

SUMARIO

*Un caso de extirpación del lóbulo izquierdo del hígado.* - por el Dr. Gerardo Caprio.

*Peritonitis por perforación del intestino producida por ingestión de un cuerpo extraño.* - por el Dr. Alberto B. Langón, (Paysandú).

*Un caso de fractura de Monteggia.* - por el Dr. D. Prat.

*Un caso de Espondilitis típica.* - por el Dr. Ernesto Riveiro, relator Dr. D. Prat.

---

Presentado en la Sesión del 30 de Setiembre de 1931

Preside el Dr. C. Stajano

*Un caso de extirpación del lóbulo izquierdo del hígado*

Por el Dr. GERARDO CAPRIO

En una de las primeras sesiones del año pasado, presentamos a la Sociedad una comunicación titulada "Un caso de herida grave de abdomen superior", a propósito de un caso operado en el Hospital Pasteur en Diciembre de 1929.

Se trataba de una herida de bala del lóbulo izquierdo del hígado que estaba totalmente deshecho, y que suturamos con relativo éxito improvisando una técnica basada en nuestros conocimientos de la anatomía que aprendimos con el Dr. Mérola.

Se nos ocurrió entonces que podríamos practicar tal vez más fácilmente una resección del lóbulo izquierdo, lo que por otra parte era de más proyecciones. Teníamos resuelto el problema fundamental de la movilización y exteriorización del lóbulo y del hígado entero.

Resolvimos aprender y familiarizarnos en el cadáver con la disposición de sus vasos para tentar una hemostasis segura, que fué siempre por lo que vimos en trabajos leídos posteriormente, motivo de temores y de dudas continuas.

Aprendimos este punto, cuyo resultado fué publicado con nuestra comunicación en el Boletín. Nos quedaba hacer la realización en el vivo para lo que esperamos el caso favorable y que si bien no nos resultó totalmente, nos sirvió para hacer, por lo menos, nuestra experiencia, en una forma decisiva.

El 3 de Agosto de este año ingresó a nuestro servicio del Hospital Italiano la enferma Francisca P. de B. Tiene 39 años de edad, casada, sin hijos. Su enfermedad empezó catorce meses antes con dolores epigástricos que se han ido haciendo cada vez más intensos y continuados,

no calmándose con medicamentos comunes. Esos dolores no tenían ninguna relación con las comidas, y por otra parte no tenía trastornos funcionales digestivos. Perdió unos doce kilogramos de peso. No tiene antecedentes abdominales. Hace 7 u 8 años fué operada en el Hospital Maciel por un sarcoma del ojo derecho, haciéndosele una enucleación del ojo que le permite llevar un buen ojo artificial.

Al examen constatamos buen estado general de la enferma que está un poco delgada. Presenta en el epigastrio una tumoración no muy grande, dura e irregular, que parece corresponder al lóbulo izquierdo del hígado.

Pensamos en las dos afecciones más posibles: quiste hidático aunque la enferma no ha salido nunca de la ciudad, y neoplasma teniendo en cuenta sus dolores y el antecedente alejado. La radioscopia que practicó el Dr. Mezzera muestra que hay una masa al parecer del lóbulo izquierdo del hígado, que desplaza el estómago a la izquierda.

La reacción de Cassoni resultó positiva. El estudio sanguíneo nos da la siguiente fórmula:

Leucocitosis, 7600.  
 Pol. neutrófilos, 53 %.  
 " eosinófilos, 8 %.  
 " basófilos —  
 Linfocitos 33 %.  
 Monocitos 6 %.

Habría, pues, para pensar en la posibilidad del quiste hidático pero no eliminamos el neoplasma, y pensamos que siendo una recidiva o metastasis tan alejada del inicial, podría tratarse de un núcleo aislado en el lóbulo izquierdo, con lo cual la resección se presentaba ideal.

Consulté con el Profesor Mérola y le propuse la técnica, sugiriéndome un detalle de gran importancia. Con el ligamento suspensor, que seccionaría para la movilización del hígado, podría cubrir la sección hepática, que por otra parte pensaba hacer bivalva.

**Operación.** — Me ayuda el Practicante Arancibia. Anestesia al éter.

Laparatomía media xifoumbilical. Aparece el lóbulo izquierdo del hígado deformado por una masa tumoral irregular, de la que emerge un nódulo como una nuez, negruzco. Nos encontramos, sin duda, frente a un melanoma. Reclinando el estómago aparece un nódulo grande como una tangerina en el istmo pancreático, que liberamos en parte. Decepcionado por esta constatación, extirpé el nódulo que emergía del hígado, para estudiar y cerré el vientre con un surget de catgut, pero

alentado por el Ayudante lo abrí de nuevo con intención de experimentar la movilización del órgano. Seccioné el suspensor en su inserción parietal, seccioné el triangular a tijera y decolé el coronario izquierdo a dedo, hasta las venas suprahepáticas. Todo esto muy fácil y exangüe. Pinzando el suspensor y el triangular, tenía a mi disposición, fuera del vientre, el lóbulo izquierdo. Con una pinza en la vesícula, todo el hígado venía afuera. Lo exploré totalmente constatando pequeños nódulos en el lóbulo derecho, pero estaba demasiado tentador, y pensando en la poca vida que le quedaría a la enferma, dejándola tal cual, resolví hacer la experiencia íntimamente convencido de que podía hacerlo.

Hice la resección a un centímetro del ligamento suspensor. El tiempo empleado no fué más de diez minutos. De una facilidad sorprendente.

