

*En discusión - Osteosíntesis en las fracturas de la pierna.*

Dr. Maissonave. — Voy a presentar algunas radiografías de fracturas tratadas por la osteosíntesis del Servicio de Cirugía del Dr. Mané del Hospital Militar.

1.er caso.—Luis C. El 8 de Enero rodó del caballo que montaba, haciéndose una fractura helicoidal en el tercio inferior de la tibia en unión con el tercio medio. La pierna quedó debajo del animal y fué el peso de éste que produjo la fractura.

Operado el 18 del mismo mes, previa reducción, se le aplica una cinta de Putti-Parham, 30 días de yeso, cura por primera y se le da de alta el 16 de Abril.

Su última placa presenta un proceso de reacción perióstica. Se le ha perdido de vista sin habersele extraído el material de sutura.

2.º caso.—Cap. Sergio S. El 4 de Enero de 1929 se hace una fractura del mismo tipo que la anterior y producida por el mismo mecanismo: rodada de caballo. Lo curioso de este tipo de fractura helicoidal, producida por rodada de caballo, es que siendo directas adquieren ese tipo de fractura. Se interviene el 14 de Enero, se hace la reducción, se le ponen dos láminas de Putti-Parham. Yeso 30 días. Cura por primera. Alta el 5 de Marzo.

3.er caso.—El caballo que montaba el 12 de Febrero, lo apretó contra una columna de tranvía, produciéndole una fractura a varios fragmentos. El 20 de Febrero se interviene, aplicándole, previa reducción, una placa de Sherman. Curó por primera. El 19 de Abril se le extrae la placa. Se constata una *seuic* artrosis. A la radiografía no hay reacción ósea ni perióstica. Se le instituye tratamiento por adrenalina, salvarsán, etc. El 16 de Junio se le hace un auto-injerto. Masaje a lo Froelich, para producir microfracturas. Se consolidan lentamente y el 4 de Setiembre, curado se le da de alta.

4.º caso.—Manuel S. Aquí tenemos una fractura helicoidal a tres fragmentos, producida el 26 de Marzo de 1928.

El 2 de Abril se opera. Previa reducción, se le pone tres cintas de Putti-Parham. Pequeña supuración que cura. El 25 de Julio se le extraen las bandas. El 1.º de Abril de 1929 ingresa por un pie plano, doloroso, marcado, que lo inutiliza para sus tareas. Tratamiento mecanoterápico, se le da de alta y perdiéndose de vista.

5.º caso.—Ignacio A. El 24 de Abril de 1930 pisó en falso. Fractura espiroidal tercio inferior de la tibia. El 3 de Mayo se le opera. Previa reducción, se le aplica una lámina de Putti-Parham. Cura por primera. Alta el 3 de Junio.

6.º caso.—Como ustedes ven otra fractura conminutiva, en la que quizás el tratamiento ortopédico hubiera dado el mismo resultado.

7.º caso. Angel M. Arrancamiento de la tuberosidad anterior de la tibia, a visagra sobre su parte superior. Se reaplicó el fragmento y se coloca un tornillo. Al año aparece el dolor en la región, presentando apofisitis, lo que hace pensar que es producido por el tornillo. Tampoco en este enfermo pudimos obtener *nu vas* radio-

grafías, pues no lo vimos a ver. Si continuara doliendo, sería el caso de pensar en la infección de Shiater?

3.º caso.—En esta placa nos encontramos con una fractura que intentamos reducir. Cuando llegó al Servicio ya tenía veinte días de fractura. Se ve un proceso de osteítis alrededor de los tornillos.

Ahora quiero exponer en pocas palabras la conducta que se sigue en el Servicio del Dr. Mañé. Las fracturas transversales, oblicuas y con mayor razón helicoidales de la tibia se tratan por la osteosíntesis. Las fracturas del cuello del pie el tratamiento ortopédico.

La buena reducción es de capital importancia. Sin embargo, muchas veces creemos hacer una buena reducción y, sin embargo, aparecen posteriormente alteraciones como el pie plano, ejemplo caso N.º 4. A veces el pie plano parece ser causado por la diastasis tibio-peroneo a la que no se le ha dado la importancia debida.

