

- 4—Se encuentran escollex en involución, en organización friboide, hecho no señalado según Le Nouéne en patología humana.
-

Dr. NARIO.—Considero que la exposición de la historia anterior tendrá mucha importancia, porque permite orientar lo que se describe como quiste hidático y lo que antecede o acompaña dicha lesión adulta con las formas incipientes o definitivas, pero menos concordes tales como el hidato coliperitoneo. En otra observación es una verdadera **granulía hidática** con formas regresivas o en evolución y que subraya con singular semejanza la denominación de pseudo tuberculosis con que ha sido presentada.

Dr. MEROLA.—Hace resaltar el interés de la observación, porque desde el punto de vista clínico y del punto de vista anatómico, la confusión era posible con la tuberculosis. Esta confusión de tuberculosis, con afecciones que la simulan, la ha señalado con el neoplasma, asimismo con el quiste hidático a varias localizaciones.

Dr. UGON.—Agradece las frases de aliento de los Dres. Nario y Mérola. Insiste en que debido al error de diagnóstico sufrido anteriormente con el mismo enfermo, en que se le trató como tuberculoso pulmonar, cuando en realidad padecía de un quiste hidático pulmonar vomicado. Es que en la enfermedad actual se utilizaron todos los medios para precisar la verdadera etiología.

Presentado en la Sesión del 26 de Noviembre de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

Fractura grave del cráneo

Por el Dr. G. CAPRIO

Presentamos este caso que consideramos de interés, porque se trata de un enfermo con lesiones extremadamente graves, que curó rápidamente y muy bien.

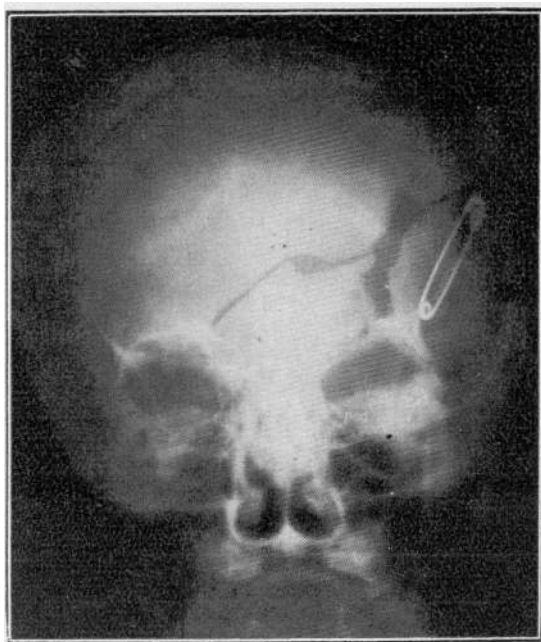
Julio M., 24 años. — Ingresa al Hospital Pasteur en nuestra guardia del día 15 de Diciembre de 1929, a las 10 de la mañana.

Una hora antes, al desarmar una rueda de ómnibus, saltó el aro de acero que constituye la armadura, golpeándolo con violencia en la región anterolateral derecha del cráneo. Es tan grave este accidente, que en casos semejantes ha producido la muerte inmediata por hundimiento craneano.

Examinando al enfermo nos llama la atención hallarlo sentado mientras lo desvendan, respondiendo bien a las preguntas.

Sólo está ligeramente omnubilado y pálido, pulso de 100, ligera epistaxis; equimosis palpebral sobre todo a la izquierda; ligera protusión ocular bilateral francamente visible a la derecha. Paresia de la mano derecha.

En la región frontoparietal derecha presenta una herida curvilínea



Placa de frente (Reducción obtenida por el Dr. S. Grezzi)

