

CAPITULO VIII

Ruptura intraperitoneal de quiste hidático

La ruptura intraperitoneal de un quiste hidático constituye un episodio agudo cuyos pormenores clínicos y terapéuticos debemos analizar bien, dada la frecuencia del quiste hidático en nuestro medio.

Ella origina toda una serie de cuadros anatomo-clínicos extendidos a lo largo del tiempo.

Pero aún cuando se pasa insensiblemente de los unos a los otros, es práctico establecer una separación neta entre los episodios agudos consecutivos o inmediatos a la ruptura y los cuadros alejados netamente separados del episodio original por intervalos largos, desprovistos de manifestaciones clínicas.

De estos cuadros crónicos o alejados (seudo-tuberculosis hidática peritoneal, peritonitis crónicas enquistadas con bilis coleperitonso hidático) o sin bilis (hidato-peritoneo o hidatideo-peritoneo), hidatosis secundaria peritoneal, retengamos sobre todo esta última. Ella atestigua el desarrollo de los gérmenes —escolex, vesículas prolíferas— caídos en la cavidad peritoneal (equinococosis secundaria, siembra hidática). Por su frecuencia y por su gravedad constituye un elemento importante a ser tenido en cuenta en el momento de la ruptura, para la elección de la conducta a seguir,

ANATOMIA PATOLOGICA Y CLASIFICACION DE LOS CASOS AGUDOS

En la ruptura intraperitoneal de un quiste hidático hay -que referirse en principio a la localización **hepática**. Aún cuando las otras localizaciones abdominales, puedan originar dicha complicación, en la inmensa mayoría de las veces se trata de quistes hepáticos. Después de ellos, figuran inmediatamente los quistes **peritoneales**, quistes secundarios. Escudero y Pasman, creen mismo que los quistes peritoneales se rompen más fácilmente que los quistes hepáticos, dando lugar en esa forma a siembras sucesivas. F. Dévé, al contrario, sostiene que los quistes peritoneales no tienen ninguna tendencia a romperse en la serosa abdominal fuera de traumatismos externos o desgarros operatorios.

Hemos observado 3 casos y hemos escuchado de labios de

enfermos, relatos sobre desapariciones bruscas de quistes de siembra, lo que nos lleva a admitir su frecuencia.

Pero la ruptura de quistes peritoneales difiere bastante en sus consecuencias de la de los quistes hepáticos por el volumen relativamente pequeño del contenido y por el tabicamiento anterior de la cavidad peritoneal.

Conocemos además en nuestro medio observaciones aisladas, de ruptura de quiste hidático del riñón (Larghero) de quiste hidático del bazo (Rinaldi).

La ruptura del quiste hidático del hígado, que sirve pues de modelo, supone habitualmente la ruptura de la periquística, la ruptura de la vesícula parasitaria y la versión -en la cavidad peritoneal de elementos (bilis, elementos hidáticos) que provienen de una y otra ruptura.

Los elementos vertidos son irritantes para el peritoneo determinando una reacción cuya duración y naturaleza son variables.

Examinaremos detalladamente todas las posibilidades anatómo-patológicas a través de una clasificación que hemos tratado de hacer completa y ordenada.

RUPTURA INTRAPERITONEAL DE QUISTE HIDATICO. CLASIFICACION

1º Ruptura de la adventicia y consecuencias derivadas de ellas.

- 1 º) Ruptura aislada sin complicaciones.
- 2º) Hemorragia.
- 3º) Bilirragia.
- 4º) Eucleación de la vesícula parasitaria. Equinocosis heterotópica primitiva.
 - a) libre.
 - b) enquistada (peritonitis plástica).
 - c) asociada al coleperitoneo.

2º Ruptura del quiste (asociada a la anterior).

- 1 º) Peritonitis hidática.
- 2º) Coleperitoneo hidático. (Peritonitis biliohidática aséptica).
- 3º) Peritonitis purulenta, primitiva o secundaria, simple o biliar.
- 4º) Peritonitis plástica.

3º Modificaciones del quiste después de la ruptura.

- 1º) Bilirragia.
- 2º) Supuración.
- 3º) Transformación de la forma simple en compleja.

Dada la importancia regional de la ruptura intraperitoneal del quiste hidático se nos permitirá ser algo extensos en el análisis de las situaciones que puede provocar.

1) Ruptura adventicial sin ruptura de la vesícula hidática.

La ruptura adventicial supone el paso necesario a la ruptura del quiste.

Consiste en un desgarró, de longitud variable, de la zona de parénquima hepático (adventicia) comprimido y esclerosado que rodea a la membrana parasitaria.

a) Este desgarró podría quedar como un hecho aislado.

Como tal ha sido encontrado alguna vez en clínica, al intervenir de urgencia, un cuadro abdominal doloroso, en general clasificado solamente como peritonitis perforativa.

Siendo como es capaz por si sólo de dar lugar a un episodio agudo no es de extrañar que autores como Dévé hayan creído poder encontrar en una ruptura en 2 tiempos (1er. tiempo periquística, 2º vesícula parasitaria) la evolución en 2 tiempos de algún cuadro de ruptura de quiste hidático.

Por otra parte nosotros nos hemos preguntado si rupturas pequeñas de la periquística, cubiertas rápidamente por epiplón no explicaban las adherencias que alguna vez se encuentran en quistes hidáticos mismo límpidos. Se trataría de perforaciones cubiertas, de perforaciones frustas.

b) **Hemorragia.** Siendo la adventicia en su parte rota, generalmente adelgazada, fibrosa como correspondiendo a una parte periférica, en general no hay hemorragia. Si el desgarró se extiende a partes vascularizadas una hemorragia puede seguir. Se han señalado casos mortales, pero son tan raros que alcanza con esta mención.

c) **Bilirragia.** El desgarró periquístico puede teóricamente dar origen a una bilirragia intraperitoneal. Es probable, sin embargo, que la bilirragia provenga habitualmente de la ruptura de vasos biliares de la parte interna o profunda de la periquística, sea que estos vasos estén abiertos antes de la ruptura, sea que se abran después a favor de la decompresión brusca.

La bilirragia puede pues existir sola y a priori puede existir un coleperitoneo simple originado en la sola ruptura de la periquística.

d) **Enucleación de la vesícula quística. Equinocosis primitiva heterotópica.**

La ruptura de la periquística puede permitir a la vesícula parasitaria caer intacta a la cavidad peritoneal (sigue siendo una equinocosis primitiva pero trasladada a otro lugar del vientro lo que ha motivado la designación exacta de equinocosis primitiva heterotópica).

El estado de la vesícula no está bien precisado en algunos casos. Puede estar tensa "bondisante", puede haber perdido parte del líquido estando blando, ligeramente achatada: entre aque- 110 y estos se pasa insensiblemente de casos indiscutibles a los casos en que el sujeto expulsa la membrana madre íntegra, arrollada

y a los cuales no podría en ninguna forma tildarse de equinocosis primitiva heterotópica. La equinocosis primitiva heterotópica debe ser encarada en tres situaciones diferentes.

1) Forma libre. La vesícula intacta **nada** libremente en plena cavidad peritoneal sin provocar adherencias. Se trata de **casos** raros. La vesícula de las figs. 47 y 48 (caso personal) fué encontrada suelta en la cavidad peritoneal. Ella provenía de un quiste peritoneal secundario. Es difícil explicar porque en estos casos la vesícula no provoca adherencias. Hay que aclarar que el plazo transcurrido entre la observación y la ruptura era en nuestro caso grande.