Dr. Prat. — Cabe destacar las buenas reducciones y consolidaciones óseas que pone en evidencia la comunicación del Dr. Maissonave. Cuando el Dr. J. M. Silva presentó sus casos, observamos algunas consolidaciones que dejaban mucho que desear, como reducciones no muy bien hechas. Es cierto, y debemos decirlo en honor a la verdad, que en esos casos los enfermos tenían ya bastantes días de lesionados cuando fueron tratados.

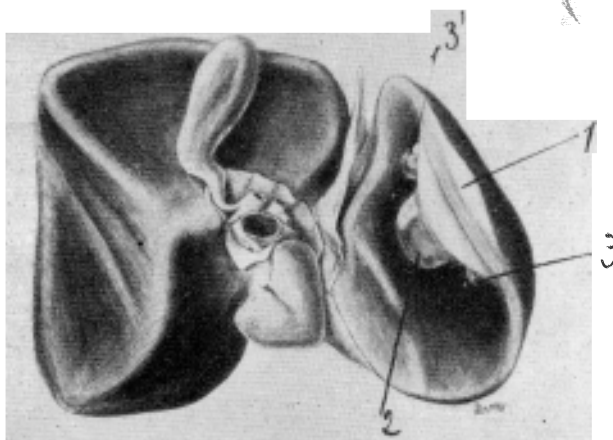
Buscando la causa de estas reducciones deficientes, creo que la encontraremos en el exceso de material de osteosíntesis de que se ha hecho uso, pues en varios casos se empleó la asociación de placas y lámina de Parham. El Dr. J. M. Silva limitó ulteriormente el uso del material y eso me parece muy conveniente; más, lo creo fundamental para el éxito. En el caso del Dr. Maissonave (N.º 7), se produjeron complicaciones que el autor explica por la osteosíntesis. Creo que la causa es otra; si nos fijamos atentamente en la radiografía, en que se ha fijado la inserción ósea del ligamento rotuliano con un tornillo se ve que éste ha penetrado en pleno canal medular de la tibia y es casi seguramente la presencia de este cuerpo extraño en el canal medular el que produce los accidentes, como ha sido comprobado ya por varios autores. Es una lástima que en los casos del Dr. Maissonave no se conozcan los resultados lejanos.

Pienso que para estimular estos trabajos, la Sociedad de Cirugía, al publicar estas comunicaciones, debe acompañarlas con la impresión de las radiografías.

*Un caso de saculización cortical hidática exógena.*

Por el Dr. P. LARGHERO IBARZ

Presentamos a la Sociedad de Cirugía un caso de saculización cortical hidática exógena del hígado. Esta lesión de la cual Devé hace en el N.º 1 de los Annales d'Anatomie Pathologique, del año 1930, un estudio de conjunto, basado en los diez u once casos conocidos hasta entonces en la literatura, había sido descrita por el mismo autor en 1905 y su definición de entonces, resumiendo los caracteres macroscópicos anatómicos, puede ser repetida hoy, porque ella responde



Dibujo esquemático de la lesión, visto el hígado por su cara inferior.

1. — Gran quiste.
2. — Saco exógeno.
3. — 3' - divertículos.

siempre a la realidad de lo que ha sido posteriormente constatado por él y otros autores.

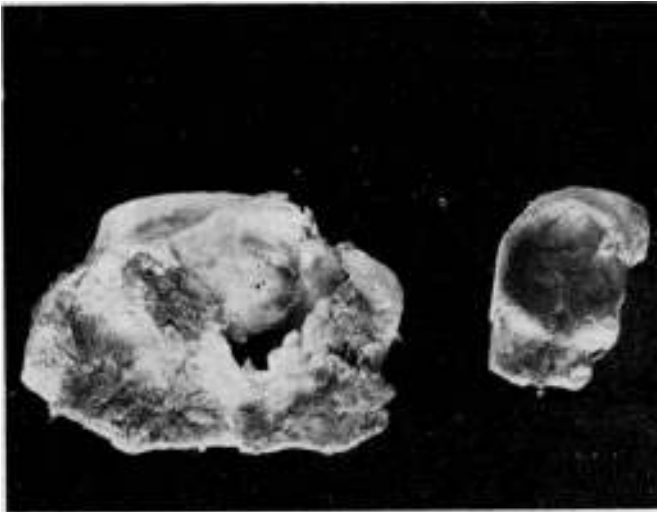
Dice Devé: "La bolsa fibrosa cesa en esta forma de ser esférica y regular. Ella presenta depresiones, ofrece a veces verdaderos divertículos más o menos estrechos, profundos, acodados o irregulares, en los cuales pueden encontrarse aprisionadas, aisladas de la masa principal, hidátides vivas y fértiles.

