y radiológicos fracasan.

2.º Que podemos afirmar el diagnóstico de naturaleza de quiste hidático cuando hay discordancia entre el estado del enfermo y el volumen de la neoformación apreciado por la lectura de la encefalografía.

En cuanto a la técnica quirúrgica de quiste hidático, lo que se ha publicado hasta ahora es de resultado tan poco halagador, que los

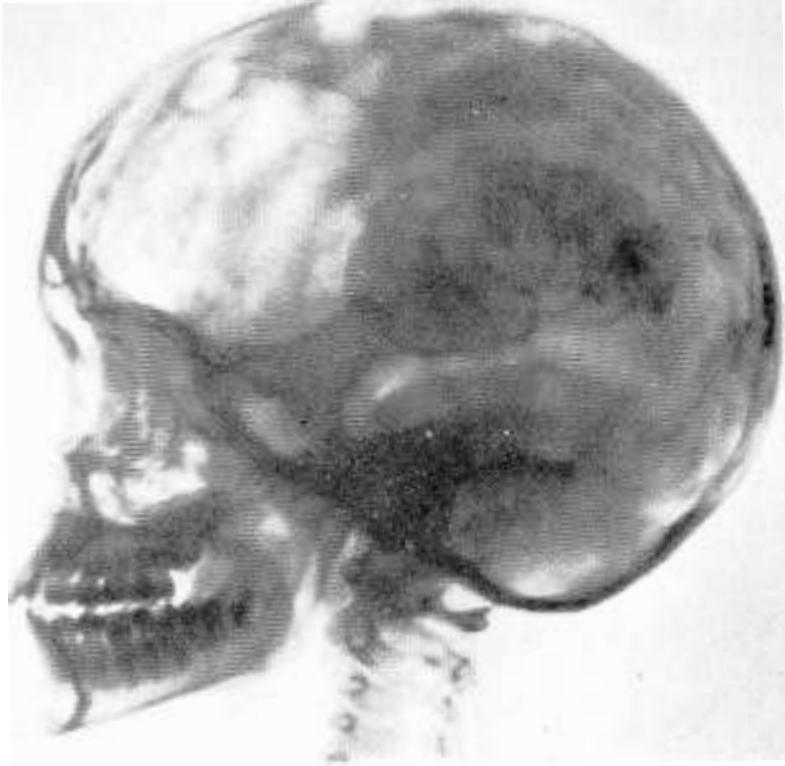


Fig. 3. Radiografía lateral derecha del cráneo con la cavidad quística rellena de aire. Se ve en ésta la craniectomía de la primera intervención y el agujero de fresa para la insuflación. Se puede comprobar las relaciones de la cavidad con el piso del cráneo y con la pared anterior del cráneo.

cirujanos que se han ocupado de esta cirugía la consideran tan grave como la de los tumores malignos.

Resumiendo a través de la literatura las causas que determinan el deceso de los enfermos de quiste hidático cerebral, podemos decir que muchos casos mueren: a) por la decompresión brusca producida por la apertura del quiste en el acto operatorio, el enfermo muere en

estos casos en las horas que siguen a la intervención o en el acto operatorio; b) por lesiones graves producidas en el acto operatorio en la búsqueda del quiste, por no tener localizado con precisión el quiste, pasando a veces el cirujano al lado del mismo sin encontrarlo como lo demuestran múltiples autopsias; c) por intoxicación producida por el derrame de líquido hidático en los espacios aracnoideos.



Fig. 4. Radiografía ántero-posterior (frente placa). Quiste relleno de aire. Las relaciones del quiste en el piso del cráneo son las mismas que en las placas anteriores. La mancha clara que se ve en el hemicráneo derecho corresponde al prolongamiento occipital del ventrículo lateral derecho dilatado, relleno por la encefalografía.

sobreviniendo el deceso. en general, a las dos o tres horas de operado, con fiebre altísima. cuadro de intensa intoxicación general y cerebral; d) por recidiva "in situ" o en la vecindad del quiste hidático que, en la recidiva, es múltiple y en general prácticamente inoperable.

A través de la literatura se encuentran técnicas diversas cuya simple enumeración demuestra que ninguna es precisa y son ya la inyección de líquidos mortificantes en el quiste, sin extirpación de la membrana, ya la inyección previa de un líquido como formol y extirpación del quiste un tiempo después, ya la extirpación del quiste en block con su adventicia y la masa cerebral que la rodea, ya la apertura simple del quiste con extirpación de las membranas y con o sin cierre de la cavidad.

