

recho, con paredes espesas y esclerosadas, de regular tamaño, muy sumergido en la pelvis, a la que ocupaba casi totalmente contrayendo duras y fuertes adherencias murales así como también con todas las vísceras de esta cavidad y al fondo del ciego; pocas veces he visto proceso tan blindado a la penetración quirúrgica, sobre todo por la dureza de sus adherencias. Logramos liberarlo lo suficiente para terminar con una histerectomía subtotal y habíamos dejado por respeto al uréter derecho una escasa parte de la cáscara fibrosa del quiste que correspondía al fondo muy profundo de la pelvis frente a la sínfisis sacroilíaca. Como el trozo de corteza quística abandonado sangraba en nape, en el deseo de evitar drenaje me decidí por su extirpación y tras un infeliz golpe de tijera vimos confirmada nuestra prudente actitud de primera instancia al constatar que el uréter estaba efectivamente en el fragmento de periquística que acabábamos de seccionar; habíamos respetado hasta ese momento y así lo que debía ser un simple complemento técnico de discutible necesidad se convirtió en una severa complicación operatoria. Procedimos en seguida a la sutura término-terminal dejando un pequeño Mikulich. Por suerte evolucionó como una simple ureterostomía; sólo los primeros apósitos esponjaron orinas y a los 40 días el Dr. Lorenzo pudo informar por una citoscopia que el uréter derecho funcionaba; lástima que, coincidiendo con esta citoscopia a la que responsabilizan los familiares de la enferma, cae ésta en un estado mental que la lleva al manicomio, donde pasa más de un año.

Hacia tiempo que deseaba conocer el resultado definitivo de este caso de lesión ureteral, felizmente el único hasta hoy de mi experiencia quirúrgica, y movido por las comunicaciones de los estimados colegas pude encontrar la enferma, obteniendo una radiografía iluminada, por abrodil, adjunta, que a pesar de no ser muy buena ha permitido a nuestro distinguido radiólogo Dr. Cunha este informe: "Se visualizan los dos riñones, pelvis, uréteres y vejiga. Los dos riñones funcionan, riñón derecho ptosado".

Era mi propósito traer un estudio funcional más completo, particular de cada riñón. No ha sido posible por la natural resistencia de enferma y familiares a otra citoscopia, que yo mismo no hice mucho por vencer.

### *Un caso de enfermedad de Nicolás y Favre, tratado quirúrgicamente.*

Por el doctor FERNANDO ETCHEGORRY

José Reinaldo F. L., 19 años de edad, procedente de Melo.

Después de un homenaje a Venus efectuado en los carnavales pasados, nuestro enfermo vió aparecer sucesivamente una blenorragia, tratada empíricamente; a los dos meses, un chancro, por el que recibió en su ciudad natal una inyección de neo y más tarde, ya en Montevideo, una adenopatía que es la que motiva su concurrencia a la Policlínica, donde lo vemos por primera vez el 15 de Agosto. Dicha adenopatía tiene caracteres de supuración, es incindida y el enfermo pasado al Dispensario que dirige el Dr. Taglioretti.

Historia del Dispensario (resumen).

Sífilides pápulo-erosivas prepuciales y pápulo-escamosas glúteas y perianales -- vías de cicatrización. En la región balano-prepucial hay una gruesa cicatriz, donde

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

estaba asentada la lesión inicial. Adenopatía inguinal izquierda a ganglios pequeños, duros, secundarios. A derecha, gruesa adenopatía incindida y drenando con los caracteres de un Nicolás Favre. Adenopatías múltiples cervicales y epitroclear. Tacto rectal negativo.

Reacción de Wassermann, negativa la primera (Melo); positivas todas las demás, inclusive la última efectuada el 19 de Octubre.

No teniendo la adenopatía inguinal derecha ninguna tendencia a la regresión, resolvemos extirparla por lo que el enfermo ingresa a la Sala 21 el 10 de Setiembre; se le practica una reacción de Frei que es intensamente positiva.

El enfermo ha recibido hasta el 20 de Setiembre 2 grs. 8. de neo.

Operado el 22 de Setiembre. Raquí de 0.08 centgrs. de novocaína entre 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup> lumbares. Anestesia perfecta sin incidentes. Incisión cutánea paralela a la arcaada incurvándose en su parte interna hacia el cayaño de la safena. (Esta última parte de la incisión la modifíco en la técnica que propongo).