**Observación clínica** (que debo a la amabilidad de mi compañero en la Clínica Quirúrgica del Prof. Navarro, Dr. Dante Cianciulli, con quien operamos juntos al enfermo).

Juan Alm., 46 años, uruguayo. Consulta al Dr. Cianciulli por una tumoración del epigastrio. Hace diez y ocho años notó un poco a izquierda del epigastrio, una tumo-

ración del tamaño de un huevo de paloma, móvil, bajo la pared, que el enfermo podía delimitar bien, estando acostado, con la pared abdominal relajada. Indolencia completa. Le fué hecha entonces una aplicación de rayos X con objeto diagnóstico, pero no se llegó a conclusiones a ese efecto. La tumoración fué creciendo progresivamente; hace siete años comenzó a sentir molestias, en forma de dolor epigástrico vago, sin ritmo preciso, que se fué acentuando paulatinamente. En estos últimos tiempos se agregaron, en varias ocasiones, fuertes dolores que lo obligaban a hacer cama, calmándose con aplicaciones frías. Desde hace tres años, vómitos después de las comidas copiosas, sobre todo grasas; últimamente, los vómitos sobrevenían por períodos, mismo sin exceso de mesa. A veces arcadas en ayunas. Constipado.

Examen: Enfermo delgado, escaso panículo adiposo. Su aspecto general es bueno. A la inspección del abdomen se observa en el epigastrio, a izquierda de la



Cara del tabique que miraba al gran quiste; en el medio, orificio en rampa. Cara interna de uno de los divertículos

línea mediana, a mitad de distancia entre el reborde costal y el ombligo, una saliente en forma de casquete de esfera de unos 8 cms. de diámetro, que levanta el músculo recto derecho. Esta masa se desplaza verticalmente con los movimientos respiratorios. No hay modificaciones de relieve del borde costal.

A la palpación dicha masa es de superficie lisa y se aprecian bien sus caracteres por encontrarse al contacto de la pared. Ella es globulosa, indolora, continuándose hacia arriba con el lóbulo hepático izquierdo. Por debajo es convexa y se limita perfectamente. Espacio de Traube conservado. Fosa tréfica libre. El lóbulo derecho del hígado es de tamaño natural. No se palpan en el abdomen otras masas. El tacto rectal es negativo.

Radíoscopía: Campos pulmonares claros. Diafragma normal. La masa tumoral forma cuerpo con el lóbulo izquierdo del hígado. La ingestión de comida opaca muestra el estómago desplazado a izquierda por la masa tumoral, sin otra deformación.

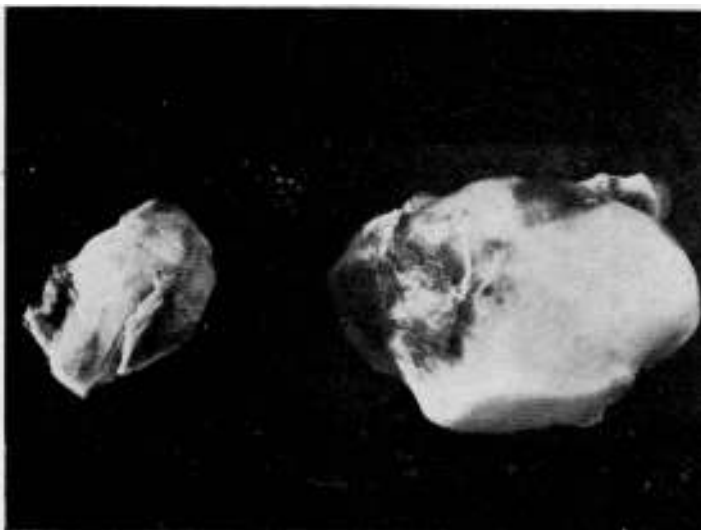
Reacción de Casoni: Positiva. Eosinofilia sanguínea de 7 por 100.

## BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

Por la historia clínica, por los caracteres semiológicos y radiológicos del tumor y por las reacciones biológicas se hace diagnóstico de quiste hidático del lóbulo izquierdo del hígado.

Operación el 9 de Febrero de 1932.—Drs. Cianciulli y Larghero.—Anestesia local con novocaína. Laparatomía paramediana izquierda supraumbilical. Abierto el peritoneo se cae sobre un tumor esférico del tamaño de un puño, de color rosado, incluido en el hígado y desbordándolo por su borde inferior y caras superior e inferior de su lóbulo izquierdo. Su superficie es lisa, consistencia renitente. Explorando su cara inferior se constata la existencia, sobre la parte más anterior de esta cara, de un tumor en relieve, del tamaño y el aspecto de un huevo de polla, ovalado, a gran eje transversal. Este tumor se implanta sobre el grande por una porción más estrechada, verdadero cuello. Su color es blanco anacarado, su superficie lisa y brillante.

A la palpación es resistente, de pared acartonada, pero se deja deprimir. A ambos lados de este tumor, sobre la cara inferior del gran quiste, se observan dos salientes convexas del tamaño de una yema de dedo, cuyas relaciones con el quiste



Saco exógeno y uno de los divertículos vistos por su cara externa (aspecto facetado - color blanco con manchas hemorrágicas)

principal veremos más adelante. Se abre el quiste y se evacúa una masa gelatinosa hidática de color verdoso y numerosas vesículas hidáticas vivas de tamaño variable, desde el de una nuez hasta el de una cabeza de alfiler. Entre las membranas y vesículas extraídas nos llama la atención una de ellas, que tiene el aspecto de un fruto de mora, formada por vesículas de tamaño variable e íntimamente adherentes.

Previo formolado y secado de la cavidad examinamos su cara interna: ella está revestida por un magma amarillo-verdoso de aspecto arcilloso.

La cavidad del quiste tiene una forma trilocular con una cámara mediana con dos divertículos laterales. Observando la cara interna del quiste se ve en su pared inferior un orificio del tamaño de un grano de maíz, a bordes delgados, que comu-

nica la gran cavidad con el saco exógeno de mayor tamaño. Su contenido se ha evacuado en parte en la gran cavidad durante las maniobras de exteriorización del tumor. Resecamos a tijera la parte de pared inferior que corresponde a la gruesa vesícula, que extirpamos así íntegra con un collarete de pared de 1½ centímetros.

De las dos otras salientes de la pared inferior, sus relaciones con la cavidad del quiste principal son las siguientes: una de ellas constituye solamente una depresión o nicho de la gran cavidad; la otra está separada de la gran cavidad por un tabique u opérculo incompleto, de bordes adelgazados. Se resecan estos dos divertículos y se constata que la pared quística es a su nivel gruesa, blanco - amarillenta, resistente a la tijera, al parecer por infiltración calcárea.

Se cierra la cavidad del quiste por un doble surjet invaginando los bordes del saco. Se explora el hígado y las vísceras abdominales no constatándose la presencia de otros quistes.



Sección mediana del saco exógeno, por su gran eje. Se ve el tabique, el orificio en forma de rampa, las vesículas en el saco

