

sentava un estat general greu, empràrem l'anestèsia local. En els casos en què el quist tenia una franca evolució toràcica férem també la intervenció amb aquesta anestèsia.

Tenint en compte que la majoria de quistos hidatídics que arriben al cirurgià en el nostre país, presenten un llarg període d'evolució i, per tant, dominen els casos de quistos de grans dimensions, de quistos múltiples i de quistos infectats, som partidaris en general de la marsupialització, la qual practiquem en un temps en quasi tots els casos. Solament hem practicat la intervenció en dos temps en els casos en què temíem l'existència d'un quist supurat o en els que les parets del quist són molt fines i és fàcil en aquests casos la irrupció del líquid hidatídic a la gran cavitat peritoneal.

Solament hem practicat la reducció sense drenatge, seguint el procediment de LLOBET-VARZI en 4 casos. Es tractava de quistos de petites i mitjanes dimensions, no infectats, uniloculars, de parets flonges, amb contigut clar, ni hemàtic ni biliós. En 3 d'ells, en els quals s'havia emprat la laparotomia exploradora i comprovat l'existència d'un sol quist, el resultat fou satisfactori. En l'altre, operat pel servei de guàrdia amb el diagnòstic de colecistitis supurada, la intervenció va trobar solament un quist no supurat. La malalta morí als 28 dies de la intervenció. La necròpsia demostrà el bon estat del quist intervingut. En canvi, trobàrem sis altres quistos hidatídics de fetge, dos d'ells infectats. Per tant, repetim, solament som partidaris d'aquest procediment en els casos de quistos únics, no infectats, amb bon estat general del malalt i en els quals els Raigs X i la laparotomia ens puguin afirmar que no existeix un altre quist.

Solament creiem que s'ha de practicar l'extirpació en bloc en els casos de quistos pediculats o sèssils de molt escasses dimensions i en els quals no existeixi infecció. Nosaltres l'hem practicada en dos casos, ambdós amb èxit.

CONSIDERACIONS SOBRE EL DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DELS QUISTOS HIDATÍDICS DE FETGE

(ESTADÍSTICA DE 65 CASOS)

DR. JOAN PRIM

El quist hidatídic de fetge és de diagnòstic fàcil en els casos en què té una evolució anterior; però, en canvi, en els d'evolució toràcica i en els situats a la cara inferior del fetge poden donar lloc a veritables dificultats diagnòstiques. En aquestes dues formes clíniques cal tenir en compte a més dels signes clínics, les dades de laboratori i principalment les de Raigs X.

Entre les dades clíniques considerem com a més importants la presència de la tumoració amb totes les seves característiques clàssiques (forma més o menys arrodonida, no dolorosa a la pressió, que es continua amb la macidesa hepàtica, etc.). Després de la tumoració, que nosaltres hem trobat més o menys francament en 58 dels nostres 65 casos, el signe que es presenta amb molta freqüència és el dolor que la majoria de vegades es presenta a l'epigastri o hipocondri dret, amb les característiques d'ésser somort i no assolir generalment gran intensitat, fent l'efecte d'un dolor per distensió. Però a voltes el dolor es presenta simulant un còlic hepàtic; nosaltres hem observat aquest tipus de dolor en 16 casos.

A voltes, i principalment en els casos en què es presenten els dolors en forma de crisi, hem observat amb molta freqüència la presència d'icterícia, acompanyada en un bon nombre de casos d'acòlia i colúria. Aquesta icterícia, en els 15 casos en què l'hem observada, era deguda quasi sempre a la compressió que el quist situat a la cara inferior del fetge i a prop de l'hili hepàtic exercia damunt les vies biliars prin-

cipals. Solament en un cas podem afirmar que la icterícia fou deguda a la ruptura del quist i a la irrupció de membranes a les vies biliars. En aquest cas un examen de femta demostrà la presència de restes de membranes i altres restes hidatídiques.

El valor d'alguns altres signes clínics que fins ara s'havien tingut com a clàssics, tals com els signes respiratoris, en cas de quistos d'evolució toràcica, el prurit, la urticària, la tolerància i els greixos, els hem observat amb molt poca freqüència. En canvi, alguns altres signes generals com l'anorèxia, l'afluïment i l'astènia no deixen d'ésser freqüents.

En els casos de quistos hidatídics infectats l'existència de febrícules o de febre, les esgarrifances de fred, suors i un major dolor subjectiu i la pressió en el punt en què assenta el quist són molt freqüents.

Entre els signes de laboratori, la dada més freqüent és la reacció de CASSONI; nosaltres l'hem observada positiva en 43 casos. Acostuma a ésser negativa, però no sempre, en els quistos infectats. En 10 d'aquests, la reacció de CASSONI fou positiva en 4 malalts.

Després de la reacció de CASSONI la dada més freqüent és l'eosinofília. Nosaltres l'observàrem positiva en 17 casos. Es veritat que en molts malalts en què el CASSONI era positiva no vàrem buscar aquesta dada hematològica.

A la reacció de WEINBERG no li donem un gran valor. L'hem observada positiva en 13 casos. Com l'eosinofília, no l'hem practicada d'una manera sistemàtica. Es de més valor en els casos de recidiva.

En casos en què es dubta de la infecció del quist acostuma a existir una reacció leucocitària.

En la majoria de casos, per no dir en tots, l'examen radiològic és indispensable, no tan sols per a fer el diagnòstic de l'afecció, sinó també de la seva localització. Cal emprar a més de la radioscòpia i de la radiografia directes, un pneumoperitoneu.

El tractament d'aquesta localització de l'hidatidosi ha estat molt discutit. Creiem que quasi en tots els casos deu practicar-se una laparotomia explotadora, puix són freqüents els casos de quistos dobles i múltiples i que sols l'exploració operatòria pot despistar. A més, en casos de quistos únics, que són la majoria, aquesta exploració és la que ens assenyalava el punt d'elecció per a efectuar el drenatge.

Tenint en compte la necessitat d'aquesta exploració emprarem en tots els casos no complicats l'anestèsia etèria. Solament en casos en què el quist era infectat i el malalt pre-