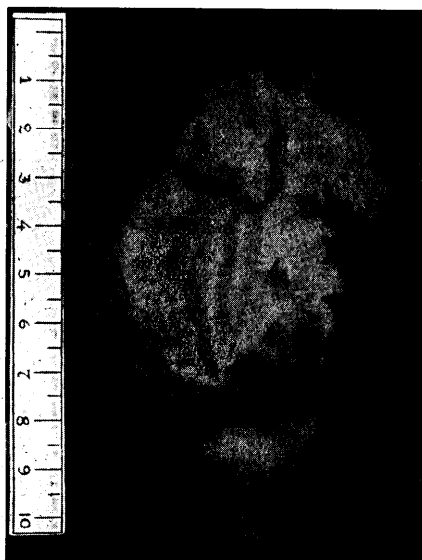


Fig. 47. — Hidátide libre en la cavidad peritoneal.
Caso personal.

2) Forma libre asociada a un derrame.

Es en general en medio de un coleperitoneo que se encuentra la vesícula parasitaria. En estos casos se trata de observaciones recientes, de poco tiempo. La existencia del derrame explica fácilmente la falta de adherencias. Pero el coleperitoneo pasa al primer plano; es él que determina la sintomatología clínica y la decisión operatoria.

Para que la vesícula hidática íntegra recobre su individualidad sería necesario la reabsorción del derrame y el enquistamiento secundario de la vesícula parasitaria.

3) Equinocosis heterotópica primitiva (forma enquistada).

La mayor parte de las veces la vesícula hidática se detiene en un punto de la cavidad peritoneal determinando, a su alrededor fenómenos reaccionales. Se constituye una peritonitis plástica peri-

parasitaria llegando en último término a la constitución de una adventicia fibrosa, que no difiere de las adventicias habituales del parásito:

Esta forma, al contrario de las anteriores, no corresponde al período agudo de la ruptura.

2) Ruptura de la adventicia con ruptura del quiste y versión del contenido de este en la cavidad peritoneal.

Estos constituyen los casos habituales.
Es conveniente distinguir varias situaciones.

1) Peritonitis hidática aguda.

En muchos de los casos, lo que pasa al peritoneo es el parásito (líquido hidático, membrana madre, vesículas hijas en el caso



Fig. 48. — Hidátide libre en la cavidad peritoneal. Caso personal.

de que el quiste sea multivesicular). En general, como lo ha afirmado Dévé, el quiste que se rompe es univesicular.

2) Peritonitis aguda biliar e hidática aséptica (coleperitoneo hidático agudo o reciente).

Muchas veces se agrega a los elementos hidáticos la bilis. Nos

Nota sobre terminología:

Devé estudia estos casos con el nombre de "hydatoperitoine". Creemos que es conveniente hacer las designaciones, utilizando la terminología corriente en las afecciones de las serosas. Es por eso que hemos dicho peritonitis hidática aguda.

Devé quiere que se distinga bien hidátido, que se refiere a las hidátides o vesículas hijas, de hidato que se refiere al líquido hidático.

Pero él dice "le premier **vocabable** hydatoperitoine, vise **la** déversement de liquide hydatique **dans** la **seréuse**, LE PLUS SOUVENT a l'exclusion de toutes hydatides par la **rupture d'un** kyste univesculaire".

Y bien, si se exige a otros que un **término** sea utilizado en un **estricto** significado debe empezar **por** darle su estricto significado y los casos en que además del **líquido** hay vesículas hidáticas, y son frecuentes, no podrían **nunca** ser designados "hydatoperitoines" a secas, **como** lo pretende **Dévé**.

encontramos frente a las formas agudas o mejor dicho recientes del coleperitoneo hidático tal como ha sido descripto por Dévé.

La acción irritativa de la bilis y su versión continua pueden concederle al cuadro anatomoclínico diferencias, que, en algunos casos harán que ellos se acerquen más a los coleperitoneos simples que a las rupturas de quiste hidático.

3) Peritonitis microbianas primitivas o secundarias.

Si el quiste hidático que se rompe está infectado, el elemento infeccioso impondrá su sello. Nos encontraremos frente a una peritonitis microbiana, acercándonos más entonces a otros cuadros de la patología abdominal aguda. Estas peritonitis pueden ser simples o biliares.

4) Peritonitis plásticas, formas localizadas.

Los cuadros generalizados no son los únicos que pueden presentar el quiste hidático roto.

De la misma manera que en la úlcera perforada, pueden mecanismos protectores limitar las consecuencias de la perforación.

Ellos pueden desarrollarse alrededor del orificio de ruptura. Se concibe sin ninguna violencia científica, que el epiplón, vísceras vecinas, pueden cerrar rápidamente dicho orificio. Hay una particularidad ya subrayada anteriormente que ofrece facilidades en este sentido.

Nos referimos al hecho de que la ruptura de la adventicia, pueda no ser seguida de la ruptura de la vesícula parasitaria.

Hemos dicho que hay observaciones en las que el cirujano ha visto a la vesícula parasitaria intacta asomar entre los labios de la brecha adventicial.

Es fácilmente concebible que adherencias rápidamente establecidas, puedan regularizar dicha situación- concediéndole a la vesícula hidática la ampliación de su cavidad receptora.

Estando el análisis y las consideraciones de estas situaciones sujeto a discusión, nos limitamos a señalar el hecho en sí, de que detrás de un foco de peritonitis plástica circumscripta puede encontrarse un quiste hidático roto. Hemos visto casos.

Dada la localización hepática predominante, es lógico pensar que en ciertas situaciones (subhepática) puedan originarse dudas con procesos de origen vesicular, mucho más frecuentes.

3º Consecuencias para el quiste

Aun cuando estas consecuencias no sean todas inmediatas, ellas tienen una importancia tal que se debe, dentro de lo posible, y en general lo es, actuar sobre la cavidad quística en el momento agudo. Dicha cavidad está expuesta a la retención de toda o parte de la membrana parasitaria, la cual puede dar lugar por los elementos fértiles que hay en ella, a nuevas producciones parasitarias, constituyéndose lo que se llama un quiste complejo, lleno de ve-

sículas hijas, en lugar del quiste simple que hay en general antes de la ruptura.

Por otra parte la ruptura por la modificación de presión puede determinar a su vez la ruptura de los vasos biliares, produciéndose así una colerragia intraquística.

Esta a su vez puede traer consigo la infección del quiste, que se manifestará a plazos más o menos breves.

Establecida la clasificación general de las diferentes situaciones agudas provocadas por la ruptura del quiste hidático, diremos que la determinación exacta de cada caso se hace sólo después de la investigación operatoria. De las formas indicadas, en algunas, como la hemorrágica, alcanza con la sola mención, otras como la cole-r-ragia intraperitoneal aislada, la misma asociada a la enucleación de la vesícula y la colerragia asociada a la versión del contenido hidático, deben ser estudiadas sintomatológicamente en el mismo grupo.

La equinococosis heterotópica libre no pertenece a la cirugía de urgencia. Es más o menos lo mismo para la equinococosis heterotópica primitiva (forma enquistada).

En cuanto a la simple ruptura de la periquística, es interesante desde el punto de vista diagnóstico.