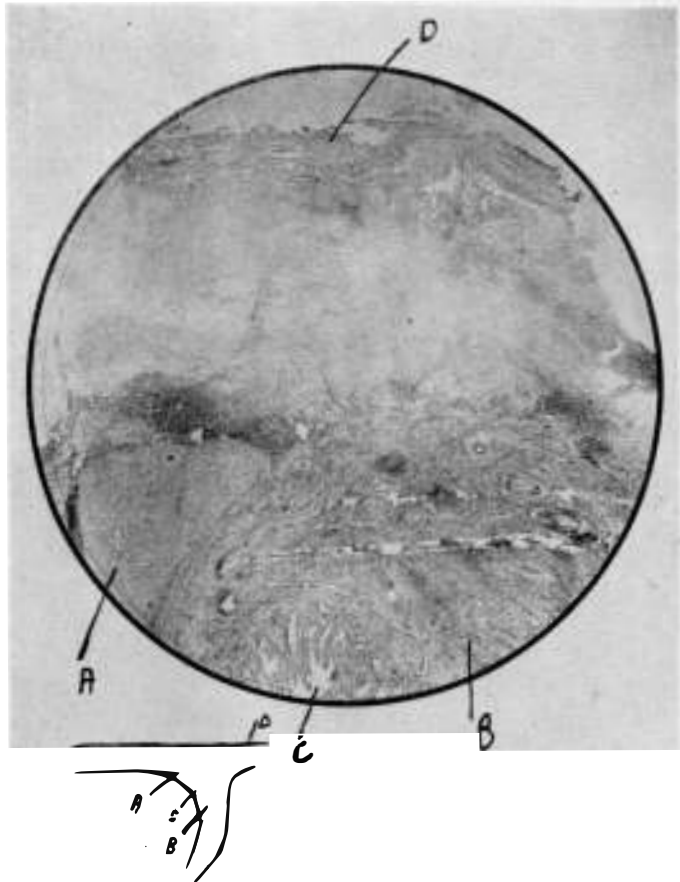
Cierre de la pared en tres planos.

Evolución post operatoria sin incidentes. Alta, curado, a los diez días.

**Descripción macroscópica del saco exógeno extirpado:** Tamaño de un huevo de polla. Color blanco anacarado. La superficie externa no es perfectamente convexa, sino que presenta una serie de facetas separadas por aristas romas, que parecen depender de la compresión del saco por estómago e intestino. La cara plana del saco, es decir, el tabique que lo separaba del quiste principal, tiene una superficie rugosa, de color grisáceo sucio, con sustancia adherente de color amarillento. Lleva en su parte media, un poco desplazado hacia uno de sus bordes, el orificio de comunicación de un diámetro de 7 a 8 mm. Sus bordes son delgados y no continuos, sino que las dos extremidades del arco están en planos diferentes, dando así al orificio una forma de rampa.

Seccionamos por el plano vertical y en su mayor diámetro el saco, y constatamos

que su pared es fibrosa, resistente, de 1 y 1/2 a 2 y 1/2 mm. de espesor, de color blanco. El tabique divisorio es más delgado. En el punto en que la pared del quiste exógeno se continúa con la pared del quiste principal existe una zona de forma triangular, de color amarillo-pardo, con los caracteres del parénquima hepático. El saco contiene una vesícula hidática de 14 mm. de diámetro, de aspecto vivo, pero



Zona de confluencia de la pared del gran quiste, con la del saco exógeno y el tabique.

- A - Islote de parénquima hepático
- B - pared del saco exógeno
- C - pared del saco exógeno; canaliculos biliares
- D - pared del gran quiste.

aplastada y, además, numerosas vesículas de tamaño más pequeño, adherentes a la pared o libres en la cavidad. La cara interna del saco como la pared del quiste principal, está cubierta por un magma amarillo-verdoso adherente.

La pared de los divertículos, en forma de nido de paloma, es gruesa, de 5 mm. de espesor, constituida por múltiples capas superpuestas, de las cuales las centrales son amarillentas, las exteriores blancas.

Examen microscópico: Ha sido estudiada toda la pared del saco y de los diver-

tículos, así como la pared del quiste principal. La parte de donde han sido tomados los fragmentos está señalada en la fotografía del corte de sección.

a) El tabique que separa el gran quiste del saco que estudiamos está constituido por tejido escleroso, de aspecto uniforme, hialino, en forma de anchas bandas, separadas por intersticios claros, en algunos de los cuales se encuentran células aplastadas de revestimiento. En la superficie el tejido escleroso presenta una necrosis con aspecto granuloso, siendo en esta zona muy escasa su afinidad tintorial. Esta banda esclerosa se continúa con la pared del saco exógeno, revistiendo por



Otra porción de la pared del saco exógeno. - Estructura fibrosa, laminada. Infiltración calcárea.

