

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 balonado 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

estado de oclusión acentuado exteriorizamos el divertículo en el ángulo inferior de la laparotomía, cerrando la laparotomía mediana y la incisión de Mac Burney por planos — Se incinde el extremo del divertículo exteriorizado y se introduce una sonda de Pezzer dentro del intestino delgado, fijando sobre ella el divertículo, con una atadura de seda — Hacemos pasar suero fisiológico dentro del intestino por la sonda Pezzer.

Post operatorio Regular.

En Abril 10 se cierra la diverticulostomía, haciendo una infiltración a la novocaína y rehaciendo los planos de la pared como en el cierre habitual de un ano artificial. Se obtiene un cierre de primera intención. El enfermo se fué de alta el 24 de Abril.

La enterostomía dicen E. Forgue y V. Riche (Le diverticule de Meckel 1907), es un pis aller que en el caso de oclusión diverticular no deja ninguna esperanza de curación; más allá del ano artificial las lesiones mecánicas debidas a la estricción del divertículo continúan su evolución hacia la necrosis y la septicemia peritoneal.

En los casos en que la operación se ha limitado a la enterostomía, la muerte ha sido el resultado constante tales como los casos de Glay. Gross Guillette, Guter, Holmans y Hallé.

En un caso F. Fawcsett y R. F. Jowers (Lancet 1900 t I. p. 1585. Intestinal obstruction due to persistent Meckel's diverticulum; successful laparotomy) los autores no pudiendo reseca el divertículo, lo abocaron a la piel por una verdadera diverticulostomía formando una abertura de descarga.

Se trataba de una niña de once años con tres días de oclusión, y la diverticulostomía se hizo después de liberar el nudo diverticular y por la imposibilidad de reintegrar las asas delgadas distendidas; la diverticulostomía se cerró a las 24 horas y la niña curó.

En nuestro caso, superponible a la observación anterior la diverticulostomía fué cerrada a los 46 días.

Oclusión intestinal por torsión axial del mesenterio

El interés de esta comunicación es el de unirla a las observaciones similares que han sido hechas en nuestro país y señalar la coexistencia de una tuberculosis mesentérica fibro-caseosa cuyo rol en el mecanismo de producción de la torsión quizá no sea despreciable. Existe en nuestro país una observación inédita del profesor Alfredo Navarro que es semejante a la que presento hoy.

El Profesor Juan Francisco Canessa presentó al Congreso internacional de Medicina e Higiene de Buenos Aires en 1910, la primera observación de este tipo de oclusión señalado en nuestro país. (Este trabajo está pu-

blicado en la Revista de los Hospitales. Tomo III N.º 4 Mayo 1910. p. p. 98-115).

El trabajo contiene un resumen bibliográfico hasta esa fecha y documentación gráfica de positivo valor.

El Profesor C. Nario publicó (en la Revista Médica Latino Americana Año XIII, Junio 1928 N.º 153. Torsión axial del mesenterio) un trabajo de conjunto sobre cinco observaciones personales con consideraciones clínicas y experimentales sobre los fenómenos generales de origen tóxico que según el autor son debidos a la exclusión del duodeno producida por la torsión del mesenterio.

El trabajo del Profesor C. Nario es el aporte clínico más cuantioso de la literatura sobre esta forma de oclusión y tiene además el interés de la contribución experimental cadavérica sobre la patogenia de los fenómenos tóxicos. — Hace algunos años tuvimos la oportunidad de realizar con el Profesor C. Nario, en el Instituto de Anatomía, la rotación del mesenterio, en cadáveres, con propósitos de verificar la descripción del Prof. Delbet, que pudimos comprobar.

Nuestro caso es el siguiente: R. C., de 19 años, uruguayo, soltero. Llega al servicio de urgencia del Hospital Maciel el 4 de Abril de 1930 con un cuadro apendicular datando de cinco horas. Dolor en la fosa iliaca derecha, náuseas, temperatura axilar 36°8, Rectal 37 1/2, Pulso 79. Hay un poco de distensión abdominal, contractura provocada a la palpación e hiperestesia cutánea abdominal.

Opefación anestesia al éter. Incisión de Mac Burney por donde se precipitan asas intestinales delgadas, no siendo posible encontrar el ciego. Laparotomía mediana infra umbilical. Se constata una torsión axial del mesenterio dextrogira, superponible a la clásica descripción del Prof. Delbet con algunas particularidades que señalaremos.

Hay una tuberculosis mesentérica fibro caseosa.

El ciego tenía la disposición en J descrita por Descomps, el ileon ⁷abordaba al ciego por el surco para cólico derecho estando adherido al peritoneo parietal por una gruesa brida peritoneal que se extiende hacia el peritoneo parietal del flanco derecho y traccionando el peritoneo de la pared abdominal anterior desvía a la vejiga hacia la derecha. El enfermo tuvo una micción abundante antes de la intervención. En la intervención se constató una vejiga que llega casi hasta el ombligo, flácida y desviada a la derecha. Hay que hacer notar que el enfermo nunca tuvo trastornos urinarios.

La berida descrita anteriormente corresponde al cono peritoneal inferior de Delbet y que a nuestro juicio se presenta en forma algo anormal, extendiendo su radio de acción hasta el peritoneo anterior y la vejiga, debido a la disposición congénita anormal del ileon. Fué necesario seccio-

nar esa brida en una extensión no menor de tres traveses de dedo, a pesar de lo cual no pudimos liberar al ileon aplanado hasta que destorsionamos el mesenterio. El cono peritoneal superior de Delbet, que partiendo del borde superior del ileon se dirige a la zona renal derecha, era tan fuerte en nuestro caso que hacía descender un bucle de colon transversal que venía a interponerse entre el ciego y las asas, ocultando al ileon, que estaba por detrás, aplanado contra la pared posterior. Practicada a destorsión en sentido inverso a las agujas de un reloj, puedo hacer la reducción de las asas evisceradas y cerrar por planos el Mac Burney y la laparotomía.

Post operatorio: Abril 4. Sigue bien, pulso 96 tenso y regular, temperatura 37.

Abril 6. Pasó bastante mal, tiene gran balonamiento de vientre, vomitó el aceite de ricino que se le administró el día anterior. Enemas, sonda rectal, enema purgante del Codex, a pesar de lo cual no mueve el vientre. A las tres de la tarde tiene un estado de oclusión franco. Pulso chico, 120, hipotermia. Después de un lavaje del estómago, mueve el vientre y mejora su estado general.

En los días subsiguientes mejora paulatinamente.

Se fué de alta el día 23 de Abril.—La cistocopia practicada el día anterior reveló una vejiga a columnas, de capacidad aumentada y con mucosa normal. La reacción de Wasserman en la sangre era negativa.

El enfermo ha seguido bien hasta ahora.