CIR. DEL URUGUAY, V. 51, Nº 4: 297-3315, julio/agosto 1981

HISTORIA DE LA CIRUGIA

Lorenzo Mérola, Maestro de Medicina Operatoria

Dres. Juan C. De Chiara, Alberto Valls, Carlos Sarroca,
Oscar Balboa y Pedro Benedek (anotaciones del Editor)

Homenaje realizado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 23 de Julio de 1980, conmemorando el centenario de su nacimiento.

> Mérola, que como hombre de ciencia ha merecido ya hasta el altísimo honor de ser plagiado por notabilidades francesas, como operador es sin duda insuperable en ese arte de alejar la muerte a mandobles de bisturí.
>
> (Emilio Frugoni. — El Libro de los Elogios. Montevideo, 1953)

NOTA DEL EDITOR. — Hemos preferido reproducir algunos de los artículos y figuras originales de Mérola para facilitar su comprensión pues los escritos de cirugía de este autor están dispersos en distintas publicaciones. Mérola era muy conciso en sus descripciones. También sus referencias bibliográficas eran escuetas pues generalmente no existían sobre las técnicas que él creaba.

A propósito del artículo del Dr. Balboa y para detallar mejor la historia de la toracofrenolaparotomía reproducimos la historia de dicha técnica analizada por Valls y Liard en una publicación previa, a la que hace referencia Balboa.

Además hemos agregado el breve artículo de Mérola en el que describe, en 1912, su experiencia original de sustitución del estómago por colon en el perro.

Felizmente los artículos de anatomía que cita el Dr. De Chiara fueron publicados en Montevideo en 1941 en un volumen que aún es posible conseguir en nuestro país (L. Mérola - Obras completas I - Anatomía - Montevideo - El Siglo Ilustrado. 1941). Recordemos que en ellas se encuen ran varias descripciones absolutamente originales como su inteligente sistematización de los mú culos del antebrazo, las descripciones del pasaje del nervio facial a la boca por el triángulo de Mérola y su lámina preduodenal que mucho de pués describiera Albanese en la Argentina. También la conocida aponeurosis posterior de la axila o ligamento de Mérola.

Profesor Lorenzo Mérola

Maestro de Cirugía

1880 - 1935

Hace 100 años, un 29 de febrero, nacía en Montevideo Lorenzo Mérola, que fuera después un eximio Maestro de Cirugía.

Esta prestigiosa tribuna de la Sociedad de Cirugía, que él integrara como miembro fundador y a la que brindara su saber generoso y su majestad científica, me ha hecho el honor de ser ante Uds., y en especial para los jóvenes cirujanos que no tuvieron la dicha de conocerlo intérprete de este homenaje con una semblanza del Maestro.

Misión grata y emotiva que me permitirá revivir el recuerdo de mis primeros años en el Hospital Pasteur, como alumno de su Clínica, contacto diario fecundo en vivencias, que el tiempo transcurrido valora aún más y da la justa dimensión de lo que representó Lorenzo Mérola como Hombre y Maestro.

De estatura mediana, delgado, inquieto, emotivo, con rasgos inconfundibles de latinidad meridional; mirada inteligente y expresiva, que daba a sus ojos un lenguaje que se anticipaba a las palabras.

Era en la Clínica un hombre sencillo, sin empaque ni afectación. Ejercía el Profesorado y Dirección de su Clínica imponiendo su magisterio por su gravitante personalidad científica y moral, con la admirada colaboración de sus Asistentes, que rodeaban al Maestro, ávidos de sus enseñanzas, sin que él necesitara de actitudes hieráticas de mando para lograr sus fines. Maestro al fin, completaba con esta actitud un conjunto armónico en su atrayente imagen.

Su temperamento impetuoso lo hacía aparecer a veces brusco, pero no era así, pues era bueno; creía y confiaba en los demás hasta la ingenuidad. Quería mucho a los jóvenes es-

tudiantes, a quienes estimulaba y distinguía cuando la ocasión era propicia.

Su enseñanza la ejercía no tanto en la Clase magistral, a la que no era afecto, sino en la conversación y discusión junto a la cama del enfermo o en las reflexiones en el escritorio antes o después de un acto quirúrgico.

No le agradaban los diagnósticos diferenciales hechos en base a dialéctica; era habitual su reacción, cuando frente a un diagnóstico poco claro por la clínica, que había llegado a un callejón sin salida, oírle comentar: "Coordinen la operación para mañana y allí sabremos la verdad". Téngase en cuenta que vivió una época en que los métodos de diagnóstico paraclínicos eran escasos e inseguros y en donde lo fundamental era la indicación de terapéutica quirúrgica.

Anatomista excelso, admirador de Farabeuf, su maestro de anfiteatro, tenía además una gran inquietud por la Fisiopatología. Se enfrascaba en profundas meditaciones en voz alta, sobre diversos procesos patológicos, que lindaban con la filosofía.

Sus estudios sobre la Inflamación y su significado adelantaron muchos conceptos que después fueron habituales. Sus opiniones sobre el cáncer y los estímulos hormonales, mostraban ya, verdades admitidas mucho más tarde.

Llegado al quirófano, allí Mérola se mostraba en todo su esplendor. Era una cirugía alegre, entusiasta, decidida, certera, plena de fe; se distinguía el gran dominio de la anatomía quirúrgica y de los planos de clivaje naturales, buscando hacer típico lo que la patología regional había hecho atípico. "Normalizar antes de seguir adelante" decía siempre mientras enseñaba operando. Por eso, el acto quirúrgico de Mérola, por audaz que fuera, parecía fácil en sus manos prodigiosas.

Lamentablemente ese genio creador de técnicas audaces y bien regladas, tuvo que vivir una época en que no contaba con anestesias correctas y seguras, ni con medios de mantenimiento y recuperación como los que disponemos en la actualidad.

No obstante, las críticas que debía soportar de sus contemporáneos, más tímidos que él, considerando sus "operaciones ensanchadas" como temerarias aventuras, su espíritu y fe quirúrgicos no se entregaban, tal vez viendo en esas críticas más una admiración torturada por la envidia, que un juicio veraz.

Su carrera quirúrgica, brillante en todos los aspectos, la inició al recibirse de Médico en 1905 y culminar como Profesor de Clínica Quirúrgica en 1925.

Para esa escalada pasó desde 1902 como Director del Instituto de Anatomía a Catedrático interino de Anatomía y luego Subdirector del mismo Instituto. Posteriormente Profesor de Medicina Operatoria y Profesor de Patología Quirúrgica, alternándose en ambas cátedras.

Publicó bastante menos de lo que enseñó generosamente en el contacto diario con el ejercicio de su arte quirúrgico.

"Notas anatómicas y clínicas" recogen numerosos trabajos anátomo - quirúrgicos.

"Las aponeurosis de la axila" que lleva a su publicación sobre "Aponeurectomía de la axila", variante de la operación por cáncer de la mama, reconocida internacionalmente y que lleva justicieramente su nombre.

"Vía de acceso a la fosa frénica", donde describe y regla la Toracofrenolaparotomía y el Colgajo toracofrénico, cuya paternidad ha sido reconocida y reivindicada internacionalmente en Congresos.

"Vista de conjunto de la región retroperitoneal por la desinserción del mesenterio", presentaba en su exitosa visita a Santiago de Chile en 1917, ocasión en que su personalidad se proyectó internacionalmente.

"Anatomía del peritoneo hepático". "El tejido celular subperitoneal". "Aponeurosis del puño y del antebrazo". "Cirugías atípicas". "Cirugía avancista".

Estos son algunos de los títulos, sin agotar la nómina, que evoco en este momento.

Como digno representante de una generación donde la cultura humanística ocupaba un lugar preponderante, matizaba su quehacer científico con actividades intelectuales de otra índole; era conspicuo y asiduo concurrente a la famosa "peña Cantú", donde se reunía la "flor y nata" de la intelectualidad de la época. Los alumnos de su Clínica disfrutábamos al día siguiente de alguna de esas "peñas" de las inquietudes filosóficas que habían preocupado al Maestro, en las charlas informales, siempre amenas y fecundas, junto a la taza de café, en su escritorio.

El destino fue cruel con Mérola. Un mal inexorable nos lo arrebató, un 5 de abril de 1935, cuando contaba 55 años y su madurez intelectual y científica permitían esperar mucho más de su genio creador.

Fue en este trance donde se reveló superlativamente el Hombre. Soportó como un estoico su sufrimiento, tranquilo, discutiendo hasta los últimos días temas científicos o filosóficos con sus amigos y discípulos.

Así era el Profesor Lorenzo Mérola, genio y maestro de la cirugía universal.

Así lo evoca con emoción y gratitud un modesto alumno de su Clínica.

JUAN CARLOS DE CHIARA.

La aponeurosis de la axila

Dr. Lorenzo Mérola

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Axilla/Breast Anatomy.

Del artículo sobre "La aponeurosis de la axila. Existencia de un ligamento suspensor posterior", publicado en L. Mérola - Obras Completas I - Anatomía - Montevideo - El Siglo Ilustrado, 1941, transcribimos las conclusiones:

"De todo lo expuesto en las páginas que preceden podemos concluir:

I. Las aponeurosis de la axila están dispuestas de tal modo que forman tres vainas, limitadas de adelante atrás por:

1º Aponeurosis superfiical del gran pectoral.
2º Ligamento suspensor de Gerdy (anterior para nosotros).
3º Nuestro Ligamento Suspensor Posterior.
4º Aponeurosis superficial del gran dorsal.

II. El ligamento suspensor de Gerdy (anterior para nosotros) al nivel de su borde inferior se divide en tres hojas:

— Anterior, que se continúa con la hoja superficial de la aponeurosis del gran pectoral, cerrando así la primera vaina.
— Media, que va a adherirse a la piel.
— Posterior, que se une a una hoja de nuestro ligamento posterior, formando así una gotera en cuya concavidad descansan los vasos.

FIG. 1.— Vista anterior del ligamento de Mérola, previa extirpación de la pared anterior de la axila en su parte externa y el contenido de la cavidad: 1) Deltoides; 2) Paquete circunflejo; 3) Tendón del pectoral; 4) Biceps; 5) Arcada de Struthers; 6) Tabique intermuscular interno; 7) Paquete radial; 8) Ligamento de Mérola; 9) Línea de inserción del piso de la axila; 10) Paquete escapular posterior; 11) Borde inferior del sub. escapular; 12) Pectoral menor; 13) Coracobiceps. Figura tomada de Praderi, R., "Anatomía de las Aponeurosis de la región posterior del hombro". Presentado en reunión conjunta de los Departamento de Anatomía y Operaciones de la Facultad de Medicina de Montevideo el 9/9/59.