A la primera de las técnicas enumeradas creo que sobran las objeciones, a la segunda le observamos que nos exponemos a inyectar un líquido fijador en una cavidad que puede no ser un quiste hidático y lo que es más grave en una cavidad que aún en el caso de ser un quiste y aún previa una encefalografía no sabemos las relaciones exactas con los ventrículos, exponiéndonos a que el líquido pase a éstos con el resultado de una muerte segura; a la tercera técnica objetamos que sólo es factible en casos de quistes pequeñísimos diagnosticados en el comienzo de su desarrollo, hecho que rarísima vez se presenta y que en general son de la zona rolándica por lo precoz en sus síntomas de localización, y a la última técnica le ofrecemos los reparos que forman el conjunto de las causas de muertes apuntadas más arriba. por decompresión brusca, derrame de líquido hidático. etc.

Nuestra técnica operatoria la sintetizamos en los siguientes tiempos:

1.º) Diagnóstico clínico y radiológico exacto de localización y en caso de duda, encefalografía.

2.º) Punción del quiste a través de un agujero de fresa, previa incisión con anestesia local, extracción del líquido hidático, que debe ser lo más completa posible, sustituyéndola lentamente por aire.

3.º) Radiografía en cuatro posiciones que nos permita apreciar las relaciones del quiste con la pared craneana.

4.º) Extirpación de la membrana abordando el quiste por la pared del cráneo en la porción que está más cercana a ésta, para lo cual se hace: a) una incisión lineal de los planos blandos, con anestesia local, de 8 a 10 centímetros de largo; b) se separan con la rugina los planos blandos del cráneo, manteniéndolos separados con separadores de mastoides; c) un agujero de fresa y con pinza sacabocados se abre una brecha ósea que tenga 5 a 6 centímetros de diámetro; d) apertura de la dura en cruz; e) punción de la cavidad quística a través de las

meníngicas blandas, a través de la porción menos rica en vasos y dilatación de la apertura con pinzas de Kocher envueltas en algodones húmedos; f) protección de los espacios aracnoideos vecinos con algodones en todo el contorno de la brecha duramariana; g) extracción de la membrana con una pinza de corazón; h) aspiración del líquido que pueda quedar en la cavidad; i) lavado repetido con éter de la cavidad y secado cuidadoso de la misma con el aspirador y con algo-

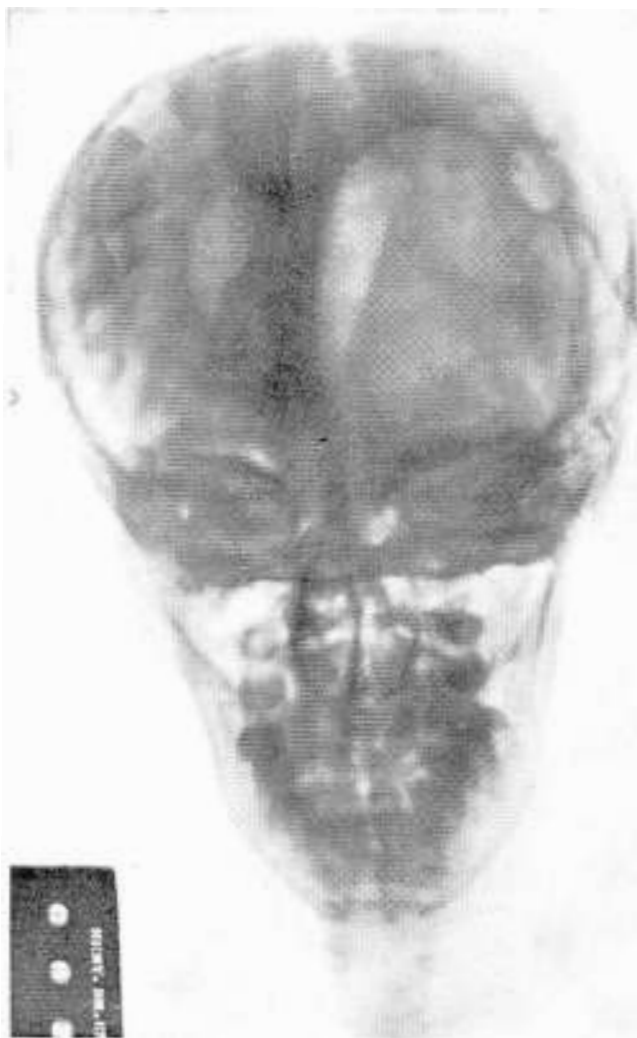


Fig. 5. Radiografía antero-posterior (occipucio placa). Quiste relleno de aire. Se ve que el quiste rebasa la línea media; su límite inferior es el piso del cráneo; en su porción externa parece tocar casi el cráneo.

donos; j) dejar la cavidad quística abierta en el cráneo, cerrar herméticamente la duramadre con seda; k) cierre de los planos superficiales herméticamente.