Estudiaremos pues:

1º) Las peritonitis hidáticas agudas. (Hidatoperitoneo de Dévé).

2º) Los coleperitoneos hidáticos recientes.

Péritonitis hidáticas puras

Cuando las consecuencias de la ruptura de un quiste consisten exclusivamente en el pasaje a la cavidad peritoneal de los elementos hidáticos (líquido hidático, membrana madre, vesículas hijas) se encuentra uno frente a una agresión de la serosa cuyas características serán:

1º: Se trata de una agresión química, no microbiana.

2º: Se trata de una agresión limitada en el sentido que el elemento irritante no se renueva a medida de su evacuación.

3º: Se trata a menudo de una agresión biológica, en un sujeto sensibilizado.

4º: Ella tiene en los casos de quistes hidáticos del hígado, la misma topografía de todas las lesiones perforativas del vientre superior, cuyas características hemos definido al estudiar su forma tipo, la úlcera perforada.

Es decir que: 1º, ella tiene un foco inicial supraumbilical (más a menudo a la derecha); 2º, que se difunde por delante del colon y del epiplón, situación previsceral; para, 3º, encaminarse hacia la pelvis.

Hay pues, dos elementos que permiten acercarla a la úlcera

perforada, la naturaleza inicialmente química (1) de la agresión y la topografía, y dos que la diferencian: los fenómenos biológicos y la limitación del material irritante, no renovable y no infectable.

Este último punto hace que la evolución pueda ser muy diferente de la de la úlcera.

Veamos la **sintomatología**.

1) Sintomatología abdominal

Síndrome inicial.

Mondor dice, con razón, que hoy muy pocas observaciones del primer día. Yo poseo 5 **observaciones personales** intervenidos antes de las 72 horas, de los cuales

1 a los 20 minutos.

1 a la hora.

1 a las 24 horas.

1 a las 26 horas.

1 a las 60 horas.

He aquí uno de los casos:

Caso 1. L. M. Edad 27 años.

Hace tiempo le diagnosticaron un quiste hidático del hipocondrio derecho. Hace tres días que se le estaban haciendo los exámenes para ser operado.

Esta mañana, es decir, hace unas 8 horas, empieza a sentir pequeños dolores en su vientre, que lo deciden a ingresar al Hospital. Al entrar al Servicio de Puerta, dolor agudo y estado sincopal, pierde la vista, no tiene pulso. Sudoroso, ligeramente cianótico. Nada anormal en su corazón y pulmones.

Vientre: respiración moderada. Dolor difuso en todo el vientre, más acentuado en el lado derecho. Ligera defensa en todo el hemiventre derecho que cede, aunque no del todo, a la palpación suave. No se palpa el tumor y el enfermo, que antes se lo tocaba, dice que ha desaparecido. Muy ligera defensa en el lado izquierdo. Tacto rectal: Douglas doloroso.

Se diagnostica rotura intraperitoneal de quiste hidático y se decide esperar una hora para que pase el estado de shock. Bolsa de hielo, suero fisiológico, 1 cc. subcutáneo de adrenalina. Recupera buen pulso; pasa el estado de shock.

En el transcurso de esta hora le aparece una erupción generalizada, en parte escarlatiniforme, en parte urticariana, que le cubre todo el cuerpo.

Intervención: Anestesia general: éter. A una hora de ingresar. Dr. Del Campo, Dr. Chifflet, Pte. R. Yannicelli. Laparatomía mediana infraumbilical. **Edema** del tejido celular subperitoneal; hay una capa de edema de $\frac{1}{2}$ centímetro de espesor. Líquido turbio en el peritoneo y restos gelatinosos. No se encuentran vesículas hijas. **Llevando** la mano se palpa en la cara inferior del hígado la abertura del quiste. **Laparatomía** transversa supraumbilical sin seccionar el recto. Edema subperitoneal igual al de la otra incisión. Gran ruptura de unos 6 centímetros de diámetro, de un quiste de cara inferior del hígado adherente al colon; evacuación de la membrana madre entera y de pequeños restos gelatinosos en poca cantidad; no hay vesículas hijas; en el interior del quiste, líquido de aspecto de agua sucia igual al del peritoneo.

Éter en el quiste. Cierre del quiste y fijación a la pared. Procedimiento de Llovret-Varzi. Limpieza con 3 litros de suero fisiológico, de la cavidad peritoneal. Se dejan después 150 grs. de éter. Cierre total de la incisión mediana infraumbilical dejando tubo en el Douglas. Al terminar la operación se constata que la erupción ha desaparecido totalmente.

(1) Con las salvedades lógicas en la úlcera perforada.

Post-operatorio: Tratamiento habitual de los peritoneales. Evolución: Llena, de complicaciones. Estado comatoso durante tres días. Congestión pulmonar e íleus paralítico de 7 días de duración. Colorragia externa. Fístula intestinal en la incisión superior. Eventración de la incisión interior. Dos intervenciones reparan sucesivamente la fístula intestinal y la eventración siendo dado definitivamente de alta en el mes de Diciembre de 1932. En Agosto de 1933 consulta por un pequeño quiste de dos centímetros de diámetro situado en la parte interna de la incisión transversa supraumbilical, quiste que la intervención demuestra ser hialino, univesicular y estar situado en el tejido celular subcutáneo.

En Mayo de 1934 es reintervenido por un pequeño quiste de contenido degenerado, caseoso, situado bajo el extremo lateral de la incisión transversa entre el gran oblicuo y el pequeño oblicuo.

Hasta el año 1939 ningún signo radiológico ni clínico de quistes peritoneales de siembra.

Se ve bien claro que desde el punto de vista abdominal, los dos síntomas de un cuadro perforativo son los salientes, dolor y defensa muscular.

Dolor brusco, sincopal, intenso, precedido horas antes de pequeños dolores.

Defensa muscular generalizada, de mediana intensidad en el lado derecho, ligera en el lado izquierdo.

En un caso de Lamattina, observado inmediatamente y operado a las 2 ½ horas, hay también dolor súbito en puñalada, sincopal y contractura generalizada (contractura de la región epigástrica. En el hipogastrio, fosas ilíacas y flancos, es posible una ligera depresión).

Pero si ese síndrome es posible, no se podría asegurar su constancia. Por una parte existe toda una cantidad de casos en que los enfermos relatan la incidencia a posteriori, en una forma mucho más atenuada. Señalan otros la ausencia de dolor, y se tiene derecho a suponer que en algunos casos la ruptura ha pasado absolutamente desapercibida.

He aquí un **caso** en el que aunque la sintomatología perforativa se encuentra netamente, el pequeño tamaño del quiste explica la poca extensión de los fenómenos locales.

Caso 2. J. G., 15 años. Operado en Febrero de 1931, por hidatidosis peritoneal, reingresa a la Sala el 19 de Mayo de 1931.

El 20 de Mayo procedemos al examen clínico del enfermo delante de los estudiantes. En el momento en que dando clase, palpábamos uno de los quistes fijos situados en la entrada de la pequeña pelvis, a la derecha, tenemos la sensación neta de la rotura y desaparición del quiste. La fijeza anterior de éste, eliminaba la posibilidad de que se hubiera escondido en otra zona.

A los 5 minutos el enfermo acusa un dolor espontáneo y tiene dolor a la palpación y defensa en la fosa ilíaca derecha.