III. El ligamento suspensor posterior da también tres hojas al nivel de su borde inferior:

— Anterior, que se une a la posterior del ligamento de Gerdy.

Media, que también va a la piel, y

Posterior, que cierra la tercera vaina, uniéndose con la aponeurosis superficial del gran dorsal al nivel del borde inferior de este músculo.

IV. La terminación de las paredes de la vaina media o de envoltura del paquete vásculo-nervioso, se hace del siguiente modo:

A) *Hacia adentro*

— Parte anterior. Se desdobla al nivel del borde infero-externo del músculo pequeño pectoral, envainándole.

Parte media. Se continúa con la aponeurosis del gran serrato.

Parte posterior. Se fija al borde axilar del omóplato.

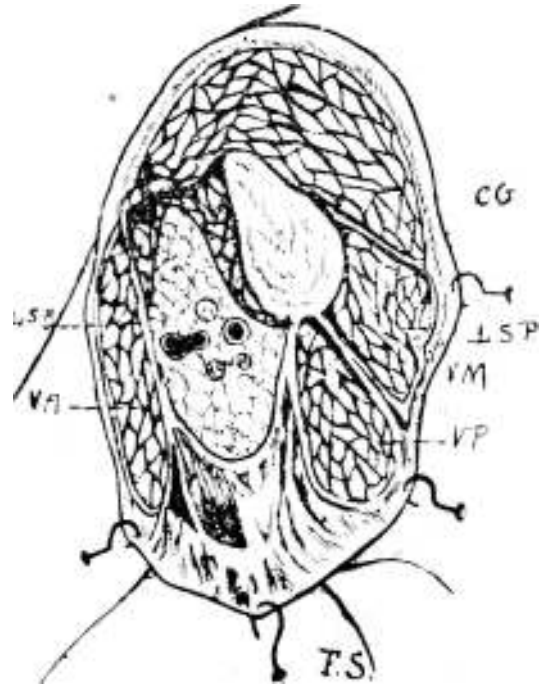

FIG. 2. — Corte del trabajo original de Mérola. La leyenda dice: Corte posterior de la axila: V.A. Vaina anterior. V.M. Vaina media o vascular. V.P. Vaina posterior. L.S.A. Ligamento suspensor anterior de Gerdy. L.S.P. Ligamento suspensor posterior. F.S. Fibras de suspensión de la piel.

B) *Hacia afuera*

—Parte anterior. Se continúa con la aponeurosis braquial.

— Parte media. Se continúa con la aponeurosis del brazo.

—Parte posterior. Se continúa con el tabique intermuscular interno del brazo.

La disposición de las hojas superficiales de las aponeurosis del gran pectoral y del gran dorsal es bien conocida para que tengamos que repetirla.

V. Existe un área de suspensión de la piel de la axila; las fibras emanan de la convexidad de la vaina vascular y especialmente de las que forman los ligamentos suspensores.

Montevideo, abril de 1912."

Incluimos aquí la figura Nº 2 del original que es muy clara, con su leyenda. Como no existe ningún dibujo de conjunto del ligamento de Mérola reproducimos uno inédito de un trabajo presentado en 1959.

Años después el ligamento de Mérola es nuevamente descripto por Leblanc el cual es citado brevemente en G. Paturet. Traite d'Anatomie Humaine, T. II, pág. 358. París. Masson, 1951.

El Editor.

La mastectomía radical modificada. Operación de Mérola

Dres. Alberto Valls y Carlos Sarroca

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. L. Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela". Facultad de Medicina. Montevideo.

Se presentan los antecedentes históricos de la mastectomía radical modificada, conocida en muchos países como operación de Patey, pero cuya paternidad pertenece a Lorenzo Mérola que la concibió en 1912 y realizó regularmente en la clínica hasta su muerte en 1935.

Fue publicada por el Dr. Eduardo Vigil en 1936, 12 años antes de que la redescribiera Patey.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Breast neoplasms/Surgery.

INTRODUCCION

Actualmente, en el año 1980, con los conocimientos oncológicos que se posee del cáncer, el de mama en particular, como enfermedad general a expresión local en la mama y regional en la axila, la cirugía de exéresis tiene un papel protagónico, fundamental, en su tratamiento.

Después de los trabajos iniciales de Halsted (9) que llevaron a las operaciones conocidas por su nombre, de mastectomía radical, con extirpación del tumor, de toda la mama, los músculos pectorales y el vaciamiento célulo - linfoganglionar axilar en continuidad, hubo un empuje hacia las mastectomías ensanchadas, con vaciamientos ganglionares cervicales y mediastinales, que está en retroceso aunque Urban (22, 23) continúa haciendo su operación, en que agrega al Halsted clásico la extirpación de la cadena mamaria interna, con resección de los cartílagos costales. Estas técnicas son mastectomías complementadas (Badano [2]) por otras resecciones de elementos anatómicos.

Con los progresos de la Radioterapia y la Quimioterapia, la Cirugía, que continúa en su papel protagónico dentro del tratamiento en el equipo oncológico moderno, ha reducido su extensión, busca realizar mutilaciones menores con conservación de los músculos pectorales, sobre todo el mayor, con preservación de la fisiología del miembro superior, resultados estéticos mejores y disminución de las secuelas, el edema postmastectomía. Esta tendencia se ha extendido hasta las tumorectomías con vaciamiento axilar biópsico bajo y radioterapia postoperatoria en los pequeños tumores, iniciales (Sarrazin [21]). Los trabajos de Cady (3) en U.S.A., Lacour (12) del Instituto Gustav Roussy de París, de Fugimusi (6) y Kuno (11) de Japón, Mazziotta y col. (15) de Venezuela y Riveros (20) de Paraguay, muestran la preferencia universal actual por *la mastectomía radical modificada* con conservación del pectoral mayor, que Murakami secciona en su tendón de inserción humeral con sutura posterior, para hacer más cómodamente el vaciamiento axilar. Sus resultados en series de Patey, Handley (10), Lacour, Cady, etc., son tan buenos como los de la operación de Halsted. Por eso esta operación es llamada *mastectomía radical modificada* y no subradical, porque no se concedió a la eficacia del tratamiento oncológico ninguna merma, porque, como Mérola decía, los linfáticos de la mama no atraviesan el pectoral mayor, demostrado en estudio anatómicos por Gray (7) con linfografías y el vaciamiento axilar con esta técnica es de una eficacia completa, demostrada por Patey (17, 18) con linfografías de la axila. Por ese motivo Lacour escribe: "Actualmente nuestro nuevo protocolo da un lugar preponderante a la mastectomía radical modificada (17, 18) o a técnicas conservadoras".

Esta operación fue la preferida en el 13º Congreso Internacional de Oncología (Buenos Aires); es llamada operación de Patey porque este autor la describió en dos espléndidos trabajos de 1948 y 1963, con estudios estadísticos desde 1932 hasta 1943 comparativos con la operación de Halsted, sobre 146 enfermas, con resultados similares y donde hace una descripción muy somera de la operación cuyos

---

Profesor Agregado y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Br. España 2831, Apto. 201, Montevideo (Dr. A. Valls).

fundamen os on extirpar con la mama mucha piel, la aponeurosis del pectoral mayor y el pectoral menor para facilitar el vaciamiento axilar.

E a operación fue pensada por Mérola en sus fundamentos anatómicos desde sus trabajo de Anatomía de la axila, de 1912 (16) y realizada por él hasta su muerte, en 1935, y publicada por su discípulo, el Dr. Eduardo igil (24) en 1936, mientras Patey la publicó en 1948. En síntesis la mastectomía radical modificada debe ser llamada y conocida universalmente *operación de Mérola.*

Esta técnica fue presentada y valorada por Priario (19) en 1976 en Buenos Aires. Variantes de ella son las operaciones de de Nicola (4) y de Finochietto (5).

Una variante en menos consiste en la conservación del pectoral menor, de Auchincloss (1) de 1963 y de Madden (13, 14) de 1965, que como el primer autor dice, no puede vaciar los ganglios infraclaviculares pero es de gran eficacia.

TECNICA DE LA OPERACION DE MEROLA

Fundamentos anatómicos. — Los fundamentos anatómicos se encuentran en el trabajo publicado por Mérola en abril de 1912 "La aponeurosis de la axila" (16), en que describe un ligamento suspensor anterior de la axila, formado por el ligamento de Gerdy abajo, más arriba engloba el pectoral menor y, en el sector superior, la aponeurosis clavipectoral, que se fija arriba en la vaina fibrosa del subclavio y otro *ligamento suspensor posterior,* que pasa delante del subescapular arriba y dorsal ancho abajo. Por abajo ambos ligamentos se trifurcan: una hoja del ligamento anterior se dirige hacia adelante y forma la aponeurosis del pectoral mayor, que recubre a este músculo por delante hasta arriba en sus inserciones clavículares, otra hoja se dirige abajo y se fija en la piel del hueco de la axila, la tercera se dirige hacia atrás y se une a la hoja de trifurcación anterior del ligamento suspensor posterior para formar la logia axilar por abajo, forma la aponeurosis de la base de la axila. El ligamento suspensor posterior emite una hoja anterior que ya vimos, una inferior, que se fija en la piel y una posterior que forma la aponeurosis superficial, posterior, del dorsal ancho Hay pues tres logias: una, anterior, del pectoral mayor; una posterior, del dorsal ancho y subescapular por arriba y una logia media, entre los dos ligamentos suspensores donde se encuentra el paquete vásculo - nervioso axilar recubierto por una vaina conjuntiva, que se acerca a los ligamentos suspensores anterior y posterior y por dentro, el tejido celulolinfoganglionar de la axila. Los ligamentos suspensores se fusionan hacia adentro con la aponeurosis del serrato mayor, que se puede decolar fácilmente de este músculo con lo que se puede extirpar aquel paquete totalmente envuelto en láminas conjuntivoaponeuróticas, haciendo una logiectomía sin ver los ganglios, manera correcta de practicar un vaciamiento ganglionar. Todavía *las maniobras se facilitan,* como lo decía Mérola hijo, porque la axila, que constituye una verdadera hendidura cuando el brazo está en posición anatómica pegado al tórax, toma la extensión de un espacio cuando se diseca y opera con el brazo en abducción y además con la abducción la clavícula se eleva y los elementos cervicales se proyectan hacia abajo y el vértice de la axila desciende con lo que se facilita la disección de esta zona.

Descripción de la técnica

1º) Incisión cutánea. Es la incisión de Halsted, en raqueta a mango súpero externo, delante del tendón distal del pectoral mayor. La mayor parte de los cirujanos hacen la incisión transversa de Stewart, que engloba la mama, es transversal y queda subaxilar por afuera; de Nicola le agrega la extirpación de la piel de la base de la axila.