dentro el espesamiento de la pared que corresponde a la confluencia de la pared del gran quiste con la del saco exógeno, como puede apreciarse en la fotografía y en las micros. En esta zona de confluencia encontramos, en medio de un tejido fibroso, con marcada infiltración celular intersticial y mononuclear, con fuerte proporción de eosinófilos, la presencia de nódulos de parénquima hepático y numerosos canales biliares. Los nódulos de tejido hepático en número de tres o cuatro, de forma redondeada u ovalar, de tamaño de 1 a 2 mm., tienen contorno bien limitado por el tejido fibroso, al que se agrega una intensa infiltración celular inflamatoria. El tejido hepático conserva aquí su trabécula normal, con dilatación capilar. Se observan, además, lesiones de infiltración grasosa y figuras de hipertrofia muy marcadas.

Los canaliculos biliares, normales algunos, otros atrofiados, otros hipertrofiados, de los cuales algunos con marcada proliferación papilar del epitelio y forciones glan-



dulares, se observan en medio del estroma fibroso. Se ven, también, formaciones linfoideas con centros germinativos junto a los nódulos hepáticos o en medio del estroma fibroso.



Corte del tabique de separación entre el quiste y el saco exógeno.  
Se ve incluida una membrana hidática

b) La pared del saco en esta zona está formada por dos capas: una interna, hialina, correspondiente a la periquística. Por fuera de ella, cubierta por el peritoneo y la cápsula de Glisson, fibrosa y elástica, se encuentra una zona de tejido fibroso con fuerte infiltración linfocitaria y eosinófila. Pero lo más importante en esta zona externa, es la presencia de canales biliares tapizados por epitelio cúbico, de aspecto normal y cuya luz aparece enormemente dilatada, en algunas de aspecto quístico. También se observan gruesos vasos, pero no se ven en este corte trabéculas hepáticas.

c) La estructura es muy semejante a la del fragmento B., pero no se encuentran canales biliares. En los fragmentos correspondientes a la porción del tabique que continúa a la parte C., se encuentran incluidos en el espesor del tejido escleroso hialino que lo constituye, una pequeñísima vesícula hidática, como puede verse en la micro. Hay abundantes focos de infiltración calcárea de la periquística.

d) Fragmento de uno de los divertículos.

La pared está constituida por una gruesa capa interna de tejido escleroso laminado, a anchas bandas, separadas por intersticios alargados, sin células. Numerosos focos de infiltración calcárea. La reviste por fuera una capa delgada fibrovascular recubierta por una membrana con revestimiento endotelial, presentando los

caracteres de la cápsula de Glisson. En una pequeña zona, entre la cápsula de Glisson y la periquística esclerosa, se observan trabéculas hepáticas con dislocación de sus elementos que conservan, sin embargo, individualmente, sus caracteres casi normales. Las trabéculas están separadas por capilares muy dilatados.

Podemos deducir de los caracteres descritos que la pared de los divertículos está constituida por la periquística esclerosa, que ha empujado y adherido a la cápsula de Glisson.

e) La pared del gran quiste hepático está constituida por dos capas: una interna, escleroso-hialina, laminada, desprovista de células; otra externa, de tejido fibroso, con numerosos capilares, células conjuntivas jóvenes, fibroblastos y focos inflamatorios linfocitarios.



Pared del saco - Estroma fibroso y canaliculos biliares

Se encuentran en esta capa numerosos canaliculos biliares, unos normales, otros atroficos, otros con hiperplasia epitelial, tapizados por dos o más capas de células. En algunos la proliferación epitelial se hace papilar. No se observan restos de trabéculas hepáticas. Intensa infiltración intersticial difusa de elementos eosinófilos con núcleo único, redondo o bilobado. Hemorragia intersticial difusa. También en la luz de los vasos se observan con glóbulos rojos y polinucleares neutrófilos, numerosos elementos eosinófilos.