La hemostasis previa la hice pasando un punto de catgut 3 para la vena suprahepática que va en el borde posterior del lóbulo y otros dos puntos en los lugares previstos para las otras dos ramas con la correspondiente rama de la porta. Otro punto vecino al Spiegel para la rama correspondiente a la hepática.

Me remito al número correspondiente del Boletín, donde están las referencias anatómicas.

Hice además una cadena transhepática. A continuación y haciendo el Ayudante compresión del lóbulo secciono a bisturí. No se vió sangre. Al soltar el Ayudante dos o 3 vasos que daban su ligaron aislados. La sección tenía cuatro dedos de espesor y doce centímetros de largo, pasando por tejido hepático al parecer normal. Sólo adelante un nódulo se continuaba en el lóbulo cuadrado.

A continuación volcamos el ligamento suspensor sobre la sección e hicimos un sólido surget de su borde seccionado al epiplon menor, que en esta parte es muy sólido. Todavía traccionando del triangular seccionado acercamos sólidamente los extremos de la sección.

Podríamos ir absolutamente tranquilos, y en el caso de que hubiera sangre, podríamos haber suturado la sección a la pared y comprimir por afuera, pues la movilización lo permitía. Cerramos el vientre tomando el suspensor por su superficie y dejamos una pequeña mecha subhepática que retiramos a las 48 horas.

Post-operatorio normal. A los 10 días salió de alta y está actualmente muy bien y sin los dolores de antes. Se palpa el tumor pancreático que crece.

Después de esto he ojeado la bibliografía, constatando que las resecciones hepáticas no muy numerosas, detenían siempre a los ciruja-

nos por la hemorragia, a pesar de todos los artificios que se usaban. Ningún caso se hizo con movilización del órgano, que es lo que yo creo importante.

La primera resección parece haber sido hecha en un soldado herido durante la guerra franco-alemana del 70. Se extirpó un trozo de tejido hepático como una nuez. A continuación los cirujanos rusos e italianos y algunos ingleses y americanos, hicieron resecciones por tumores, generalmente sifilomas, o por quistes hidáticos. Casi siempre resecciones por tumores pediculados no siempre seguidos de éxito.

Vemos los nombres de Mérola, tumor del lóbulo cuadrado, Rosenthal, Keen, con un caso célebre, Eisselber<sup>a</sup>, Riche, Bastianelli, Kounetzoff y Peusky, dos cirujanos rusos que publicaron en la "Revue de Chirurgie", de 1896 un hermoso estudio experimental sobre las resecciones hepáticas dirigido principalmente al estudio de la hemostasis.

Onoray y Terrier presentaron al año siguiente un breve estudio similar; Kliffakousky y finalmente Wandel, que extirpó gran parte del lóbulo derecho y Tricomi, un italiano que con Salvia extirpó por un tumor del lóbulo izquierdo todo este lóbulo, practicando la sección del ligamento triangular y del coronario. No he podido hallar esta observación para estudiar los detalles de su técnica.

### Consideraciones

- 1.º La resección del lóbulo izquierdo del hígado es muy fácil a condición de abordarlo y movilizarlo bien. El abordaje por la línea media es suficiente.
- 2.º La hemostasis que yo hice es absolutamente segura, sobre todo, cubriendo la sección con el ligamento suspensor, lo que le da una solidez admirable.
- 3.º Es una operación de gran precisión anatómica, lo que la hace elegante y agradable.
- 4.º Fisiológicamente no tiene inconvenientes, pues lo que queda alcanza, sin contar con la regeneración, que es segura y dura de tres a cuatro semanas, después de lo cual no sigue más.
- 5.º En los casos de tumor aislado puede significar la curación, y si se piensa que frente a un tumor hepático no se puede asegurar siempre su naturaleza benigna o maligna, su factibilidad debe tranquilizarnos sobre el resultado.
- 6.º En los casos de heridas irregulares y difíciles de suturar, creo que es muy superior.
- 7.º La movilización del hígado, condición de la resección; es tan

fácil, benigna y provechosa, que sin necesidad de pensar en la resección, puede hacerse en muchos casos que no creo necesario exponer.

Para terminar presento la pieza que fué preparada y estudiada por el Dr. Larghero, confirmando la naturaleza de melanoma.

---

Presentado en la Sesión del 30 de Setiembre de 1931

Preside el Dr. C. Stajano

*Peritonitis por perforación del intestino, producida por ingestión de un cuerpo extraño.*

Por el Dr. ALBERTO B. LANGON (Paysandú)

A propósito de cuerpos extraños del tubo digestivo, me permito presentar la siguiente observación, que demuestra cómo un cuerpo extraño de este tamaño, puede ser ingerido sin la menor molestia y por lo tanto justificado el error etiológico de la peritonitis, por falta de datos en su historia.

**Observación:** Olga Esther A... 7 años. Uruguaya. Domiciliada en la Colonia Porvenir. Paysandú. Esta enfermita ingresa al Hospital el domingo 26 de Abril de 1931 a las 4 de la tarde. Soy llamado de urgencia. No me es posible obtener una historia completa de su enfermedad,

pues no hay en ese momento en el establecimiento ninguna persona de la familia que me pueda suministrar datos, y sólo puedo saber de labios de la enfermita, que hace 2 días y repentinamente siendo aproximadamente las 5 de la tarde, tuvo un fuerte dolor en el vientre, acompañado de vómitos, que en la casa se le dieron dos purgantes, pero que todos ellos fueron vomitados sin conseguir hacerle mover el vientre.

Al examen clínico constato un vientre balonado, sumamente tenso, muy doloroso a la presión, sobre todo en la región inferior