Disección de la piel bastante fácil salvo en el sitio de la antigua fistula. Extirpación ganglionar de afuera hacia adentro y de arriba hacia abajo hasta llegar al cayaño de la safena. Ligadura de esta vena. Falla la ligadura y se debe practicar una incisión de fortuna prolongando la anterior para dominar la hemorragia. Nueva ligadura. Se abandona la disección de afuera a adentro y se comienza a disecar de abajo hacia arriba sobre el trayecto safeno. Ligadura de dicha vena. Sección. Lo mismo con los vasos pudendos y se extirpa la masa ganglionar en un block. Cierre de la piel con crin, drenaje con láminas de caucho en la parte interna, que se suprime a los 4 días. Suites operatorias, normales.

Exámen anatómo-patológico del Pte. Into. Sr. Matteo (resumen). La sección macroscópica de la pieza presenta cavidades de diferentes tamaños llenas de un contenido purulento blanco verdoso. En la periferia hay congestión intensa y restos de adherencias conjuntivas. Al microscopio se nota, que la arquitectura normal del ganglio ha desaparecido. Hay un intenso proceso inflamatorio exsudativo purulento sin caracteres anatómicos de especificidad, que toma todos los cortes estudiados siendo en parte difuso y en parte en forma de abscesos. Vascularitis intensa. Periadentitis.

---

No es nuestro propósito, al presentar este enfermo, reabrir el debate sobre cual de los métodos para tratar el Nicolás Favre, es el mejor. Cada uno de ellos, creemos, tiene sus indicaciones, pues no existe el específico o ideal. Pensamos que la indicación quirúrgica conserva el privilegio cuando la adenopatía inguino-crural es localizada y sería ideal, si el cirujano pudiera conocer de antemano el estado de los ganglios sub-aponeuróticos de dicha región, cosa que clínicamente es imposible. En los demás casos creemos que el optimismo quirúrgico es exagerado, aunque reconocemos nuestra poca experiencia frente a la de otros cirujanos que practican la extirpación sistemáticamente, aún mismo debiendo ser incompleta.

Permítasenos también insistir sobre ciertos detalles de la técnica operatoria. La incisión ilio-pubiana es, a nuestro juicio, insuficiente y no da casi dominio sobre la parte verdaderamente peligrosa de la región, pues la intensa periadentitis no permite, a veces, reconocer con

seguridad los diversos elementos que deben salvarse o ligarse; contar con la trombosis problemática de la safena, o con una barrera infranqueable aponeurótica que dejara libre de adherencias la vena femoral nos parecen más vistas del espíritu que realidades. Así, pues, proponemos una incisión que debe ser paralela a la arcada hasta la línea de los vasos para seguir luego la dirección de éstos hasta 2 o 3 centímetros por debajo del cayado de la safena.

La extirpación ganglionar se hará de afuera a adentro y de arriba a abajo hasta el cayado mencionado. Reconocido éste se le ligará; en caso contrario, se le ligará "a posteriori". Se reinicia la disección, en la extremidad inferior de la incisión, donde se buscará, ligará y seccionará la safena, siempre fácilmente reconocible, y avanzando de abajo hacia arriba y de adentro hacia afuera llegaremos al punto en que habíamos terminado el primer tiempo de disección. Difícil es que en el transcurso de este segundo tiempo no hayamos podido valorar el estado de los ganglios profundos; si éstos estuvieran tomados y hubiera periadenitis algo intensa, por nuestra parte preferiríamos abandonar algunos ganglios, previa pediculización, ante el temor de herir la femoral. En el caso contrario nada impide terminar la extirpación, quedando así completamente limpia la parte superficial del triángulo de Scarpa. En este último caso, el cierre de la herida es factible, dejándose, si se quiere, un drenaje de seguridad en el punto declive, durante 48 horas.

---

Redactadas estas líneas el Correo nos trae el N.º 76 de la P. M. con un artículo de Rousseau y Adamesteanu sobre este mismo punto. A quienes interese el tema damos la indicación bibliográfica a fin de que puedan notar las pequeñas discrepancias que nos separan de dichos autores, francamente intervencionistas. No analizamos el artículo, pues como decimos al principio, no es nuestro propósito reabrir el debate de cómo se tratan los enfermos de Nicolás Favre.

### *Ruptura de hígado por contusión de abdomen.*

#### *Técnica de sutura hemostática.*

Por el doctor PEDRO LARGHERO IBARZ

La observación que vamos a relatar, de aparente banalidad en la práctica de cirugía de urgencia, presenta algunas particularidades que me parecen justificar su comentario en esta Sociedad.

Juana S. de C., de 27 años de edad, ingresa al Hospital Maciel en Noche Buena del año 1933 a la hora 21 y 30, transportada por el Servicio de Urgencia por haber sufrido un accidente. Iba cruzando la calzada cuando un auto la atropelló, golpeán-