Después aparecen bufaradas de calor en la cara y dos o tres manchas de pequeña extensión en el cuerpo; no hay estado de shock ni modificación del pulso. El enfermo es llevado a la mesa y se empieza la operación a los 20 minutos de comienzo del cuadro.

2ª intervención: Dr. Del Campo, Dr. Gorlero. Eter. Laparatomía mediana infraumbilical. **Edema** marcado de los tejidos subperitoneales. Líquido seroso en la cavidad peritoneal.

La vejiga en posición elevada está a mitad de altura del ombligo y del pubis.

Extirpación de **un quiste** epiplóico de contenido degenerado y a poca tensión: un **quiste adherente** a la vejiga y a la pared pelviana lateral derecha, es el que se había roto; evacuación del contenido líquido y de la membrana, cierre. El orificio de rotura da entrada al dedo índice.

En las maniobras de exposición de **un quiste** subperitoneal este se rompe. Evacuación de la membrana y cierre. Hay tres quistes pelvianos, pero dificultades operatorias y el estado del enfermo obligan a dejarlos para otra operación. Lavado al éter dejando 100 grs. en la cavidad peritoneal.

Post-operatorio: sin incidentes.

Pero habitualmente los sujetos no consultan en el comienzo. En nuestro medio se trata de sujetos de campaña, duros para el sufrimiento, que recurren al principio a remedios caseros.

Ahora bien, en general el síndrome doloroso se atenúa rápidamente, y como la versión del contenido ha cesado, las cosas se enderezan sin mayores trastornos.

Algunas veces sin embargo, la cantidad de líquido hidático, etc. y la reacción serosa que provocan, determinan una ascitis aguda dolorosa por la cual consulta el enfermo. Este cuadro ascitis **aguda dolorosa** o peritonitis serosa aguda es lo que algunos consideran como típico del quiste hidático roto.

"Clínicamente" dice Dévé el hidato-peritoneo se traduce por la constatación de un derrame abdominal tórvido, habitualmente muy moderado, y móvil en las partes declives".

Es el **síndrome de las 24 o 48 horas**.

Es cierto que precozmente puede señalarse la presencia de un derrame. Lamattina, en su caso citado señala que en el hipogastrio, fosas ilíacas y flancos es posible una ligera depresión comprobándose el signo de choque de la onda. Encuentra por otra parte **macidez** en fosas ilíacas, flancos e hipogastrio, hasta casi el nivel del ombligo, variando la matidez en los distintos decúbitos.

En nuestro **caso** a las 12 horas ya se percibía la ascitis.

Pero en general, es después de transcurridos los fenómenos iniciales de tipo perforativo que se tiene ocasión de ver a estos enfermos y entonces el síndrome ascítico pasa al primer plano.

El volumen del quiste, el carácter irritante de su contenido, la Intensidad de la reacción serosa peritoneal, determinarán **variaciones** en la cantidad de la ascitis, desde aquellos casos en que esta es sólo sospechable, hasta aquellos en que produce una gran tensión abdominal. Otro tanto puede decirse del dolor. Dieciocho horas después de la ruptura de un quiste hidático peritoneal en un caso personal no podíamos encontrar el menor dolor. Vuelvo a repetir que los relatos de los enfermos llevan a pensar que esto es bastante frecuente. Pero la ascitis puede ser dolorosa y mismo muy dolorosa.

De la superposición variable de síntomas en relación con la irritación peritoneal mantenida y de aquellos en relación con la acumulación de líquido, resultan aspectos diversos.

En el caso siguiente los signos de irritación-dolor y contracción se sumaban a una ascitis abundante, determinando uno de

esos vientos a tensión, dolorosos, cuyo diagnóstico no es fácil. Anotaremos desde ya que la radiografía demostrando que la causa de la distensión abdominal era un derrame ascítico, circunscribió el problema, llevando a pensar con fundamento en el origen hidático del mismo.

HISTORIA CLINICA

Caso 3. Nombre: S. C. Edad: 31 años.

Sin antecedentes patológicos de importancia; no hay antecedentes gástricos; una que otra vez ardor. Sin antecedentes urinarios.

El sábado 27 a las 11, (hace 60 horas) mientras trabajaba, es atacado de un dolor agudo que le empieza en el hombro derecho y le atraviesa todo el cuerpo hasta la fosa ilíaca izquierda. Deja el trabajo. En su casa come y toma un purgante que le hace efecto varias veces (hasta hoy). Hoy de tarde hace 7 horas tiene vómitos, seguidos de un nuevo episodio doloroso.

Examen al ingresar: Estado general bueno. Temp. axilar $37 \frac{1}{2}$; rectal $39 \frac{1}{2}$. Pulso 90, bien golpeado. Corazón y pulmón bien. Vientre muy distendido saliente, con un surco transversal un poco por encima del ombligo. Inmovilidad respiratoria. A la palpación, vientre tenso pero hay además netamente, dolor y contractura generalizados (más acusados en la fosa ilíaca izquierda). Percusión. **Macidez** hepática conservada. El vientre es mate salvo una zona que comprende la mitad izquierda del epigastrio y el hipocondrio izquierdo que son sonoras, pero no de una sonoridad exagerada. Hay sensación de ola en la región infraumbilical. Fosas lumbares algo tensas; la izquierda dolorosa.

Tacto rectal: Douglas doloroso, no tenso.

Se piensa: Apendicitis retromesentérica (evolucionando en 2 tiempos). En 2º plano: úlcera perforada (difícil); pancreatitis; ruptura de quiste hidático; ruptura de hidronefrosis.

Radioscopia, radiografía; ambos hemidiafragmas se movilizan un poco. Todo el vientre está oscuro, salvo un nivel hidroaéreo en el hipocondrio izquierdo (estómago) 2 niveles peritoneales y 2 o 3 pequeñas burbujas centrales. No hay signos de peritonitis pelviana. Claridad periférica pelviana libre. Banda afuera de psoas libres (pág. 493).

Se elimina por los Rayos X, la úlcera perforada, pancreatitis aguda, apendicitis retromesentérica y se piensa en los síndromes de ascitis con irritación peritoneal, explicándose así la benignidad relativa del caso (quiste hidático roto, hidronefrosis rota).

Se buscan de nuevo antecedentes. No hay antecedentes urinarios, no cree que tuviera tumor anterior ninguno. No ha tenido urticaria.

Intervención: Dr. Del Campo-Pte. Hazán. Anestesia local: novocaína. Incisión orientadora suprapúbica. Salen unos 3 litros de líquido como caldo sucio, ligera-



Fig. 49. — A. C. Quiste hidático roto en cavidad peritoneal. Gran distensión abdominal. La placa tomada en posición de pie demuestra que dicha distensión no es debida ni a una neumatosis peritoneal ni a meteo-rismo. Ella tiene pues que ser debida a líquido. La radiografía, al definir que se trataba de una ascitis dió el primer dato orientador.

mente turbio y 2 o 3 pequeños floquitos fibrinosos. Se explora a mano la pelvis y se saca una vesícula hidática hija achatada.

Anestesia general: éter. Se explora a mano encontrándose; lóbulo izquierdo del hígado hipertrofiado pero sano; desgarró en el lóbulo derecho (cara superior).

Incisión supraumbilical, paramediana derecha transrectal.