Las ventajas que creemos poder apuntar en favor de nuestra técnica son las siguientes:

1.° El abordaje del quiste se hace con un trauma mínimo por la seguridad absoluta de ruta que nos da el relleno previo de aire, que nos permite ver el quiste como en relieve en el cráneo y sus relaciones exactas con la pared ósea.

2.° Evitamos los efectos de la decompresión brusca, causa de muchas muertes inmediatas post operatorias.

3.° Con la extracción previa del líquido hidático a la apertura del quiste, se evita la difusión del líquido a los espacios aracnoideos con las consecuencias ya expuestas.

4.° La desinfección de la cavidad quística ya abierta y previa exploración de la misma, nos permite hacerlo con más conocimiento de las relaciones de aquella con los ventrículos y asegura, creemos, la esterilización de la cavidad evitando la recidiva.

5.° El éter como desinfectante se ha mostrado como perfectamente tolerable en la cavidad quística del cerebro y podemos afirmar que no ataca las fibras mielínicas, como lo demuestra de una manera concluyente el primer caso operado que presentamos en la Sociedad de Cirugía, en el cual la hemianopsia que tenía antes de la extirpación del quiste desaparece de inmediato a la intervención.

A LOS COLABORADORES

(Resolución de la Comisión Directiva
en sesión del 23 de Abril de 1935)

Los gastos de impresión de los trabajos cuya extensión no exceda de 5 páginas serán costeados por la Sociedad.

La Sociedad costeará el 50 % del valor de los clisés, siempre que su número no sea mayor de 5.

El excedente de páginas y de clisés será abonado por los autores a razón de \$ 2.50 la página.



F E D E R R A T A S

ROBERTO V. CANTON

Fractura transcotiloidea con penetración intrapélvica de la cabeza femoral.

En este trabajo, publicado en el N.º 4 del Boletín, existe un error de impresión que modifica los términos de la clasificación de las fracturas del cótilo, que propone el autor (página 116).

Reproducimos la clasificación con la corrección correspondiente:

CLASIFICACION

- | | |
|--|---|
| <p>A) Fracturas sin desplazamiento o con mínimo desplazamiento.
Fractura rectilínea.
Fractura a 3 fragmentos en Y.
Fractura a 4 fragmentos (Cottalorda).</p> <p>B) Fractura con desplazamiento acentuado.</p> <p>a) Pubo-acetabular (Observación de Froelich — esquema N.º 5).</p> <p>b) Isquio-acetabular (Observación de Lenormant — esquema N.º 6).</p> <p>c) Transversal o transcótilo-pelviana.</p> | <p>(Caracterizada por interrupción total de la cintura pelviana (nuestra observación) — esquema N.º 4).
Tipo de transición entre las fracturas del cótilo y las grandes fracturas de la pelvis.</p> <p>d) Por perforación: la cabeza femoral perfora el cótilo y se encaja; prácticamente excepcional. Observación de Vaquez, considerada única en la literatura por la forma del desprendimiento, en vidrio de reloj, del fondo.</p> |
|--|---|

Hemos recibido una copia avanzada de "La Sangría Incruenta", Vol. VIII. Núm. 3, que se está enviando a todos los médicos del Uruguay.

Esta pequeña revista que publica "The Denver Chemical Manufacturing Company" de Nueva York, viene llena de artículos interesantes escritos por médicos de diferentes países y, aunque el propósito de la publicación es familiarizar a los lectores médicos con la Antiphlogistine, éstos hallarán, sin embargo, varios artículos e ilustraciones de interés particular. La revista vale la pena leerla y su edición de 1.450.000 ejemplares, impresa en diez idiomas, se enviará a todos los médicos del mundo.

Si Ud. no ha recibido una copia, escriba a "The Denver Chemical Manufacturing Company" de Nueva York, para poner su nombre en sus listas. La revista le será enviada libre de todo gasto.