

ción porque la hace inoperante y muy grave por la infección inevitable; en segundo lugar, la comprensión pulmonar terapéutica prolongada había alterado la expansibilidad pulmonar. Por el contrario, la plastía es, en estos casos de pulmón colapsado, muy benigna, no hay shock pulmonar, el mediastino está fijo, y todo se reduce a una operación parietal nunca grave si se hace en dos tiempos.

Quiero insistir con Wilms y Sauerbruch, la **resección costal angular posterior asegura, con una resección mínima de costilla un óptimo colapso**. Agregando la resección de la primera, "llave del vértice del tórax", como dice Berard, se hace posible el derrumbamiento hemitorácico, suprimiendo así amplias cavidades supurantes.

Presentado en la sesión del 30 de Abril de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

✓ *Quistes hidáticos de la región carotidea*

Por el Dr. JUAN C. CASTIGLIONI

El interés de esta comunicación reside en la localización poco frecuente del quiste hidático en esta región.

Se trata de un enfermo de 31 años de edad que hace nueve años notó la aparición de una tumoración en su cuello a la cual no dió mayor importancia por la ausencia de molestias, hace un año notó que aumentaba de tamaño y es por lo que tiempo después, viene a consultar.

Se constata la presencia de dos nódulos tumorales, del tamaño de un huevo de gallina, colocados en la región carotidea a la altura del ángulo del maxilar inferior, por debajo del músculo. E. C. M. de consistencia muy dura, e independiente del otro, presentando un poco de movilidad en el sentido transversal y muy poca de arriba a abajo.

El exámen general del enfermo es negativo, se investigan antecedentes bacilares que también son negativos.

Radioscopia y Radiografía del Tórax no muestran nada anormal en el mismo.

Examen de boca y laringe negativo.

Examen de sangre da fórmula sanguínea normal, apareciendo en ella un solo eosinófilo. Se plante el diagnóstico entre ganglios y lipoma profundo y con este último se va a la intervención. Operamos con el doctor Velarde Pérez Fontana con anestesia local a la novocaína. Incisión a lo largo del borde anterior del S. C. M. reclinamos éste, encontrando las formaciones quísticas que presentamos, las cuales por un lado presentaban unión con la vaina y la más anterior de ellas descansaba sobre el paquete vascu-

lar del cual conserva un surco de impresión presentando relaciones inmediatas con la vena yugular a la cual se iba a echar una pequeña venilla nacida de la quística. El otro quiste estaba colocado un poco posterior y superior con relación a este, se hace la exicición de ambos y se cierra en dos planos dejando un pequeño drenaje en el lugar ocupado por los quistes que se retira a las 48 horas.

Presentado en la sesión del 30 de Abril de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

✓ *Oclusión intestinal por divertículo de Meckel*

Por el Dr. VELARDE PÉREZ FONTANA

En el año 1924 tuvimos la oportunidad de presentar a esta misma sociedad un caso de oclusión intestinal por divertículo de Meckel que operamos con resultado favorable resecando el divertículo con la brida diverticular que estaba fijada sobre la hoja derecha del mesenterio. (Oclusión intestinal por divertículo de Meckel Anales de la Facultad de Medicina 1924). El caso que vamos a comunicar hoy es anatómicamente idéntico al anterior, al punto que para la representación esquemática del caso, que tiene cierto interés anatómico, referimos a quienes se interesen a la comunicación anterior.

En el caso actual se trata de J. B. C. de 16 años, sexo masculino, proveniente de San Ramón, Departamento Canelones que es enviado al Servicio de Cirugía de Urgencia del Hospital Maciel con diagnóstico de peritonitis de origen apendicular. La enfermedad empezó bruscamente el día anterior con dolor difuso en el vientre y vómitos.

Al ingresar presenta el vientre balanceado y doloroso, con contractura provocada por la palpación. Temp. axilar 36, rectal 36'5.

Operación. Anestesia al éter. Incisión de Mac Burney. Líquido sero hemático en el vientre, ansas intestinales vinosas. Apéndice sano. La parotomía mediana. Se encuentra un divertículo de Meckel y una herida diverticular que pasando por el borde izquierdo del mesenterio, lo contornea de izquierda a derecha y va a fijarse sobre la hoja derecha (anterior) del mesenterio. La longitud de la brida es de 5 a 6 centímetros. La brida nace sobre la base del divertículo en la hoja izquierda del mesenterio, exactamente como en nuestro caso anterior. El asa estrangulada presenta una coloración vinosa muy acentuada y el aspecto de hoja muerta en placas diseminadas, el divertículo que estaba comprendido en la estrangulación, presenta el mismo aspecto, hay reacción peritoneal bien marcada alrededor de la zona estrangulada.

Resecamos la brida diverticular y dado lo avanzado de la lesión y el