Del espacio subfrénico derecho se extrae una membrana madre grande y dos vesículas hijas más.

El desgarró tiene unos 12 centímetros de longitud. Evacuación, formolado y cierre del quiste. Este es tan grande que solo quedan 5 centímetros de parénquima por debajo y que su evacuación ha dejado puede decirse completamente libre el hipocondrio derecho viéndose todo el hemidiafragma derecho.

Fijación del quiste al peritoneo (Llovet-Varzi). Lavado del peritoneo con suero fisiológico. Cierre de las incisiones sin drenaje.

La membrana madre tiene la llamada hipertrofia malformante de la quitinosa. Evolución sin incidentes.

Pero en otros casos que parecen ser los más comunes la tensión es menor o no existe y los síntomas dolorosos son discretos.

La sucesión de los estados por que pasa el enfermo está bien especificada en la observación siguiente.

Caso 4. V. D., 20 años, uruguaya, ingresa al Hospital Pasteur, Sala 22 el 12 de Julio de 1939. Procedente de San Carlos.

Desde hace dos años sabe que tiene una tumoración móvil ocupando el epigastrio e hipocondrio izquierdo. Ha tenido algunos sufrimientos atribuidos al hígado, dolores y urticaria,

Ayer sintió algunos dolores que localiza en la tumoración.

Hoy, bruscamente, hace 12 horas, dolor intenso, con pérdida de conocimiento y cianosis, seguido de vómitos, diarrea, chuchos, temperatura elevada y urticaria.

Examen al ingresar. Estado general: bueno. Temp. axilar $39\frac{1}{2}$; rect. 40° . Pulso 126, regular. P. A. Mx. 13; Mn. 7.

Corazón y Pulmón: sin particularidades.

Ventre. Dolor y defensa en el hemiventre izquierdo. Signos de derrame libre, sensación de ola. No se palpa la tumoración señalada por la enferma.

Douglas doloroso.

Decidimos esperar algunas horas a que se reponga de las molestias del viaje y disminuya el estado de excitación, febricitante.

Doce horas después es vista de nuevo (24 horas del accidente).

Estado general excelente. Temp. $38\frac{4}{5}$. Pulso 120.

Ha mejorado evidentemente.

Localmente vientre libre; apenas una ligera sensibilidad a la presión.

Sensación de ola. Vientre no distendido.

Intervención. Dr. del Campo, Dr. Roglia, Pte. Rivas.

Anestesia general: Eter. Incisión mediana supraumbilical. Líquido turbio en el peritnec. Se encuentra un quiste hidático del lóbulo izquierdo del hígado, adherido al bazo, quiste que ha evacuado gran parte de su contenido. Desgarro de dos cent. de longitud situado en su cara inferior. Extracción de la membrana. Cierre del quiste. Aspiración del líquido peritoneal sero fibinoso y turbio por partes. Lavado de la gran cavidad peritoneal con éter (300 grs.). Cierre.

Examen del líquido peritoneal.

Coagula espontáneamente. Examen bacteriológico negativo. No se observan elementos hidáticos.

Examen de la membrana hidática: se observa una estructura de membrana hidática sin zona prolífera. Se ve un esclerex en uno de los cortes.

Descenso gradual de la temperatura, apirexia al 6º día, erupción de urticaria al 3º.

Alta a los 12 días.

En todos los casos descritos hasta ahora el derrame era generalizado.

Por una parte nada ha circunscripto el derrame en la zona de origen del quiste y por otra parte este no ha determinado aún o no determinará una exudación fibrinosa peritoneal que lleve a la edificación de una membrana de enquistamiento.

Tenemos el convencimiento de que las rupturas quísticas con circunscripción del proceso a la zona de origen deben ser más comunes que lo que se piensa.

Si el síndrome de ruptura pasa tan a menudo desapercibido en casos en que ha habido inundación de la gran cavidad peritoneal, es admisible que cuando hay limitación del proceso, la exteriorización clínica será aún más silenciosa.

Admitimos aquí, como para la perforación ulcerosa, que la perforación se hace en peritoneo libre y que los procesos de defensa se establecen posteriormente a ella. Debe agregarse además que si en general se puede considerar que un quiste que se rompe puede evacuarse casi totalmente, hay motivos suficientes también para admitir, como ya lo hemos dicho, que la falta de tensión, después de la primera salida de líquido, y una situación dada del orificio de ruptura puedan hacer que la evacuación sea muy reducida.

La observación siguiente muestra un caso con localización del proceso en la región supraumbilical derecha. El protocolo operativo es lo suficientemente claro, como para mostrar que la adherencia del colon a la pared abdominal anterior cerró el pasaje del contenido quístico hacia el piso inferior.

HISTORIA CLINICA

Caso 5. D. T. Edad: 25 años. Uruguayo, jornalero. Dpto. de Maldonado.

Antecedentes: Desde hace 3 años sufrimientos de hipocondrio derecho periódicos en el día y en el tiempo, con repugnancia por carnes gordas, guisos y chORIZOS. A veces diarrea sanguinolenta.

Hace 26 horas empezó con dolor en flanco derecho irradiado al resto del abdomen. No vomitó: ha expulsado gases. Leucocitosis 13500 con 83 % de Polinucleares (Dr. Garcé); no ha tenido urticaria.

Estado general regular. Temperatura axilar 38°. Rectal 39°. Pulso 112 PA 14-81/2.

Corazón y pulmón: Disminución de respiración en la base derecha. Abdomen abombado, sobre todo en el epigastrio; ensanchamiento de ambas bases torácicas.

Circulación colateral supraumbilical predominando a derecha.

Dolor y contractura abdominal generalizados, dibujándose los músculos. El dolor y contractura predominan en el hipocondrio derecho. Traube conservado. Macidez hepática conservada.

Fosa lumbar derecha dolorosa; izquierda libre.

Douglas: depresible y poco doloroso.

Radioscopia: Diafragma derecho elevado (3 dedos más que el izquierdo) y completamente inmóvil. El izquierdo se moviliza. Hígado grande y deformado en su cara inferior.

Radiografías: Gases en el colon y quizás en algún ansa delgada. No hay signos de peritonitis. Deformación del borde superior del colon transversal.

Intervención: Eter. Dr. Del Campo. Mourigán-Silveira. Anestesiado, se 70 que

la fosa ilíaca derecha está libre y que hay una tumoración ocupando hipocondrio y flanco derechos.

Mac-Burney pequeño. Peritoneo edematoso y amarillo. Al corte sale líquido serohemático. (Se guarda para examen). Moja la gasa de parduzco. El peritoneo está excluido hacia arriba. Apendicectomía. Se coloca tubo hacia el Douglas.

Incisión paramediana derecha transrectal alta. Al cortar el peritoneo sale una ola de líquido claro, cristal de roca. Se cae en una cavidad quístico-peritoneal, contribuyendo a formar la pared inferior el colon y el peritoneo parietal anterior tapizado por una falsa membrana continua (se sacan trozos para examen y un trozo de epiplón y de periquística). La pared superior está formada por el hígado con su quiste roto. Se explora el desgarramiento periquístico y se extrae una membrana madre rota.

Secado, lavado con suero fisiológico y con éter de la cavidad quística y del peritoneo. Cierre y abandono del quiste.

Cierre de la pared en 3 planos. Apendicectomía.