CONCLUSIONES

Una constatación capital se ha hecho por el estudio microscópico de la pieza: él es que, tanto el gran saco quístico como sus divertículos, como el saco exógeno, está tapizados por la cápsula de Glisson, llevando debajo de ella elementos hepáticos (trabéculas normales o atrofiadas y canales biliares). Esta constatación microscópica asociada a los datos obtenidos de la observación macroscópica del saco quístico exógeno extirpado, nos permite afirmar que este saco, situado debajo



Pared de uno de los divertículos. Gran infiltración calcárea

de la cápsula hepática y en comunicación con el gran quiste por un orificio con la forma particular de la entrada de un nido de hornero, ha nacido del quiste principal por fisuración de su pared y migración exógena subglissoniana de elementos hidáticos fértiles.

El crecimiento expansivo de estos elementos ha provocado el levantamiento de la cápsula y la reacción esclerosa del tejido vecino, siendo la resultante de este triple proceso de crecimiento, expansión y reacción esclerosa defensiva, la constitución del saco que creció exteriorizándose del hígado.

A nuestro modo de ver y por las razones enunciadas él constituye un caso típico de saculización hidática exógena cortical.

En efecto, puede descartarse fácilmente las afecciones quísticas parasitarias capaces de simularla.

De manera absoluta la equinococccis alveolar por la presencia de vesículas hijas.

Tampoco se trata de una equinococccis hidática múltiple primitiva: la localización limitada, la diferencia de volumen entre los diversos elementos, la dependencia filial indiscutible del saco exógeno con el quiste principal en nuestro caso, no dejan lugar a dudas.

Podría tratarse de una equinococccis secundaria peri-hepática con inclusión posterior de elementos hidáticos en el hígado por presión de afuera a adentro. Pero sobran hechos para descartarla: no mencionaremos sino uno, pero él es categórico. Como lo indica Devé, la presencia en la pared superficial del saco de islotes hepáticos y canalículos biliares, muestran que este saco ha crecido de la profundidad con tendencia a superficializarse, quedando siempre cubierto por la cápsula de Glisson. En cambio, cuando los quistes de equinococccis peri-hepática secundaria, comprimidos por el diafragma se hunden en el parénquima hepático, se engarzan en él y llegan mismo a no hacer más proeminencia en la superficie, mismo en estos casos siempre y de manera absoluta, la cápsula de Glisson constituye el lecho del quiste y jamás la cobertura, y faltan siempre y de manera absoluta en esta cara superficial los elementos de la cápsula de Glisson, los islotes de parénquima hepático, los canalículos biliares, todos elementos que un examen macroscópico simple aveces y siempre un examen microscópico, permiten poner en evidencia en los casos de saculización hidática cortical exógena.

Finalmente, no tiene nuestro caso ninguno de los caracteres de la lesión que Devé describió en 1905 con el nombre de equinococccis secundaria de origen biliar, en la cual las bolsas o nódulos están constituidos por conductos biliares extraordinariamente dilatados, conteniendo los elementos hidáticos vivos o muertos. Ellos constituyen verdaderos aneurismas biliares. No insistiremos sobre esta forma muy rara, que en nada se parece a la saculización exógena. Ella no ha sido aún señalada en nuestro medio, pero de ella posee el Prof. Prat una hermosa observación inédita que ha sido estudiada por mí del punto de vista anatómico.

Si interesante resulta esta forma particular de la infección hidática del hígado del punto de vista anatómico y patogénico, no lo es

menos del punto de vista clínico. La constatación en la clínica de un hígado nodular plantea de inmediato la posibilidad de un cáncer secundario o de una sífilis esclero-gomosa (hígado acordelado), más raramente de una tuberculosis nodular. No vamos a entrar en la consideración teórica de los caracteres diferenciales; queremos solamente señalar una constatación anatómica casi constante en los casos de saculización cortical exógena y es la presencia de focos a veces abundantes de calcificación en la pared de los sacos. La radiografía los pone fácilmente en evidencia y constituye un dato de valor no despreciable para el diagnóstico, pues en la sífilis esclero-gomosa y en los nódulos neoplásicos secundarios la infiltración calcárea es mucho más rara.

Bibliografía completa. — Devé. “Annales d'Anatomie Pathologique”. 1930. N.º 1. La Multisaculation corticale exogene hidatique.