2º) Disección de los colgajos cutáneos delgados de espesor, hasta la clavícula, arriba; los músculos anchos abdominales, abajo; el esternón, adentro; dorsal ancho, afuera.

3º) Sección de la aponeurosis del pectoral mayor en sentido longitudinal (transversal) paralelo a la clavícula y separación de aquélla de arriba hacia abajo y desde adentro hacia afuera de los fascículos musculares del pectoral mayor, llegando al borde inferior de este músculo, del que queda momentáneamente colgando la mama. Se libera la aponeurosis de ese borde inferior, seccionando y ligando algunos vasitos. Queda liberada la cara posterior del músculo y la mama colgada del ligamento suspensor de Gerdy que se continúa con el pectoral menor (fig. 1, 3). Se ve el pedículo

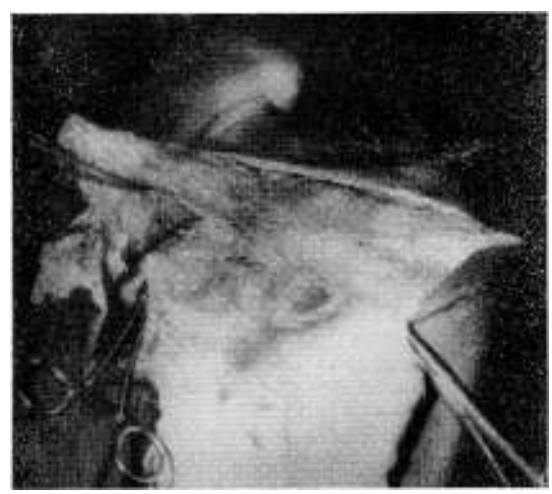

FIG. 1.— Exposición de axila derecha, brazo a izquierda, cabeza arriba, tórax a derecha. La mama se descolgó con la aponeurosis (sostenida por la pinza de abajo y la derecha) viéndose el pectoral mayor. Maniobra de Mérola: sección de la aponeurosis del coracobraquial, por donde se introduce una pinza (a la izquierda) que pasa por detrás y encima del tendón del pectoral menor, que será seccionado de la coracoides.

FIG. 2.— Despojado el paquete vascular de su vaina hacia arriba, se incinde la aponeurosis del serrato, que se decola hacia abajo mostrando la pared torácica, interna de la axila, con el nervio del serrato.

vásculo nervioso del pectoral que se liga y secciona, quedando vinculado al ligamento suspensor que formará parte de la pieza a extirpar. Con ese pedículo se extirpa, cuando existe, el ganglio interpectoral que describió Grossmann (8) por primera vez y encontrara Rotter después en algunas piezas de cáncer de mama. No hay inconveniente con esa interrupción nerviosa porque el pectoral mayor tiene otra inervación superior.

4º) Travesía del plano del ligamento suspensor anterior con el pectoral menor (fig. 1). La maniobra de Mérola. Este artificio permite atravesar este plano con sencillez y elegancia. Consiste en la sección a bisturí de la aponeurosis del coracobraquial, en el sentido de su eje longitudinal. Este músculo forma parte del plano integrado hacia adentro y arriba de él, por el ligamento de Gerdy, el músculo pectoral menor y la aponeurosis clavipectoral, que se inserta arriba en la vaina fibroaponeurótica del subclavio. Se decola la aponeurosis del músculo coracobraquial fácilmente con el dedo índice (en la figura hay una pinza) y este músculo se retrae hacia afuera dejando ver el paquete vasculonervioso axilar. A continuación el dedo índice se desliza hacia arriba, pasa por detrás del tendón de inserción del pectoral menor en la coracoides y se secciona contra ésta a tijera ese tendón.

Entonces se reclina todo el segundo plano de la axila hacia abajo y adentro, dejando ver la axila en la parte externa. No hay que seguir hacia adentro, para no separar la grasa de la axila del Gerdy pues forman una unidad, a resecar.

5º) (fig. 2). Sección de la vaina conjuntiva del paquete axilar, de abajo a arriba y se van disecando, ligando con lino y seccionando los vasos y nervios que salen del paquete, por dentro de la vaina conjuntiva, para no entrar en contacto con la intimidad del tejido célulo - linfoganglionar. Se liga y seccionan los vasos subescapulares y se conserva el nervio del dorsal ancho, que se diseca hasta este músculo, ayudado por la penetración posterior, detrás del ligamento suspensor posterior de la axila.

Se llega al vértice de la axila (fig. 3). Se cae sobre la aponeurosis del serrato, que se incinde allí en el primer espacio intercostal, en sentido transversal y se decola a mano, fácilmente hacia abajo del músculo serrato mayor. Se ve en esa lámina el nervio del serrato mayor, que se libera y conserva. Esta maniobra es más fácil si se procede de manera previa a desinsertar las inserciones costales del pectoral menor a continuación del decolamiento.

6º) Penetración del plano del ligamento suspensor posterior. Se hace una incisión sobre la aponeurosis del dorsal ancho, amplia, a lo largo del borde externo de este músculo del que se decola hacia arriba, seccionando después, con la tijera, el tabique que separa la vaina del dorsal y la vaina del subescapular; esta maniobra se puede hacer a mano. Queda empujado así, hacia adelante, contra la grasa axilar, el ligamento suspensor posterior de Mérola. Se puede acá acabar de disecar el nervio del dorsal ancho y ligar por segunda vez y seccionar los vasos escapulares inferiores.

Se juntan los decolamientos posterior, del dorsal con el interno, del serrato y del externo de la vaina vásculo - nerviosa. Se viene bajando con el paquete célulo - linfoganglionar, cubierto de sus láminas, con sección entre ligaduras de su arista posterior, en el espacio interescapuloserrático. Se seccionan las inserciones costales del pectoral menor. Abajo y afuera del tejido celulolinfoganglionar recibe, envueltos en tejido conjuntivo los linfáticos braquiales, delante de los vasos axilares. Se procede a seccionarlos entre ligaduras, para disminuir las linforragias.

Después de estas maniobras se viene en una pieza la mama con el tejido célulo - linfogan-

FIG. 3.— Sección de la aponeurosis del dorsal ancho, en la parte póstero - inferior del campo, marcado por una pinza, para decolar de abajo hacia arriba la aponeurosis posterior de la axila, ligamento axilar posterior de Mérola.

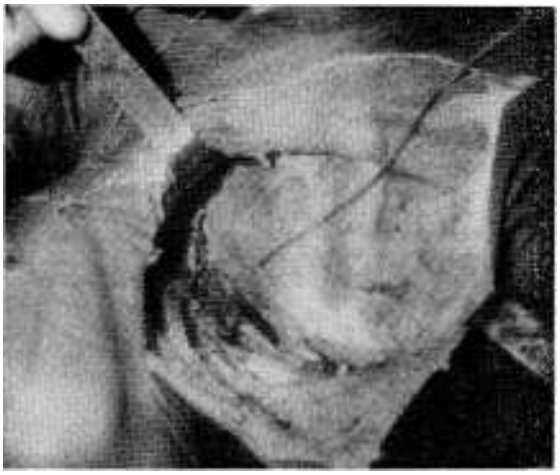

FIG. 4.— Una vez delimitado por láminas, que se clivaron, el paquete celulolinfoganglionar fue extirpado mostrando el hueco axilar con sus paredes musculares desnudas, habiéndose conservado los nervios del serrato (calzado por un hilo) y del dorsal ancho, sobre la pared posterior de la axila.

glionar recubierto adelante por el ligamento suspensor anterior y el pectoral menor, atrás el ligamento suspensor posterior, adentro la aponeurosis del serrato y afuera la vaina conjuntiva del paquete axilar. Queda sólo desprenderlo por abajo seccionando la aponeurosis del serrato y músculos anchos del abdomen, que al decolarla hacia arriba se juntó al decolamiento de la aponeurosis pectoral, que quedó retromamaria, corte que se continúa hacia afuera con la sección de la aponeurosis del dorsal ancho, teniendo que ligar allí entre ligaduras el extremo inferior del tejido celular axilar, con ramas vasculares, algunas procedentes de las intercostales y la terminación del pedículo del dorsal ancho. Se extirpó así en bloque la mama con la logia media de la axila, que describió Mérola en 1912, quedando la cavidad axilar vaciada, como un diedro abierto hacia adelante, con una vertiente externa formada por dorsal ancho y subescapular, una interna, por el serrato, donde corren de arriba a abajo los nervios del dorsal ancho y del serrato. Este diedro está cubierto por el pectoral mayor (fig. 4). Se juntan los colgajos cutáneos, con puntos en el celular y lino en la piel. Se le pone por contrabertura un tubo de avenamiento con aspiración.

COMENTARIO

La mastectomía radical modificada, *operación de Mérola*, del punto de vista funcional, estético y oncológico, iguala en eficacia, confirmada por su follow up, a la operación de Halsted. Se acompaña de un sangrado mucho menor en el acto operatorio, motivo por el cual los autores la empezaron a usar en pacientes que no querían ser transfundidos por su ideología. La realización de esta técnica requiere mayores conocimientos anatómicos, pero trae aparejada menores secuelas funcionales, menos edema postmastectomía y mayores posibilidades de reparación plástica mamaria.

La mastectomía radical modificada constituye el monumento más sólido e imperecedero del cirujano y anatomista maravilloso que fue el Profesor Lorenzo Mérola.

RESUME

La mastectomie radicale modifiée. Operation de Mérola

On présente les antécédents historiques de la mastectomie radicale modifiée, connue comme l'opération de Patey, mais dont la paternité correspond sans aucun doute au Professeur Lorenzo Mérola, qui en a exposé en 1912 les fondements anatomiques et les a réalisés en Clinique jusqu'à sa mort en 1935, ayant été publiée par le Dr. Eduardo Vigil en 1936, 12 ans avant la publication de Patey.