Alta a los 40 días después de haber evacuado un relleno purulento de la bolsa.

Coleperitoneo hidático agudo o reciente.

(Peritonitis biliohidática aguda o reciente)

Su sintomatología no difiere esencialmente de la de la peritonitis hidática.

Si bien es posible que la irrupción continua de bilis al peritoneo haga que el síndrome agudo peritoneal se prolongue o no retroceda, de hecho puede verse todo, desde la instalación brusca hasta aquella que pasa desapercibida.

La participación de la bilis en el cuadro mórbido no podrá en general ser sospechada clínicamente y el cuadro será etiquetado como ruptura de quiste hidático o como peritonitis de origen desconocido según que se pueda por antecedentes, etc., afirmar o sospechar la existencia anterior de un quiste hidático o no.

He aquí 2 observaciones:

Coleperitonitis hidática aguda (1). (Obs. del Dr. Roberto Cantón).

F. T. de 16 años, oriental, ingresó al Hospital Pasteur el día 3 de diciembre de 1929. Tres días antes sufrió un traumatismo del abdomen, a consecuencia del cual sintió dolores que se intensificaron progresivamente hasta su ingreso al Hospital, donde llega con el diagnóstico de peritonitis.

Al ingresar tiene 140 pulsaciones por minuto y 38° de temperatura axilar. Aspecto de intoxicado y con pápulas de urticaria en regresión. La base del hemitórax derecho parece algo ensanchada. Tuvo náuseas y vómitos, tenesmo rectal y vesical. Dolor abdominal difuso paraumbilical, signo de Blumberg bien marcado. Resistencia muscular del lado derecho. No hay matidez declive. Tacto rectal: el fondo de saco de Douglas está tenso y doloroso. Se hizo el diagnóstico de rotura intraperitoneal de quiste hidatídico.

Operación: Diciembre 3129. Anestesia general. Laparotomía paramediana derecha supraumbilical. El peritoneo aparece de color amarillo intenso, al abrirlo sale gran cantidad de bilis oscura. El hígado presenta un pequeño quiste hidatídico al nivel de su borde anterior. En su cara inferior, adherente a la vesícula que tiene en su interior líquido sin tensión, se halla un gran quiste roto, del cual sale gran

(1) Caso tomado del trabajo de V. Pérez Fontana: "Quistes hidáticos rotos en el peritoneo".

cantidad de bilis. Marsupialización del quiste previa extracción de la membrana. El quiste pequeño se evacúa y se cierra. Drenaje suprapúbico, por el cual sale gran cantidad de bilis con aspecto puriforme y vesículas hijas. Curación. Visto dos años después, no presenta nada de anormal en el vientre.

HISTORIA CLÍNICA

Obs. de los Drs. C. M. Rodríguez Estevan y A. Loubejac. Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo. IX, 215-229 (año 1938).

M. A. de 39 años de edad, ingresa al Servicio de Puerta del Hospital Maciel el jueves 13 de agosto de 1937, a la hora 15, enviada desde el Hospital de la Ciudad de San José por un cuadro agudo de vientre.

La enferma, que trae un estado general muy bueno, narra su enfermedad en la siguiente forma: en la tarde del domingo anterior, hace exactamente 5 días, en el curso de un desparezamiento con elevación de los brazos, sintió un dolor agudo en el hipocondrio derecho, seguido de una molestia difusa por todo el abdomen, que no le impidió continuar con los quehaceres de su casa. En la noche tuvo vómitos biliosos y en el momento de acostarse notó que le había desaparecido una tumoración que le había sido comprobada 4 años antes en el curso de un examen médico y etiquetada como quiste hidático del hígado, negándose la enferma a operarse en las dos oportunidades en que se le propuso la intervención quirúrgica. No tuvo urticaria. A la mañana siguiente se repitieron los vómitos y como el estado general desmejora sus familiares resolvieron trasladarla al Hospital de la Capital del Departamento, haciendo con ese motivo un viaje de 40 kilómetros en auto, por malos caminos. El **martes** y el **miércoles** se instalaron dolores abdominales intermitentes, a tipo de cólico intestinal, 'con ausencia de emisión de gases y de materias hasta la noche de ese día y la mañana del ingreso en que expulsó algunos gases.

Antecedentes: La enferma vive en la campaña del Departamento. Menstruaciones normales. Soltera, sin pasado genital. Sólo consigna como antecedentes de importancia tres cólicos hepáticos en el curso de los últimos cinco años, el primero de los cuales se acompañó de ictericia que le duró seis meses y su quiste hidático del hígado ya citado.

Examen. Estado general muy bueno. Lengua húmeda, saburral. Pulso regular de 120. Temperatura axilar 38 2/10. Rectal 38 4/10. Buen estado de nutrición. Discreto tinte sub-ictérico de las conjuntivas. Presión arterial: Mx. 13. Mn. 7 1/2. El sondaje vesical practicado antes del examen del vientre muestra orinas intensamente coléricas que se envían enseguida al Laboratorio. A la inspección del vientre se comprueba: ligero desplegamiento del ombligo y marcado balonamiento. Es un balonamiento asimétrico, **oblícuo**, que predomina en el hipocondrio derecho, región umbilical y fosa ilíaca izquierda. No se aprecia **reptación** de ansas intestinales en el curso de los dolores colicoides que tiene en el momento del examen.

A la palpación el vientre es tenso como una pelota y se deja deprimir uniformemente, con excepción del flanco izquierdo en el que hay una contractura marcada. Duele a la presión y a la decompresión por todos lados, siendo mayor el dolor en la zona de la contractura. Flot transabdominal muy claro. La percusión da los siguientes datos: hígado con límites superior e inferior en quinto y octavo espacios intercostales respectivamente, línea mamilar. Hipersonoridad en casi todo el vientre, con excepción de una zona circular que ocupa la fosa ilíaca derecha e invade algo el flanco del mismo lado y el hipogastrio donde se comprueba una **macidez** no desplazable con los cambios de posición de la enferma.

Examen ginecológico: Tacto unidigital por persistencia del himen. Pierde **san-**gre roja correspondiente a la menstruación que le apareciera con un adelanto de cinco días. Fondos de saco abombados, muy dolorosos y sin tumoración comprobable. La movilización del cuello del útero es muy dolorosa.

Tacto rectal: Douglas no ocupado. La presión a su nivel provoca dolor intenso.

Examen cardio-pulmonar: Matidez y ausencia de vibraciones en la base derecha.

Radioscopia de abdomen: Da datos muy útiles. Gran distensión cólica en el hemivientre izquierdo. Opacidad por líquido en F. 1. D. y pelvis. Diafragmas muy

elevados; muy móvil el izquierdo, poco desplazable el derecho. Fondo de saco pleural derecho ocupado por derrame. Se saca placa radiográfica A 8A15 (Instituto de Radiología del Dr. Cunha) que confirma la observación radioscópica y muestra, además, un nivel líquido en el hipocondrio derecho.

Examen de orinas: Albúmina 0 gr. 10; pigmentos, ácidos biliares y urobilina. Macroscópico sin importancia.

Leucocitosis: 12.000. Clasificación: Neutrófilos 81 %; Eosinófilos 6 %; Basófilos 1 %; Monocitos 5 %; Linfocitos 7 %.