El personal de la Sección Fotografía y Cinematografía de la Facultad de Medicina, me ha preparado con la competencia que les caracteriza, el material de fotografías, microfotografías y dibujos. A ellos, especialmente a los señores P. Ibarra, Bastos y L. Fernández, mi agradecimiento. N.os de Archivo Fotográfico: 6244 - 45 - 46 y 6425 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30. Pieza de Museo del I. de A. P.: 3004. Microscóp.: N.os 121 a - b - c - d - e del Inst. de Med. Experimental.

Dr. Del Campo. — El caso que presenta el Dr. Larghero es muy interesante. Creo que los casos de multisaculización exógena son relativamente frecuentes. Explorando las cavidades bien, ya sea con espéculos o con valvas, hemos visto varias veces al desplegar los pliegues de la adventicia, orificios de divertículos, de donde hemos extraído vesículas hidáticas; estas constataciones explican bien ciertos hechos de observación; como, por ejemplo, la salida por el tubo de un quiste drenado de una cantidad de vesículas que no nos damos cuenta de dónde pueden haber venido, pues creíamos haberlo evacuado totalmente.

La interpretación dada a su caso por el Dr. Larghero es perfectamente admisible, pero es necesario no perder de vista la posibilidad de una infestación múltiple inicial con desarrollo desigual de los gérmenes. En este caso el tabique de separación de los quistes podría desaparecer por usura y no creo que la anatomía patológica pueda distinguir fácilmente un caso del otro. Señalo esto, porque en las mismas preparaciones del Dr. Larghero hay un quiste pequeño completamente aislado que no puede ser explicado por la saculización exógena. Este hecho es igual a los señalados por los cirujanos del Cáucaso del Norte

(Napalkow), quienes sostienen la decorticación de los quistes hidáticos basados en la existencia de gérmenes hidáticos en evolución, ya sea en la membrana que rodea al quiste, ya sea en el parénquima vecino

✓ *Un caso de hernia duodenal derecha estrangulada y volvulus parcial del ileón.*

Por el Dr. P. LARGHERO IBARZ

Este trabajo debía ser presentado con el Dr. Castiglioni, que practicó el examen anatómico del caso. Circunstancias especiales me impidieron contar con su colaboración y habiendo presenciado la autopsia, he decidido traer a consideración de la Sociedad de Cirugía, la observación clínica y lo que me ha sido posible constatar en la mesa de necropsias.

**Observación clínica.** — Francisco M., de 54 años de edad, ingresa al Hospital Pasteur el día 17 de Enero de 1932 a la hora 20 y 30, en estado agónico. Un familiar que lo acompaña nos dice que el hombre se encontraba completamente bien cuando, a las 12 del día de hoy, sintió bruscamente un violentísimo dolor en el epigastrio, acompañado por arcadas y vómitos. El dolor fué de tal intensidad que se vió obligado a dejar de inmediato su trabajo y llamar al médico de la localidad, Dr. Paravis, el que constató la extrema gravedad del caso, enviándolo con toda premura al Hospital, previa inyección de morfina. Llega después de un viaje de 160 kilómetros en auto, agonizante, sin conocimiento, sin pulso, frío, con desaparición del reflejo corneano, pupilas aún no dilatadas, mucosas blancas.

El examen pre-mortem de su abdomen nos muestra: En el hipocondrio derecho, a derecha de la línea mediana, por encima de la horizontal del ombligo, sin alcanzar por arriba el reborde costal ni llegar por fuera al contacto de la pared, se encuentra un tumor de forma globulosa, liso, tenso, renitente, del tamaño de una gruesa naranja, situado profundamente, fijo, pero levantando la pared y haciendo convexidad suave a ese nivel. Ligera contractura muscular por delante de él. El borde inferior del hígado descendido, llega sobre el tumor, pero no podemos decir si son o no independientes. Hipocondrio izquierdo y epigastrio, deprimidos.

La pared del resto del abdomen, sobre todo en su porción umbilical, aparece ligeramente distendida, pero no es un balonamiento uniforme, sino que pueden apreciarse a la vista el relieve de las asas delgadas un poco dilatadas, dando al conjunto un aspecto un poco abollonado. La palpación a este nivel muestra que el abdomen es depresible, pero no elástico, sino pastoso y las asas gorgotean. No se ve reptación.

Macidez hepática conservada. No se encuentran trazas de vómitos ni defecación en las ropas.