SUMMARY

Modified Radical Mastectomy. Mérola's Operation

Historical review of modified radical mastectomy, which, though known as Patey's operation is, without a doubt, the creation of Prof. Lorenzo Mérola. It was he who set the anatomic basis in 1912 and he continued to perform it in his Clinic until his death in 1935. It was first published by Dr. Eduardo Vigil in 1936, 12 years prior to Patey's paper.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AUCHINCLOSS M. Significance of location and number of axillary metastases in carcinoma of the breast; justification for a conservative operation. *Ann Surg*, 158: 37, 1963.
2. BADANO REPPETO JL. Cáncer. Avances en diagnóstico y tratamiento. Montevideo. Servicio de Publicaciones de la Universidad de la República, 1976, p. 91.
3. CADY B. Modern Management of Breast Cancer. *Arch Surg*, 104: 270, 1972.
4. DE NICOLA C. Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. *Prensa Méd Argent*, 42: 2423, 1955.
5. FINOCHIETTO R. En: Uriburu, J. La mama. Buenos Aires. Cient. Argentina, 1957.
6. FUGIMUSI M. Breast Cancer. Recent Results of Cancer Tratment in Japan. Japanese Cancer Association. GANN. Monograph on Cancer Research. Baltimore. Japan Scientific Socciety Press. Tokyo University & Park Press, 1979, v. 22, p. 147.
7. GRAY JH. The relation of lymphatic vessels to the spread of cancer. *Br J Surg*, 26: 462, 1939.
8. GROSSMANN Fr. Ueber die Axillaren Lymphdrussen. Inaug. Dissert. Berlin 1896, en Rouviére, Anatomie des lymphatiques de l'home. París. Masson, 1932.
9. HALSTED WS. The results of operations for the care of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins Hospital from june 1889 to january 1894. *Arch Surg*, 20: 497, 1894.
10. HANDLEY RS and THACKRAY AC. Conservative radical mastectomy (Patey's, operation). *Ann Surg*. 70: 880, 1969.
11. KUNO K and FUMAKI A. Cancer of the breast at Cancer Institute Hospital Tokyo. Recents Results of Cancer Treatment in Japan. Japanese Cancer Association. GANN. Monograph on Cancer Research. Baltimore. Japan Scientific Society Press. Tokyo University & Park Press, 1979, v. 22, p. 150.

12. LACOUR J, LE M, PETIT JV, LASSEI P, GENIN J et MICHEL G. La place de la chirurgie dans le traitement du cancer du sein. *Rev Pract,* 28: 949, 1978.
13. MADDEN JL. Modified radical mastectomy. *Surg Gynecol Obstet,* 121: 1221, 1965.
14. MADDEN JL, SOUGHIL K and ROCHE - ANDRE B. Modified radical mastectomy. *Ann Surg,* 175: 624, 1972.
15. MAZZIOTTA MIRABAL R y ARCIA ROMERO F. Mastectomía radical modificada. *Rev Argent Cir,* 30: 56, 1976.
16. MEROLA L. La aponeurosis de la axila. Abril 1912, en Obras Completas del Prof. Mérola. Montevideo. Siglo Ilustrado, 1941, p. 49.
17. PATEY DH and DISSON WH. Prognosis of carcinoma of the breast in relation to the operation performed. *Br J Cancer,* 2: 7, 1948.
18. PATEY DH. A review of 146 cases of carcinoma of the breast operated upon betwen 1930 and 1943. *Br J Cancer,* 21: 260, 1967.
19. PRIARIO JC. Mastectomía radical modificada. *Rev. Argent Cir,* 30: 81, 1976.
20. RIVEROS M. Cirugía radical del cancer de mama. *Rev Argent Cir,* 30: 88, 1976.
21. SARRAZIN D, FONTAINE F, LASSER P et ROUESSA D. Le traitement conservateur du cancer du sein. *Rev Prat,* 28: 963, 1978.
22. URBAN JA. Radical excision of the chest wall for mamary cancer. *Cancer,* 4: 1263, 1951.
23. URBAN JA. Radical mastectomy in continuity with block resection of the internal mamary lymph node chain. A new procedure for primary operable cancer of the breast. *Cancer,* 5: 992, 1952.
24. VIGIL SOÑORA E. La aponeurectomía del seno. Técnica del Profesor Mérola. *Bol Inst Clín Quir Prof José Arce,* 12: 127, 1936.
25. VIGIL SOÑORA E. La aponeurectomía del seno. Técnica del Prof. Mérola. *Sem Méd,* 7: 496, 1936.

Abordaje tóraco - abdominal de Mérola

El profesor Lorenzo Mérola describió en 1916 la técnica de la tóraco - frenolaparotomía mediante la resección subperióstica de la 9ª costilla con fijación de la pared torácica al diafragma para no abrir la pleura a la manera de Israel, pero prolongando la incisión al abdomen. El mismo año describió las maniobras de abordaje transfrénico del hígado, el estómago, el esófago abdominal y el bazo. Fue un precursor pues ambos procedimientos que describió detalladamente no se utilizaban ni habían sido descritos en la literatura.

Reproducimos aquí ambos artículos originales y algunas de sus figuras. El Dr. Oscar Balboa comenta después sus aplicaciones actuale .

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Laparatomy.

"ENSAYO DE ACCESO A LA FOSA FRENICA (Colgajo tóraco - frénico)

Lorenzo Mérola.

(An. Fac. Med. Montevideo, 1: 199, 1916)

Poniéndonos en guardia contra la inevitable ilusión de ver méritos exagerados en nuestras propias creaciones, y sin ocultar nuestro entusiasmo, mantendremos en el título de este trabajo la palabra «Ensayo» —ya que lo que damos a conocer es el resultado de observaciones en el cadáver— hasta que nosotros o algún cirujano más afortunado pueda realizar en el vivo la vía que proponemos.

Nuestro punto de partida fue el siguiente: buscar una vía de acceso al cardias que supere las que hasta ahora se han propuesto, y de las que podemos pensar que son malas, basándonos en el poco número de intervenciones que se practican. La abstención casi sistemática de los Cirujanos resulta para nosotros ampliamente expresiva, y nos ahorra el trabajo de hacer crítica.

Expondremos en orden nuestra labor, comenzando por la

CONCEPCION DEL PROCEDIMIENTO

Después de ensayar nuestra incisión de acceso a la cara superior del hígado (Toracolaparotomía), que presentamos al Congreso Médico realizado este año en Montevideo, pensamos en la posibilidad de transformarla en un amplio colgajo, seccionando la 11ª y 12ª costillas, a partir de la extremidad posterior de la primera incisión (figura 1). El colgajo tiene con los que se practican corrientemente estas diferencias: no exige ninguna sección en su base, porque ésta la forman las partes blandas de la pared abdominal, al nivel del reborde del tórax; en segundo lugar, un segmento de diafragma forma parte del colgajo; finalmente, la vía es transpleural, y es necesario aislar la pleura por la sutura de su hoja parietal con la diafragmática no comprendida en el colgajo.

Así concebido este colgajo, por razones de topografía debe corresponder a la cara posterior del estómago, al nivel de la retrocavidad de los epiplones, y lógico e suponer en la vecindad del cardias.

La vía se nos antoja fácil y directa. La colocación profunda del órgano, pensamos nosotros, ha hecho que esta región haya escapado a los beneficios que conceden a otras los progresos de la cirugía. Basta, para convencernos, pensar en la cantidad de intervenciones practicadas por cáncer del píloro, cuyos éxitos ya no se cuentan; y si bien es cierto que el cardias, aparte de su colocación profunda, presenta una fijeza desfavorable a las intervenciones —obstáculo inevitable en todos los casos, con independencia de las lesiones— creemos nosotros que es facilitar la tarea practicar un colgajo que nos ponga francamente frente al órgano.

ENSAYOS EN EL CADAVER

Se confirman con ellos nuestras previsiones: el colgajo es de ejecución fácil, y el acceso al cardias amplio. Pero encontramos dificultad para practicar la doble corona de suturas, a imitación de lo que se hace en la operación de Kraske. El órgano no se exterioriza suficientemente, y la dificultad la dan las conexiones

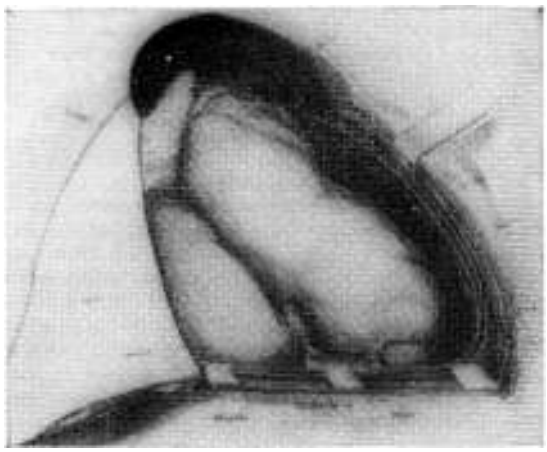

FIG. 3.— Campo operatorio del lado izquierdo, enteramente descubierto. Sutura gastro-esofágica.

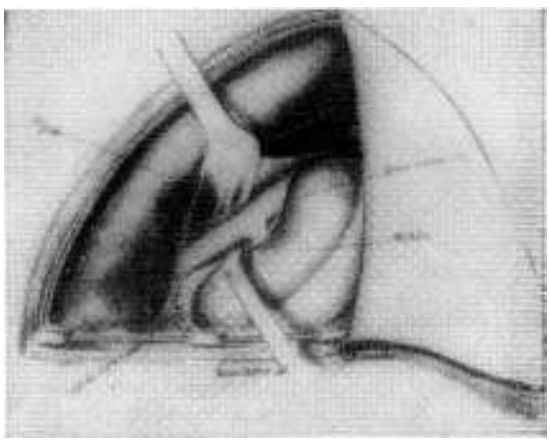

FIG. 4.— Campo operatorio del lado derecho. Se abordan la cara posterior del hígado, el riñón y la cápsula suprarrenal.

esofágicas con el peritoneo y el orificio diafragmático. Hay que aislarlo para que el órgano ceda, pero entonces aparece en el campo el esófago con su capa muscular. En ésta y la mucosa hay que fijar las suturas.

Resolvimos en nuevos ensayos combinar con nuestro colgajo la vía endo-gástrica de resección del cardias; con esto las cosas parecieron cambiar y pudimos resecar —operando de manera parecida a la de la operación de Witehead para las hemorroides— *un segmento importante de la zona límite esófago-gástrico, y practicar la sutura sin grandes dificultades.* Repetimos el procedimiento, y la tarea se hizo más fácil, en sujetos inyectados con bicloruro en lugar de formol.

En ensayos posteriores he podido hacer la resección previa del cardias y de la gran tuberosidad, seguida de suturas. Es indudable que esta manera de proceder, a diferencia de la vía endogástrica, exige la liberación del esófago abdominal y de la tuberosidad gástrica, fija como se sabe por formaciones peritoneales: lig. gastro y esófago-frénicos —con la hoz de la coronaria— lig. gastro y esófago-hepáticos. Sin embargo, en lugar de la sección anatómica de estas formaciones, hemos realizado el aislamiento del esófago, practicando una incisión en el peritoneo gastro-frénico, a través de la cual un dedo puede contornear el esófago librándolo de sus conexiones, manteniéndonos en contacto con la pared muscular del órgano y alejado de los vasos. Después de libre, el esófago es seccionado, y el segmento toráxico fijado con pinzas. El segmento gástrico y el estómago nos vienen así a las manos, en la extensión que deseamos resecar; maniobra que facilita la sección de la coronaria. La sección de esta arteria es más fácil después de interrumpir la continuidad del estómago con el esófago.