Operación: Agosto 13. Drs. Rodríguez Estevan y Loubejac. Morfina previa 1 cc. Anestesia local a la novocaína al 1/2 %. Incisión paramediana derecha transrectal de 10 centímetros, a la altura del ombligo. Gran derrame biliar que se reduce con el aspirador. Se extraen algunas falsas membranas teñidas por la bilis. En el momento de proceder a la separación de las ansas delgadas con compresas se insinúa en la brecha operatoria como una bolsa de aguas en el momento del parto, una vesícula hidática íntegra, poco tensa, del tamaño de una pelota de fútbol Nº 5, que sale con facilidad y que sostenemos al costado de la enferma. En las maniobras subsiguientes para colocarla en un recipiente adecuado, cae al suelo y se rompe. Se trataba de un quiste univesicular conteniendo agua cristal de roca. Ya seguros del diagnóstico de equinococosis primitiva heterotópica con vesícula flotante en el peritoneo, vamos al hígado a buscar la brecha de la periquística; la encontramos en la mitad posterior, retrohiliar de su cara inferior y puede introducirse en ella la mano. Sale bilis en gran cantidad. Colocamos en su cavidad una mecha de gasa y un tubo de drenaje. Drenaje supra-púbico. Cierre de la pared por planos. La enferma abandona la mesa en excelentes condiciones, iniciándosele de inmediato suero glucosado e insulina.

SINTOMATOLOGIA GENERAL HIDATICA

Nosotros hemos estudiado hasta ahora los síntomas abdominales de la ruptura hidática como si todo se resumiera en una agresión química. Contrariamente a otros episodios abdominales agudos, fenómenos biológicos de gran importancia se asocian al cuadro de ruptura dándole su personalidad.

Estos fenómenos estudiados con el nombre de intoxicación hidática, son considerados como reacciones anafilácticas.

Su estudio detallado no tiene su sitio adecuado aquí.

Enumeraremos solamente los síntomas aislados.

Síntomas cerebrales: coma, agitación, convulsiones.

Síntomas respiratorios: disnea, expectoración espumosa.

Síntomas digestivos: vómitos, diarrea.

Síntomas cardiovasculares: síncope, colapso (cianosis).

Síntomas generales: pulso rápido, fiebre alta.

Síntomas cutáneos: urticaria.

Estos síntomas no se presentan todos juntos, ni presentan la misma intensidad en todos los casos.

Se ha podido hacer así una división en formas benignas, medianas y graves.

Los fenómenos predominan a veces en un aparato o sistema, creando múltiples aspectos.

Es interesante señalar aquí al respecto las dificultades que pueden crear al diagnóstico las formas graves, sobre todo aquellas

que por su intensidad relegan a un plano secundario o llegan a ocultar la sintomatología física.

Es así que una enferma vista por nosotros al mes de su episodio agudo, había ingresado a un servicio de Medicina con el diagnóstico de "Coma-hemorragia cerebral", y el diagnóstico exacto sólo fué establecido retrospectivamente, después que la intervención mostró signos de ruptura reciente.

En un **caso** de Rinaldi, el enfermo ingresa al Hospital, cianótico, sin pulso, dificultando enormemente al principio la apreciación de su cuadro abdominal.

Contrariamente a estos síntomas que pueden oscurecer el problema diagnóstico, la urticaria es en estos casos un síntoma revelador. En tal sentido, ella pasa a ocupar el primer plano de todos los síntomas anafilácticos.

Pero puede aparecer tardíamente o no aparecer del todo. En la primera eventualidad vendría en último término a aclarar el caso, cuando el cirujano se ha abstenido.

DIAGNOSTICO POSITIVO

La sintomatología física señalada tiene un valor variable.

La asociación de **dolor brusco y contractura abdominal** de los primeros momentos acerca indudablemente este cuadro al de la úlcera perforada. Es perfectamente explicable que casos como el de Lamattina, en el cual el enfermo presentaba antecedentes gástricos sospechosos de úlcera, hayan conducido al error.

El carácter del dolor se asemeja al de la perforación ulcerosa y la topografía de la contractura; si bien puede diferir en sus matices del de la úlcera perforada, puede también reproducir algunas de sus variantes.

Es pues, en otros elementos, que debe ser apoyado el diagnóstico.

En cambio, el síndrome de las 24-48 horas, la **ascitis dolorosa** constatada, a raíz de un episodio agudo de tipo perforativo, es más significativo. Dudamos sin embargo que por sí solo lleve a pensar en quiste hidático roto, fuera de los países de quiste hidático, como el nuestro.

En nuestro caso N° 2 es precisamente después de asegurarnos que se trata de una ascitis aguda, que nos orientamos bien.

La **tercera modalidad anatomoclínica**, la peritonitis plástica, periquística, en principio supraumbilical, subhepática, corresponde a un período más tardío, 4,5 días en adelante y sólo el aumento concomitante e irregular (tumoral) del volumen del hígado llevaría a emitir la hipótesis verdadera. Otras lesiones mucho más comunes, (colecistitis, etc.) mismo en nuestro país, deberán ser tenidas previamente en cuenta.

Felizmente otros datos que los físicos, canalizan bien el diagnóstico, en forma tal que éste es frecuentemente hecho. Son en primer

lugar los **antecedentes**. El sujeto es portador de un quiste hidático diagnosticado como tal o por lo menos sabe que tiene una **tumoración**. Y en algunos casos, como en uno de Dévé, ha sido avisado de la posibilidad de ruptura, de manera que el mismo enfermo reconoce la complicación. El accidente de ruptura estalla a menudo en forma que hace sospechar la influencia de un factor mecánico; éste es indiscutible (traumatismo directo sobre la antigua **tumoración**), o probable (influencia de la tos, de un movimiento, sacudida del caballo, etc.). Puede sin embargo producirse fuera de estas circunstancias.

Antecedentes dispépticos faltan o no son definidos en carácter.

Hemos señalado anteriormente la posibilidad de crisis **dolorosas precediendo** al episodio terminal. Ligadas a la distensión visceral, a la ruptura de la adventicia, a rupturas parciales rápidamente protegidas, deben ser tenidas en cuenta y todo episodio doloroso de este tipo, por pequeño que sea, obligará, si no a una intervención inmediata, a una intervención a corto plazo.

En el momento de la ruptura el enfermo anota **dos síntomas de real valor: la desaparición brusca del tumor y la sensación de líquido caliente** que le corre por el vientre. El primero es de un valor decisivo. En cuanto al segundo, sin pertenecerle de derecho, es excepcional señalarlo fuera del quiste hidático roto y mismo su constatación aislada debe hacer pensar en ello.

Hemos visto que los fenómenos generales variaban considerablemente. Si algunos, como los vómitos y la diarrea, no agregarán ni quitarán nada, otros, como lo hemos dicho, extraviarán al diagnóstico y otros en cambio, como la urticaria, lo sellarán. Me he referido a ella lo suficiente para no insistir.

Los métodos auxiliares han sido utilizados raramente. No podemos aportar datos sobre las reacciones biológicas del quiste hidático.

La radiografía ha sido poco empleada, como por otra parte lo es todavía en el vientre agudo en general. No hay documentación que permita sacar conclusiones.

En el caso de Rodríguez Estevan y Loubéjac, muestra un **ileus** paralítico. Recordamos que es un **caso** de coleperitoneo hidático, visto a los 5 días y la distensión gaseosa asociada del colon y delgado entra dentro de la regla común en toda peritonitis.