Pasemos después a las suturas; no son imposibles ni mucho menos, en plano único. Pero hasta qué punto resistirán en el vivo no lo sabemos. Qué ayuda pueden prestar los botones anastomóticos?

¿Podremos en algunos casos vernos obligados a renunciar al restablecimiento de la continuidad del esófago y estómago y a practicar una gastrostomía, después de fistulizar la sección del esófago?

OTRAS APLICACIONES

Si el colgajo que proponemos permite abordar el cardias y el segmento abdominal del esófago, órganos los más profundos y medianos de la fosa frénica, es fácil prever que, tratándose de un colgajo lateralizado, el acceso sea mayor todavía para los órganos más laterales y más bajos de la fosa frénica.

Esta lógica es posterior a la sorpresa que nosotros recibimos frente al campo enorme que se obtiene con secciones relativamente poco extendidas (véase las figuras 2 y 5). Sin pretender defender la vía para abordar el riñón, se tiene la impresión de que éste sale solo.

Las cápsulas supra-renales se tienen también bajo la mano y somos dueños de toda acción sobre ellas. No hablaremos del bazo, tuberosidad gástrica, y en el lado derecho la cara posterior del hígado (véase figura 4).

COMO SE CONSTRUYE EL COLGAJO

Practicamos una amplia incisión sobre la décima costilla, que se reseca, como solución destinada a hacer fáciles los otros tiempos. En el lugar que corresponde al 10º cartílago se corta la pared abdominal, peritoneo incluido, avanzando la sección por el lecho de la costilla resecada; así encontramos las pleuras parietal y diafragmática; a medida que las secciones adelantan, se suturan las pleuras. Por último, se seccionan a un tiempo, y descendiendo en la parte posterior de la herida, la 11ª y 12ª costillas con el espacio intercostal que las separa; después se moviliza el colgajo, para proceder en la profundidad de la manera que ya hemos tratado.

Tal es la labor que presentamos al juicio imparcial de los Cirujanos competentes."

"MANERA DE ABORDAR LA CARA SUPERIOR DEL HIGADO (Incisión tóraco - abdominal)

Lorenzo Mérola.
(An. Fac. Med. Montevideo, 2: 105, 1917)

Frecuentemente, el cirujano tiene necesidad de dirigir su acción sobre la cara superior del hígado. Colocada ésta, como se sabe, bajo la cúpula del diafragma, a menudo esa acción resulta difícil. Por lo que yo conozco, se pueden salvar las dificultades de tres maneras:

1º Practicando la via transpleural de Israel.

2º Practicando la resección subpleural del reborde torácico (Monod - Lannelongue).

3º Por medio del colgajo torácico de Navarro.

Sin entrar a juzgar las ventajas de estos procedimientos sobre los que cada uno tendrá opinión formada, voy a hacer presente cómo he procedido en algunos casos de mi práctica personal; manera que he ratificado en varios cadáveres, encontrando, todas las veces, la impresión más favorable. .

Sin excluir los otros, pasamos a describir nuestro habitual *procedimiento*. La incisión debe tener una situación tóraco - abdominal; empieza en el tórax, al nivel de la línea escapular, se dirige hacia abajo, siguiendo la 9ª costilla hasta el reborde torácico, lo franquea y termina en el abdomen, con la dirección y en la extensión que el caso aconseje. Cortando a fondo sobre la costilla puede encontrarse el gran dorsal, y manojos del gran oblicuo, plano de sección que puede seguirse en el abdomen.

En otro tiempo (del mismo acto operatorio), se practica la resección subperióstica de la 9ª costilla hasta el reborde torácico, en una extensión que puede variar, pero de la que se aprecia el buen resultado cuando llega a ser de 12 a 15 cm. En un tercer tiempo se opera más profundamente; si se tiene en cuenta la colocación de la incisión, habrá tres zonas, colocadas de atrás adelante: pleural, subpleural y abdominal. En la parte inferior, habrá que atravesar los distintos planos de la pared del abdomen; en la parte media la inserción costal del diafragma, y en la parte posterior la pleura parietal, primero y en seguida la pleura diafragmática y el diafragma, lo que exige el aislamiento de la pleura, como en la operación de Israel, practicado ya sea por la sutura o por la colocación provisoria de pinzas.

Llegados a esta altura de la descripción, haremos presente que la sutura de las pleuras, en la operación de Israel, da la figura de un circulo completo, por ser una operación francamente transpleural. La que aconsejamos, que es una operación transpleuro - abdominal exige una sutura en U, abierta hacia el abdomen, con la extremidad de las ramas descansando en el fondo del saco pleural.

Practicada la sutura de las pleuras, y la incisión del peritoneo en todo el largo de la herida, se tiene la impresión exacta que da la incisión amplia del espacio intercostal (Moty, Miculikz), con la diferencia que se está en la cavidad abdominal, en lugar de encontrarnos en el tórax, como en esos procedimientos.

Otro parecido y mayor puede tener el procedimiento que sigue Potempski, en el tratamiento de las heridas tóraco - abdominales de arma blanca, y que hace diez años tuve el honor de seguir, conjuntamente con el doctor Nieto, tratando heridas de esa naturaleza. Ese procedimiento tiene gran razón de ser en el lado derecho, por disposiciones anatómicas bien conocidas. De todas maneras, si lo que nosotros proponemos estuviera desprovisto de toda originalidad, tendríamos para oponer a la vanidad de la prioridad, el deseo no menos agradable de contribuir a generalizar una conducta que considero buena, beneficiosa, sinceramente, y a la que debo minutos de tranquilidad, que creo no despreciables.

En definitiva, proponemos el procedimiento combinado trans - pleuro - abdominal. Las ventajas del procedimiento que no pueden, seguramente, ser bien apreciadas con la simple descripción que presento, serían evidentes para quienes se decidiesen a un ensayo en el cadáver. Pero, es sólo con la práctica clínica que realmente se pueden ver todos los beneficios que es capaz de procurar la utilización repetida del método, o mejor dicho, el uso repetido de un procedimiento como éste, que permite la predominancia del campo

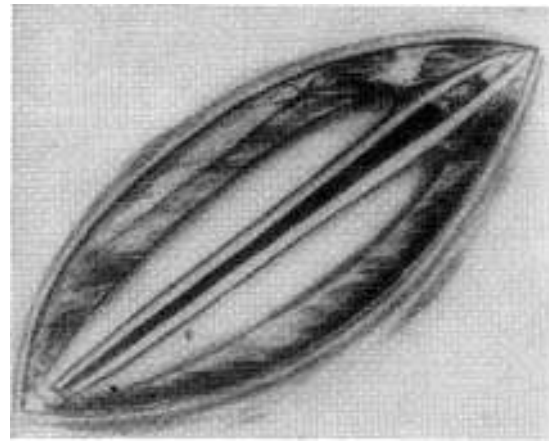

FIG. 2.— Segundo tiempo. La pleura ha sido aislada por la sutura. Separación de los labios de la incisión.

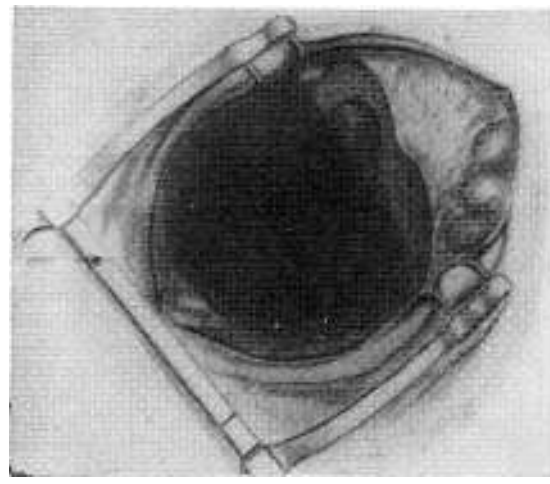

FIG. 3.— Tercer tiempo. «La costilla ha sido resecada, se ve la cavidad pleural, el diafragma, la cara superior del hígado, la vesícula y el colon». El autor utiliza un separador de Gosset.

torácico o abdominal de la incisión, así como la iniciación torácica o abdominal. A este respecto, creo deber recordar, también, una utilización de necesidad del método, que puede presentarse en las siguientes condiciones. Supongamos que después de practicada una incisión abdominal, dirigida a un quiste hidático del hígado, se ve en la operación que el acceso hacia éste es difícil, a causa de su colocación profunda; prolongamos entonces la incisión hacia el tórax, ya sea para practicar la resección costal de adelante atrás, o ya para pasar simplemente por el espacio intercostal, pero practicando el aislamiento de la cavidad pleural, a medida que adelantamos. Haré presente que esta circunstancia figura considerablemente entre las razones que nos han conducido a practicar la conducta que aconsejamos. La luz que se obtiene es amplia, el traumatismo pequeño y la mutilación nula.

Si se deseara más luz todavía, podría recurrirse a la sección, en la parte que se quiera, de las costillas limítrofes, 8ª y 10ª, para el caso en que se hubiera resecado la 9ª.

Sospechamos que en el niño podrá prescindirse de la resección costal, como se hace tan a menudo, y limitarse a la simple incisión intercostal, con sutura de las pleuras, de la zona torácica de la herida.

DISCUSION

DR. PRAT.— Felicita al doctor Mérola por su nueva vía, estableciendo los elementos de la operación, a fin de saber si es posible evitar el pneumotórax por esa vía, lo que —en caso de producirse— sería una complicación a tener en cuenta."

Abordaje tóraco - abdominal (Comentario)

Dr. Oscar Balboa

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. L. Praderi). Hospital de Clínicas. Montevideo.

En 1916 Lorenzo Mérola describió la técnica de Tóraco Freno - Laparotonia con resección subperióstica de la 9ª costilla y fijación de la pared costal al diafragma a la manera de Israel, prolongando la incisión al abdomen. El mismo año estableció las maniobras necesarias para efectuar el abordaje transfrénico de hígado, estómago y bazo que no habían sido descriptas en la literatura, ni realizadas.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Thorax-Surgery.

Se me ha encargado la tarea de referirme en este acto de homenaje al Prof. Lorenzo Mérola, a sus trabajos sobre el abordaje tóraco - abdominal. El primero presentado en abril de 1916 en el 1er. Congreso Médico Nacional, con el título "Manera de abordar la cara superior del hígado. Incisión tóraco - abdominal" (1, 2) y el año siguiente el publicado en Anales de la Facultad de Medicina "Ensayo de acceso a la fosa frénica" (3).

Constituye una responsabilidad referirse a un tópico en el cual el nombre de la Escuela Quirúrgica Uruguaya va unido indiscutiblemente a la historia del abordaje combinado de la cavidad torácica y abdominal, siendo el homenajeado de hoy un pionero del mismo.

Analizaremos respetuosamente y con reconocimiento de gratitud sus conceptos a la luz de lo que es la cirugía en 1980.

La culminación exitosa del quehacer quirúrgico implica un cúmulo de conocimientos que día a día se enriquecen con nuevos aportes en el estudio de la enfermedad y el paciente, no bastando sólo con el conocimiento de la técnica quirúrgica, que es el instrumento del que se vale el cirujano para llevar a cabo la parte artesanal del tratamiento. Sin embargo, este instrumento cuya perfección permanentemente se busca, mantiene aún hoy una trascendental importancia.

De aquí surge el interés que presenta el análisis de este abordaje quirúrgico que mantiene su vigencia.

No nos ocuparemos de los detalles técnicos de este abordaje, ya que en el 12º Congreso Uruguayo de Cirugía los Dres. A. Valls y W. Liard (4) efectuaron una excelente exposición sobre el mismo que reproducimos parcialmente aquí:

"Pero en sí, como operación reglada, la toracofrenolaparotomía es de estirpe uruguaya, gracias al espíritu creador de Mérola. Realizada en 1914, presentada en el Congreso Médico de 1916 y publicada en los Anales de la Facultad de Medicina en 1917 (3), que fue precedida de la publicación de otro trabajo (1, 2) de elaboración de un colgajo posterior, para abordar estómago proximal, bazo y suprarrenal.

Mérola hacía una incisión (fig. 2) que empieza en el tórax a nivel de la línea escapular, se dirige hacia abajo, siguiendo la 9ª costilla hasta el reborde torácico, lo franquea y termina en el abdomen, con la dirección en la extensión que el caso aconseje. Reseca la 9ª costilla en una extensión de 12 a 15 cm., sutura la pleura costal y diafragmática, aplicando el diafragma contra la parrilla costal, con una mano desde el abdomen, en U invertida para prolongar la incisión abdominal. Duval, en el Congreso Interaliado de 1918, aconseja esta vía en heridas toracoabdominales.

Schwartz y Quenu (*) en 1919 la usaron en el tratamiento de las hernias diafragmáticas y emplean, por primera vez, la vía intercostal, usada actualmente. Constantini (**) en 1921 describe su incisión transversa abdominal, que se prolonga, seccionando el reborde costal, por los 9, 10 u 11 espacios, con sutura previa de la pleura costal y diafragmática, para evitar el neumotórax."

Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Domicilio: Aceguá 4734, Montevideo.

(*) Schwartz, A., Quenu, J. Le traitement des hernies diaphragmatiques. Pat. Medicale, 2: 163, 1919.

(**) Constantini, N. Valeur de l'incision combinée de l'abdomen et du thorax dans l'exploration chirurgicale de l'hypocondre gauche. Jour. Chir., 23: 130, 1921.

En los trabajos de Lorenzo Mérola a que hemos hecho referencia se plantea la solución técnica para el abordaje de la cara superior del hígado y del cardias.

A pesar de los 64 años transcurridos, siguen constituyendo dos sectores, cuyo abordaje quirúrgico plantea dificultades y opciones de elección que pueden dar lugar a divergencias de opiniones.

Analizaremos en primer término el abordaje de la cara superior del hígado. Como lo señala Mérola la hidatidosis hepática en nuestro medio, sigue siendo la que aporta el mayor número de pacientes en quien se plantea este abordaje.

En los últimos años hemos avanzado en nuestro conocimiento sobre la anatomía intrahepática lo cual ha hecho que se actúe más agresivamente sobre este órgano. Con una incisión abdominal y realizando una completa movilización del hígado se logra un abordaje satisfactorio de la cara superior, pero es indudable que cuando tenemos que acercanos a las venas supra - hepática hay que tener un campo quirúrgico lo suficientemente amplio como para poder dominar la vena cava inferior y las venas mencionadas con seguridad y es aquí que el abordaje tóraco - abdominal mantiene toda su vigencia tal cual lo publicó el Prof. Mérola, con las variantes que no se realiza la resección costal y no nos preocupa la apertura de la pleura.

En lo referente al abordaje del cardias, la vía para el mismo está condicionada por la entidad patológica que motiva la indicación, aún cuando el hábito del cirujano actuante, puede condicionar también la elección de la misma.

Estrictamente no sería la incisión propuesta por Mérola para el abordaje de la Fosa Frénica, la que comentaremos, sino la toracofrenolaparotomía ubicada sobre la izquierda.

En nuestra opinión, para actuar en la región cardial en procesos benignos, pensamos que la incisión mediana supraumbilical invadiendo sobre el xifoides y con eventual resección del mismo (situación excepcional en nuestra experiencia), con colocación de separadores autoestáticos que levanten el reborde costal, permite un perfecto dominio de la misma.

La maniobra que describe Mérola de movilización del esófago abdominal es la misma que seguimos usando "una incisión en el peritoneo gastro - frénico, a través de la cual un dedo puede contornear el esófago liberándolo de sus conexiones, manteniéndonos en contacto con la pared muscular del órgano y alejado de los vasos. Esta movilización del esófago abdominal y la gran tuberosidad facilitan grandemente el abordaje de la coronaria estomáquica", maniobra que se efectúa sistemáticamente en especial en aquellos casos en que se va a ligar esta arteria en su origen para hacer un vaciamiento ganglionar del epiplón menor. La diferencia entre lo aconsejado por Mérola y lo que se hace actualmente está, en que no se realiza la sección visceral antes de abordar el pedículo vascular.

En ocasiones de resecciones esófago - gástricas se pueden plantear varias vías de abordaje siendo la tóraco - freno - laparotomía una de las preconizadas por varios autores. Frente a procesos neoplásicos de esófago bajo y techo gástrico, permite una amplia exposición, el cirujano tiene acceso fácil y seguro al mesogastrio posterior, le permite realizar exéresis respetando principios oncológicos y lo que es muy importante, restituir el tránsito digestivo confeccionando una anastomosis con comodidad.

Pero como lo señala Mérola existen otros órganos que pueden ser abordados por esta vía, como ser el bazo y el riñón. A este último no nos referiremos, pero sí al primero ya que frente a grandes esplenomegalias consideramos que resulta la incisión de elección pues permite el dominio del sector freno - esplénico, que seguramente en los casos de grandes bazos se encuentra cursado por adherencias firmes, vascularizadas, que es necesario ver y ligar, para poder llevar a buen término y sin angustias una esplenectomía que por otra vía, por lo menos puede resultar laboriosa.

La tóraco - freno - laparotomía derecha o izquierda permite un amplio abordaje de las estructuras anatómicas subfrénicas, con fácil exposición, dominio de las estructuras vitales más importantes y comodidad en la ejecución de maniobras quirúrgicas de cualquier naturaleza. Estos son algunos de los argumentos que permiten pregonar su utilización.

Pero frente a estas ventajas, indiscutibles en el momento del acto quirúrgico, se plantean los inconvenientes que aparecen en el postoperatorio,, dentro de los cuales la alteración de la función respiratoria es el más importante. La misma, se compromete por la alteración de la función ventilatoria vinculada a:

1º dolor, que se combate eficazmente con infiltración de los nervios intercostales supra y subyacentes con una solución de xylocaína al 1 % y suero clorurado hipertónico en partes iguales que permite obtener una analgesia segura;

2º la sección radiada del diafragma que determina en el postoperatorio hipomotilidad del mismo con mala ventilación de las bases pulmonares. Se han ofrecido como soluciones, variantes como ser la sección periférica del diafragma cercana a sus inserciones costales;

3º la parte abdominal de la incisión determina compromiso de los músculos abdominales que intervienen en la respiración.

Actualmente con una correcta evaluación en el preoperatorio y con asistencia respiratoria en el postoperatorio es un problema que se puede dominar.

El otro inconveniente deriva de la sección del reborde condro - costal y la eventual aparición de condritis, situación que se trata de evitar seccionando un fragmento de cartílago y no pasando puntos sobre el mismo.

Finalizamos, testimoniando nuestra admiración frente al genio creador de este gran maes-

tro que vislumbra en los albores del siglo la posibilidad del abordaje combinado de la cavidad torácica y abdominal y lo lleva a proponer en forma original un procedimiento reglado para su realización describiendo el abordaje tóraco - abdominal que mantiene hoy su vigencia en situaciones seleccionadas para el acceso a la logia subfrénica.

RESUME

Abord thoraco - abdominal de Mérola

Le Professeur Lorenzo Mérola a décrit en 1916 la technique de la thoraco - phréno - laparotomie à l'aide de la résection sousspériostique de la 9ème. côte avec fixation de la paroi thoracique au diaphragme, pour ne pas ouvrir la plèvre à la manière d'Israel en prolongeant l'incision jusqu'à l'abdomen. Le même année a décrit les manoeuvres de l'abord transphrénique du foie, de l'estomac, de l'oesophage abdominal et de la rate. Il a été un précurseur, puisque les deux procédés, qu'il a décrit en détail, ne s'utilisaient pas et n'avaient pas été décrits auparavant dans la littérature. On reproduit ici les deux articles originales de Mérola.

SUMMARY

Mérola's Thoraco - Abdominal Approach

In 1916 Prof. Lorenzo Mérola described a technique for thoraco - phreno - laparotomy, involving subperiostic resection of 9th. rib and fixation of thoracic wall to diaphragma, so as not open the pleura in Israel's
en (Dr. Lorenzo Mérola — Notas Anatómicas
domen. The same year instituted the manouvers for transphrenic approach to liver, stomach and spleen. In this he was a precursor, for both procedures, which he described in detail, had not so far been employed nor had they been described in literature.
Mérola's papers are reprint here original.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MEROLA L. Ensayo de acceso a la fosa frénica. Colgajo frénico. *Congreso Médico Nacional*, 1º, Montevideo, 1916. El Siglo Ilustrado, 1917, v. 3, p. 47.
2. MEROLA L. Ensayo de absceso a la fosa frénica. Colgajo frénico. *An Fac Med* (Montevideo), 1: 199, 1916.
3. MEROLA L. Manera de abordar la cara superior del hígado. Incisión tóraco - abdominal. *An Fac Med* (Montevideo), 2: 105, 1917.
4. VALLS A, LIARD W. Tóraco - frenolaparotomías. *Cir Uruguay*, 42. 53, 1972.

Gastroplastia con colon

Dr. Lorenzo Mérola

(Dr. Lorenzo Mérola — Notas Anatómicas y Clínicas — Montevideo — Revista de los Hospitales: 87, 1912)

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Gastrectomy.

"Al considerar las dificultades que se ofrecen, después de haber practicado una extirpación extendida del estómago, para restablecer la continuidad del tubo digestivo así interrumpida, hemos tenido la idea que damos a conocer en este artículo, que esperamos completar más adelante.