En nuestro caso, la radiografía fué en cambio de una importancia decisiva. Ejecutada para definir cual era el substractum de una distensión abdominal generalizada, al eliminar terminantemente la neumatosis peritoneal y cualquier tipo de **ileus** permitió afirmar que se trataba de una ascitis.

En el caso de D. T. es sólo después de la intervención que se hace clara la interpretación de la placa.

No hay pues aún suficiente experiencia sobre la radiografía en las rupturas de quiste hidático. Subrayemos sin embargo, dos datos de valor: la ausencia de **neumo-peritoneo** en un cuadro perforativo y la posibilidad de afirmar, que una distensión abdominal es provocada sólo por un derrame.

Tratamiento

La ruptura intraperitoneal de un quiste hidático, debe llevar a una intervención quirúrgica de urgencia.

Existen dos motivos fundamentales para tomar esta decisión. No conociendo el estado del quiste antes de la ruptura, se debe en esta forma eliminar los peligros a corto plazo que podrían resultar de una infección del peritoneo por microbios banales, primitiva (en caso de quiste hidático supurado), o secundaria, o los de una bilirragia.

Figurando además entre las posibilidades alejadas de la ruptura, la equinocosis secundaria, es lógico pensar que una acción rápida permita llegar antes de que los elementos hidáticos susceptibles de evolución hayan sido fijados en los pliegues del peritoneo, escapando así a una posible acción terapéutica.

Es indudable que en la mayoría de los casos, el episodio peritoneal agudo regresa por sí solo. De allí la dificultad que representa a veces imponer una intervención a quien 24 o 48 horas después de iniciado su crisis abdominal se siente perfectamente bien.

Pero esta posibilidad de regresión o atenuación debe a su vez ser utilizada. Y es aconsejable esperar durante unas horas la desaparición de un estado de shock, o la atenuación de fenómenos anafilácticos inquietantes, ayudándose para ello de la terapéutica adecuada.

Inyecciones de adrenalina (1 o 2 cc.), de morfina, de suero fisiológico, tónicos cardíacos, bolsa de hielo, horno, ayudarán a salir de esta situación.

Después de la desaparición o atenuación de estos fenómenos, lo que no lleva más de unas horas, nada justifica el aplazamiento de la intervención. Cuando dichos fenómenos no existen, ésta podrá ser inmediata, sin mayor espera; se debe también intervenir sin retardos frente a síntomas peritoneales progresivos.

Se trata generalmente de sujetos jóvenes, sin taras orgánicas, que no necesitan una preparación especial.

Bien entendido que la operación debe ser hecha en medio adecuado; en caso contrario no hay nada que impida el traslado, del enfermo.

La anestesia general por éter es aconsejable dada su acción favorable sobre los fenómenos anafilácticos.

El plan operatorio es un poco diferente, según que se inicie la operación con diagnóstico cierto o sin él. En este último caso el sitio de la incisión variará con la impresión previa, obligando después a una modificación de conducta, tratando de adaptarse a las necesidades. En caso de diagnóstico exacto, dos incisiones son convenientes. **Una baja, infraumbilical mediana**, que permita la limpieza del territorio pelviabdominal, la aspiración del contenido del Douglas.

Esta incisión en caso de duda puede ser hecha a título explorador. Subrayaremos en las dos operaciones hechas precozmente (a los 20 minutos y a la hora), la existencia de un edema claro subperitoneal muy extenso, que no hemos encontrado en otras laparotomías precoces por procesos perforativos.

Este edema, que atestigua la importancia de la irritación provocada por el líquido hidático y la rapidez e intensidad de la reacción peritoneal, no lo hemos encontrado en las operaciones más tardías. Estaría, esto, de acuerdo con la desaparición o atenuación de los fenómenos inflamatorios.

Al abrir el peritoneo sale líquido en mayor o menor cantidad, límpido, citrino, turbio, con o sin bilis, a veces purulento. La serosa peritoneal presenta signos variables de inflamación. Congestión de los **vasos** y flecos de exudado fibrinoso dispersos es en general todo lo que se ve.

En algún caso, como en el N° 5 toda la cavidad limitante estaba recubierta uniformemente por un exudado purulento, fácilmente desprendible.

Puede no encontrarse rápidamente la prueba del origen hidático (membrana madre totalmente o en trozos, vesículas hijas). En este **caso** una **incisión exploradora superior** permitirá completar la observación.

De la misma manera que en los casos de absceso hepático roto en peritoneo libre, es a veces dificultoso aquí ubicar esa incisión alta. Cuando hay datos firmes o probables sobre la ubicación del quiste, dicho problema es fácilmente solucionado.

Pero en caso contrario se está expuesto a mutilar la pared abdominal. En tres de nuestros enfermos teníamos fundamentos para ubicar bien la incisión superior. En otro, la ubicación del quiste roto, cara superior del lóbulo derecho, pudo obtenerse explorando a mano la superficie hepática, desde la incisión baja inicial, no siempre es posible esto.

En el otro caso la laparotomía mediana supraumbilical, ejecutada por no haber una indicación clara del sitio del quiste, permitió a duras penas, tratar un quiste hidático del lóbulo izquierdo, adherente a su logia y cuyo orificio de ruptura se encontraba contra la pared torácica lateral.

La incisión superior tiene dos objetos: limpiar el sector peritoneal supraumbilical por una parte, y por otra el tratamiento del quiste. En esta última se siguen los lineamientos generales, utilizando, después de formado y evacuación, el cierre o el drenaje según las circunstancias.

Es más difícil dictar reglas en lo que respecta al tratamiento de la cavidad abdominal. Cuando el episodio es reciente, se tiene derecho a suponer que un buen lavaje con suero fisiológico arrasará los elementos parasitarios (*escolex*) aún libres en el derrame peritoneal.

Más adelante aparece el temor de que dichos escolex, estén en parte fijados a la serosa por exudado fibrinoso.

El raspado o frote de la serosa con, gasa, fácilmente comprensible y aconsejable como maniobra frente a un depósito fibrinoso circunscripto, aparece como enteramente teórica, como maniobra general. Buscando una acción parasitocida y siguiendo los consejos de Dévé, hemos utilizado en todos los casos precoces, tardíos, el lavado del peritoneo con éter. Hemos empleado dicha maniobra 4 veces. En uno de los casos (Nº 1) dos quistes recidivados en la incisión operatoria, certifican además de la fertilidad del quiste original, la bondad del tratamiento de la cavidad peritoneal libre de quistes, siete años después de la operación. No nos hemos atrevido a hacer formolado del peritoneo en cavidad peritoneal libre; la irritación serosa que hemos observado, en casos que tratando quistes hidáticos viscerales hemos dejado caer pequeñas cantidades de solución formolada al peritoneo, nos lleva a no utilizar ese método.

Terapéutica a las hemorragias gastro-duodenales.

1º dieta a base de gelatina y agua de cal.

3 o 4 días

luego alimentación (Método de Lenton)

2º o Método referido a la Bonheur Udvardy.

dieta a base de agua de cal y gotas de aceite de hígado
de bacalao poniéndole unas gotas aumentadas hasta un
medidor y medidor de agua de cal y aceite de hígado de bacalao
esta fructuosa 3 veces al día.

1 medidor.
una vez al día

Ue agua de cal