Nuestro modo de obviar esas dificultades, consiste en la interposición de un segmento de colon transverso, llamado a reemplazar la porción de estómago resecado, entre el segmento justa - cardíaco y el segmento duodenal, o en otros términos prácticos, una gastroplastía cólica, nombre que le es simpático a mi amigo May, director de la Revista de los Hospitales.

Esta operación se funda en los hechos anatómicos siguientes:

1º Las proporciones del colon transverso, única víscera abdominal cuyo tamaño se aproxima al del estómago, y que puede dar un saco suficientemente amplio como para contener una cantidad de alimentos relativamente grande.

2º Las condiciones topográficas del colon transverso. Colocado debajo del estómago, con un ancho meso en el cual corren las arterias cólicas, y que le permite una extendida movilidad, es la primera víscera que tiende naturalmente a llenar el vacío que deja la extirpación del estómago.

Estas dos razones hacen que del punto de vista anatómico no haya argumento serio en contra de la gastroplastia cólica.

Desde el punto de vista práctico presenta el inconveniente de ser una operación larga; en efecto, son necesarias tres suturas circulares para restablecer la continuidad del tubo digestivo.

En total tendría los siguientes tiempos intra - abdominales: 1º extirpación del estómago; 2º sección del segmento cólico, conservando su meso; 3º anastomosis duodeno - cólica; 4º anastomosis justa - cardíaca - cólica, y 5º colorrafia circular.

Covo se ve es una operación larga, pero no sería la única con que contara la medicina operatoria, incorporadas por la habilidad y rapidez de los cirujanos que las practican.

En cuanto al traumatismo operatorio, se conocerá su verdadero valor por la práctica de la operación, sin contar que ésta puede reservarse para aquellos casos en que resultase una solución ventajosa, frente a otras soluciones no menos traumatizantes.

El segundo inconveniente que podría presentar esta operación es de orden fisiológico.

En efecto, ¿cuál es la suerte de la mucosa cólica puesta en contacto con los alimentos y con el jugo gástrico, que puede continuar segregando la pequeña porción del estómago vecino al cardias?

Para poder contestar a esta pregunta es que hemos hecho algunas experiencias en perros, ya que no disponemos de monos, en los cuales la disposición anatómica es más parecida a la del hombre, siendo por

consecuencia el animal más propio para la experimentación.

Nuestro programa de experimentación, cuyos resultados no es posible aun dar a conocer, comprende los siguientes puntos:

1ª *Experiencia.* — Sustitución de un segmento de estómago más o menos cuadrangular, por un segmento de colon transverso, obtenido por una incisión longitudinal practicada a lo largo del borde libre y frente al borde mesentérico, conservando la integridad del meso colon. La operación se termina por el restablecimiento de la continuidad del colon.

Esta experiencia pude practicarla una vez con buenos resultados en un perro, cuyas *suites* operatorias fueron excelentes. Desgraciadamente no puedo dar a conocer los resultados completos de mi programa, pues falta la segunda y tercera parte, autopsia y examen histológico del segmento autoplástico para estudiar las modificaciones de la mucosa.

2ª *Experiencia.* — Sección del estómago en un punto vecino del píloro e interposición de un cilindro cólico, conservando su meso. Autopsia y estudio de la modificación de la mucosa.

3ª *Experiencia.* — Operación más completa, resección total del estómago e interposición del segmento cólico, con su meso. Restablecimiento de la continuidad cólica. En una palabra, la operación que nosotros proponemos en las gastrectomias extensas.

El resultado de las expereincias de nuestro programa será objeto de un nuevo trabajo, más completo que éste, en el que sólo nos hemos propuesto dar a conocer la idea que nos guía al proponerla y las bases anatómicas en que se apoya.

Desde luego, en nuestro programa, el primero y segundo grupo de experiencias son casi equivalentes del punto de vista fisiológico, y su interés reside en la enseñanza que dejarán sobre la suerte ulterior de la mucosa así trasplantada.

El tercer grupo de experiencias tiene una importancia considerable, pues siendo la verdadera operación que proponemos, los resultados que nos dé, tanto del punto de vista fisiológico como del punto de vista práctico, serán los elementos que permitan juzgar de su valor del punto de vista experimental.

Hemos de volver sobre este tema en oportunidad con acopio de elementos; mientras tanto quede apuntada la idea de la gastroplastía cólica.

Montevideo, Abril de 1912."

(Nota del Editor)

El reemplazo con colon del estómago fue realizado en el hombre por primera vez por Lee en 1950 con colon tranverso (Surg. Gynecol. Obstet., 92: 456, 1950) y por Moroney en 1951 (Lancet, 5: 993, 1951). La sustitución con íleo colon fue efectuada por primera vez por Hunnicut en 1952 (Arch. Surg., 65: 1, 1952).

Abordaje occipital transtentorial de la glándula pineal

Dr. Pedro Benedek

Instituto de Neurología. Fac. de Medicina. Montevideo.

Se presenta la primera serie nacional de tumores de la región pineal operados por un abordaje occipital transtentorial según técnica de Mérola, con exéresis radical en un caso y parcial en los dos restantes.

Se analiza el papel que representó Mérola en la historia de la Neurocirugía del Uruguay y se describe su técnica original en base a las fotografías publicadas en "Anales de la Clínica del Profesor Mérola" en 1927.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Pineal Tumor / Supratentorial / Infratentorial.

Los que me han precedido en el empleo de la palabra se han referido al Maestro Mérola Anatomista, Profesor de Medicina Operatoria y Cirujano.

Yo me voy a referir a un aspecto menos conocido: Mérola como Neurocirujano.

En 1927 se crea el Instituto de Neurología de Montevideo. Su primer Director, Ricaldoni, amigo personal de Mérola, le hace operar los casos neuroquirúrgicos. De esta manera Mérola se convierte en el primer cirujano en realizar operaciones neuroquirúrgicas en el Uruguay.

En 1935 Mérola viaja a los EE.UU., ocasión en la que ve operar a varios neurocirujanos, entre los que se cuenta Walter Dandy, en el Johns Hopkins Hospital.

Pero no es al papel histórico que cumplió el Maestro Mérola en el Uruguay que me quiero referir hoy, sino a su creatividad, a su genialidad en la concepción de una técnica neuroquirúrgica de avanzada. Tan de avanzada fue que tuvieron que transcurrir 50 años para que pudiera ser realizada su técnica —el abordaje transtentorial de la logia pineal— en el Uruguay.

En 1926, en los "Anales de la Clínica de Mérola" (5), el Maestro publica un trabajo que denomina "Abordaje de los cuatro Ventrículos Pedúnculos y Epífisis".

Citando a Mérola (5): "Una vez en mi vida tuve el atrevimiento de atentar contra el respeto que la ciencia quirúrgica mostraba por

Profesor Agregado de Neurocirugía. Fac. de Medicina. Montevideo.

Domicilio: Rambla Rep. del Perú 1043, Apto. 901, Montevideo.

el diafragma abdómino - torácico y me tocó aconsejar su sección deliberada para ciertas intervenciones toracoabdominales. Tiene la caja craneana otro diafragma que separa el cuerpo posterior de los lóbulos cerebrales, del cerebelo y de la fosa cerebelosa. Pues bien: he visto practicar las intervenciones más atrevidas en cirugía cerebral, por los cirujanos más expertos y que se han detenido ante dificultades insalvables operando la región de frontera cerebro - cerebelosa, y ninguno de ellos pensó el beneficio que daría a su operación y al progreso quirúrgico la sección de la tienda del cerebelo".

Y continúa diciendo Mérola (5): "Me toca, pues, profanar otra vez la integridad del diafragma de separación intervisceral y aconsejar su sección deliberada con el fin de obtener más amplio acceso a las regiones profundas de la cavidad craneana".

La región de la glándula pineal es una región de frontera —como la llamaba Mérola (5)—; se encuentra en la unión de las fosas supra e infratentorial, a nivel del ángulo diedro que forma la hoz del cerebro cuando se inserta en la tienda del cerebelo. Esta región es profunda y difícil de abordar porque se encuentra a gran distancia de todos los puntos de la bóveda craneana.

Dandy (2), mostraba como los tumores de la glándula pineal eran prácticamente inabordables por su situación profunda.

Los tumores voluminosos están situados en el confluente de las regiones supra e infratentorial. El hecho de que el polo inferior del tumor sea infratentorial explica que durante mucho tiempo estos tumores se abordaran a través de la fosa posterior.

El inconveniente del abordaje infratentorial (6, 9, 10) consiste en que estos tumores están rodeados por venas —vena de Galeno, venas cerebrales internas y venas basales de Rosenthal— cuya lesión provoca necesariamente la muerte. Precisamente en el abordaje a través de la fosa posterior el cirujano encuentra primero dichas venas antes de ver el tumor.

En los últimos años existe consenso casi unánime entre los neurocirujanos (1, 3, 4, 8) en emplear el abordaje occipital transtentorial para evitar la lesión de las venas profundas, sin saber que fue un uruguayo quien —en el año 1926— concibió esta técnica.

Estas figuras del trabajo de Mérola (5) muestran el colgajo parieto - occipital (figs. 1 y 2). Este abordaje —a 54 años de publicado en el Uruguay— se continúa realizando exactamente de la misma forma (7), aunque de dimensiones más reducidas debido al empleo del microscopio de operaciones.

En estas fotografías (figs. 3 y 4) del trabajo de Mérola (5) se observa el colgajo osteoplástico y un separador que reclina hacia arriba y hacia afuera el polo occipital, y se visualiza, además, la hoz del cerebro y la tienda del cerebelo.

Citando nuevamente a Mérola (5): "Practicando el colgajo témporo - occipital, como ven ustedes en la figura 1, y reclinando el cerebro, como muestra la figura 2, tendremos la sorpresa de tener bajo nuestra mirada un campo operatorio en desproporción con la pequeñez relativa del colgajo craneano. Hemos caído en la región anatómica en que convergen la hoz del cerebro y la tienda del cerebelo.

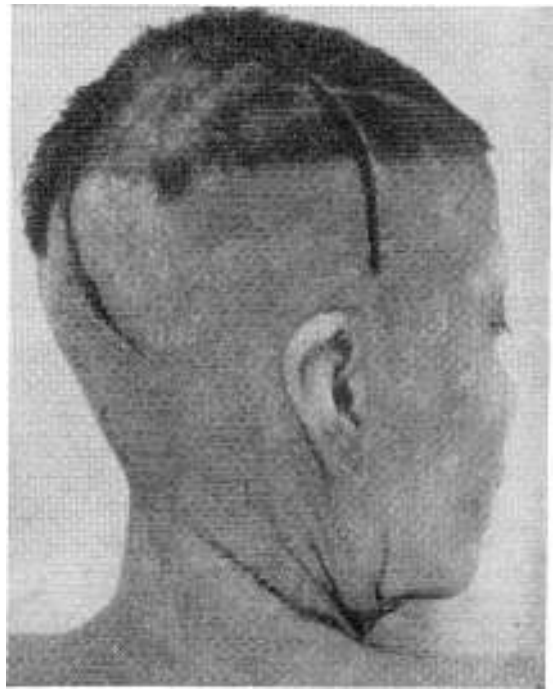

FIG. 1.— Colgajo occipital derecho de piel (tomado de Mérola).

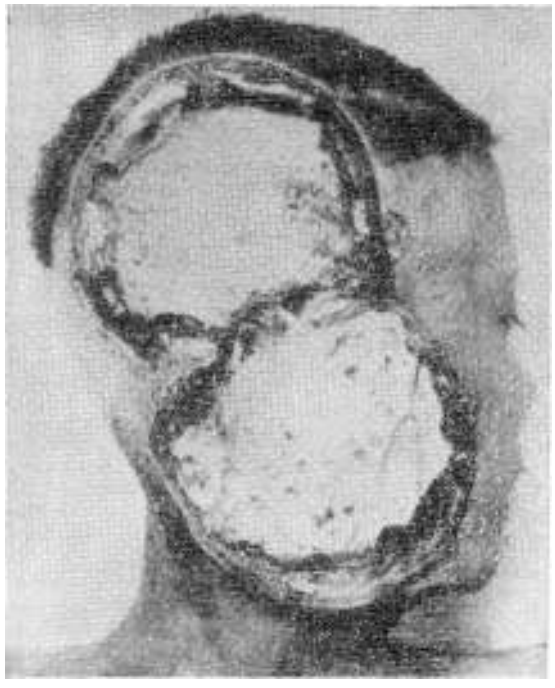

FIG. 2.— Colgajo osteoplástico occipital derecho (tomado de Mérola).

FIG. 3.— El separador levanta al polo occipital derecho y se visualiza la tienda del cerebelo (tomado de Mérola).

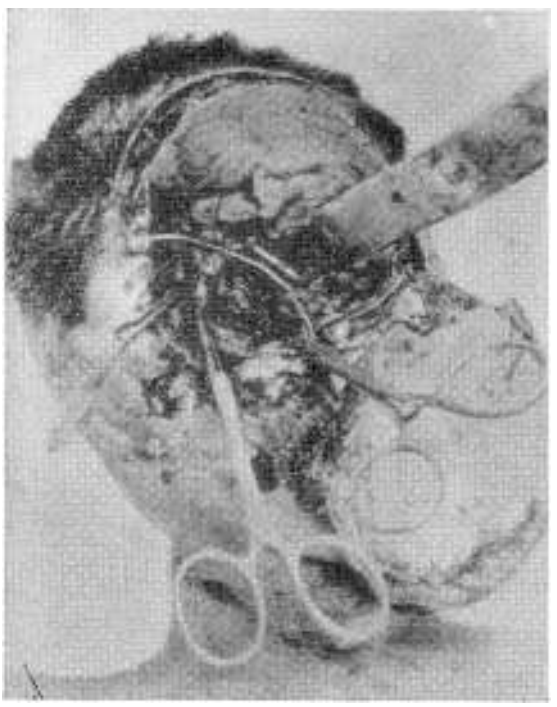

FIG. 4.— La sección de la tienda del cerebelo permite el acceso a la glándula pineal (tomado de Mérola).

Pero lo más importante es que el plano resistente de estas hojas y su disposición nos ofrecen vía segura para dirigirnos a la profundidad de la región, que a ese nivel la representan la convergencia de los pedúnculos cerebrales, tubérculos cuadrigéminos posteriores y epífisis, borde posterior del cuerpo calloso y la implantación del cerebelo a la región por los pedúnculos cerebelosos superiores. La vena de Galien está en el centro de la región".

En este esquema se muestra la maniobra de Mérola (5), sección anteroposterior de la tienda del cerebelo, que permite visualizar en profundidad a la región de la glándula pineal.

CASUISTICA

El primer caso es un niño de 11 años en el que la ventriculografía central —en la era pretomografía computada— demostró la existencia de un tumor en la región pineal. El paciente fue operado en posición sentada con cabezal de pinchos, con la cabeza rotada 15° hacia la derecha y abordado por un colgajo occipital derecho. Esta es la fotografía operatoria obtenida a través del microscopio de operaciones. Se visualiza la gran vena de Galeno, la vena precentral del cerebro, ambas venas cerebrales internas y el tumor, que se encuentra en posición ventral con respecto a la gran vena de Galeno. El siguiente diapositivo demuestra que se ha resecado una porción del lóbulo izquierdo del tumor, cuya anatomía patológica demostró que se trataba de un germinoma pineal (pinealoma ectópico).

Esta tomografía computada —realizada 15 meses después de la operación— muestra la desaparición completa del tumor. Un corte coronal en la tomografía computada confirma la ausencia del proceso.

El segundo caso es un paciente de 16 años en el que la tomografía computada demostró la existencia de un gran tumor de la región pineal.

La aplicación del microscopio de operaciones en neurocirugía significó un avance muy importante, no sólo en las técnicas operatorias sino en la documentación fotográfica.

En la secuencia de fotografías obtenidas a través del microscopio de operaciones, se visualiza la tienda del cerebelo, la hoz del cerebro con el seno recto, el borde libre de la tienda del cerebelo y la cisterna supracerebelosa. La sección en sentido ántero posterior de la tienda del cerebelo permite exponer en forma amplia la región de la cisterna supracerebelosa, la vena de Galeno y la región pineal.

En las próximas fotografías se muestra que se ha resecado una parte del tumor y se ve en el fondo del mismo la pared externa del III ventrículo y el orificio de Monro derecho por el que fluye líquido cefalorraquídeo desde el ventrículo lateral derecho hacia el III ventrículo.

La exéresis de este caso fue radical.

La tomografía computada de control realizada 22 días después de la operación, muestra ausencia completa del tumor.

El tercer caso es una paciente de 31 años con un tumor de la región pineal diagnosticado

por tomografía computada. A diferencia de los casos anteriores —en los que el tumor pineal estaba netamente limitado— en esta paciente se trata de un proceso grande y difuso. Esta es la secuencia operatoria a través del microscopio: se observa la tienda del cerebelo, el seno recto y el separador reclinando hacia arriba y hacia afuera al polo occipital derecho. No es posible individualizar la vena de Galeno ni reconocer estructuras venosas. Se observa la cara superior del cerebelo y el tumor que engloba a la vena de Galeno y a las venas cerebrales internas y venas basales de Rosenthal. Recién es posible reconocer a la vena de Galeno y a la vena cerebral interna derecha una vez que se ha resecado una parte del tumor.

En este caso se realizó una exéresis parcial puesto que se trataba de un tumor infiltrante y muy sangrante. A diferencia de los dos casos anteriores, se trata de un glioblastoma heteromorfo del parénquima cerebral que infiltra la región pineal y no de un tumor autóctono de la glándula pineal.

COMENTARIO

Cuando señalamos que la técnica de Mérola (5) era de avanzada no exagerábamos, porque tuvo que pasar más de medio siglo para que en nuestro país —gracias a la incorporación del microscopio de operaciones, de la coagulación bipolar, del instrumental microneuroquirúrgico y de la tomografía computada— se pudiera poner en práctica la genial concepción quirúrgica de Mérola (5).

Considero que la presentación de estos tres casos de tumores de la región pineal tratados quirúrgicamente por un abordaje occipital transtentorial constituye el mejor homenaje que la Neurocirugía Uruguaya puede ofrecer al Maestro Mérola.

RESUME

Accès occipital transtentoriel de la glande pinéale

La première série uruguayenne de tumeurs de la région pinéale opérés par voie occipitale transtentorielle —selon technique de Mérola— est présentée.

L'exérèse fût complète dans un cas et incomplète dans deux autres.

Le rôle de Mérola dans l'Histoire de la Neurochirurgie uruguayenne est analisé et sa technique (avec les photographies originales de 1927) décrite.

SUMMARY

Occipital Transtentorial Approach to the Pineal Body

The first uruguayan series of tumors of the pineal region operated on by an occipital transtentorial approach —after Mérola— is presented.

Complete excision could be performed in one case and incomplete in the other two.

Mérola's place in the History of Neurosurgery in Uruguay is analized, his technique described and his original photographs of 1927 are shown.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CHOU SN. The treatment of third ventricular tumors with particular reference to surgical excisión. En: "Current Controversies in Neurosurgery". Philadelphia. W. B. Saunders, 1976, p. 367.
2. DANDY WE. Operative experience in cases of pineal tumor. *Arch Surg*, 33: 19, 1936.
3. JAMIESON KG. Excision of pineal tumors. *J Neurosurg*, 35: 550. 1971.
4. LAZAR ML, CLARK K. Direct surgical management of masses in the region of the vein of Galen. *Surg Neurol*, 2: 17, 1974.
5. MEROLA L. Amplia craniectomía exploradora. Acceso a los cuatro ventrículos cerebrales, pedúnculos y epífisis. "Nuestra Clínica" del Curso de Clínica Quirúrgica del Profesor Dr. Lorenzo Mérola (Año 1926). Montevideo. El Siglo Ilustrado, 1927.
6. PAGE LK. The infratentorial supracerebellar exposure of tumors in the pineal area. *Neurosurgery*, 1: 36, 1977.
7. POPPEN JL. The right occipital approach to a pinealoma. *J Neurosurg*, 25: 706, 1966.
8. POPPEN JL, MARINO R Jr. Pinealomas and tumors of the posterior portion of the third ventricle. *J Neurosurg*, 28: 357, 1968.
9. STEIN B. The infratentorial supracerebellar approach to pineal lesions. *J Neurosurg*, 35: 197, 1971.
10. REID WS, CLARK WK. Comparison of the infratentorial and transtentorial approaches to the pineal region. *Neurosurgery*, 3: 1, 1978.

UNA ANECDOTA DE MEROLA

Los cirujanos uruguayos viajaban a principios de siglo solamente a las Clínicas Europeas.

Enrique Pouey y Julio Nin y Silva fueron los primeros en visitar hospitales en Estados Unidos antes y durante la Primera Guerra Mundial.

Al término de ella, viajaron a América del Norte Lorenzo Mérola junto con Velarde Pérez Fontana.

Estando en el observatorio del quirófano de una famosa clínica donde se practicaba una intervención ginecológica, Mérola excitado le dijo a Pérez Fontana:

"Está acariciando demasiado al uréter"..
"Está por cortarlo."
"¡Ya lo cortó!"

Mérola bajó precipitadamente, se vistió y entró a la Sala. Enfrentando al inadvertido cirujano le dijo: "¡The ureter - the ureter!", mientras le señalaba con gestos que lo acababa de cortar.