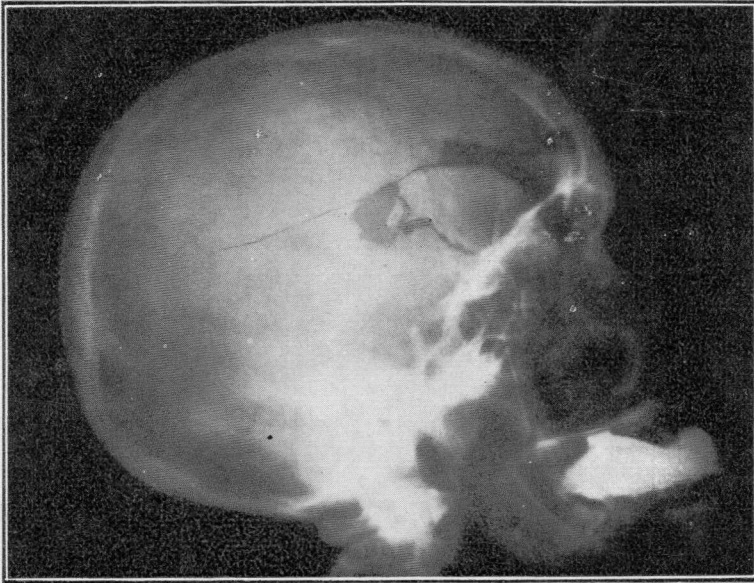
a bordes regulares de unos 12 centímetros de extensión, que nace en la ceja derecha y oblicúa hacia arriba y atrás. La separación de sus labios muestra un hundimiento craneano de adelante a atrás con salida de materia cerebral por la parte anterior.

Operación. — Ayuda Doctor Mourigan. Anestesia local con novocania al $\frac{1}{2}$ %. Se debrida la herida hacia atrás de modo a formar un colgajo fronto-parietal.

Constatamos una fractura lineal que va desde la cresta temporal del frontal hacia atrás y dobla, siguiendo el borde de la escama del temporal, hasta la mastoide que abre verticalmente. El borde externo está hundido aproximadamente un centímetro.

Más arriba una fractura lineal sin desplazamiento, paralela a la anterior a un través de dedo, que casi no se aprecia en la radiografía,

pero que se veía muy bien en la operación. Sobre el temporal, parte de la fractura un trazo que desciende por la fosa temporal y bóveda de la región zigomática, delimitando un fragmento cuadrangular que lleva la parte externa del reborde orbitario y que está más hundido. Sobre el borde superior de este fragmento la fractura principal es doble, dejando una franja intermedia, de $\frac{3}{4}$ de centímetro de ancho, que se extir-



Placa de perfil. (Reduc. obt. por el Dr. S. Grezzi)

pa aprovechando el espacio para enderezar con la rugina el fragmento temporo-orbitario.

La dura madre late bien. Se irriga con suero caliente y se limpia. En el ángulo posterior del fragmento hacemos un orificio para explorar la meníngea media, que hallamos sana.

Adelante la fractura principal sigue sobre el frontal hacia el lado izquierdo. Un nuevo trazo vertical corre hacia abajo abriéndose sobre el reborde orbitario en un fragmento triangular que lo interesa. Se extirpa para abordar el polo frontal; la forma de la frente se mantiene por la apófisis orbitaria externa que se conserva. La dura madre está desgarrada al nivel del polo frontal cuya substancia en papilla sale por la brecha. Se lava con suero tibio y ponemos una mecha simple. Se coloca una mecha atrás. Se cubre en parte con músculo temporal y se sutura la piel con crines. El enfermo sale de la mesa en buen estado, un poco omnubilado. Se ordena desinfección de las cavidades de la cara.

Los dos primeros días temperatura 38, con buen estado general. Se hace un enema purgante. El tercer día está sin temperatura continuando en apirexia hasta el alta.

Tiene una infiltración de la conjuntiva y protusión del ojo derecho que regresa a la semana. En este momento está bien lúcido y no ve con su ojo derecho. No hay parálisis de los músculos del ojo.

Se constata una atrofia de la mital temporal del nervio óptico derecho.

Se da de alta en buenas condiciones en Enero 18. Un nuevo examen ocular nos muestra atrofia papilar derecha. La pupila no reacciona ni a la luz ni a la acomodación pero conserva el consensual.

La radiografía hecha 15 días después de la intervención muestra que las lesiones son aún mucho mayores que lo que vimos en la intervención. Un trazo frontal va hasta sobre el ojo izquierdo en donde se une con otro trazo horizontal que pasa por sobre las dos bóvedas orbitarias y lámina cribada del etmoides. Otro trazo que continúa al de la fosa temporal corta el ala del esfenoides y pasando por el vértice de la órbita ha herido seguramente el nervio óptico derecho. En resumen, se trata de una herida contusa del cráneo, con hundimiento de la parte anterolateral derecha y herida del polo frontal, con fracturas múltiples en la base y pared anterior de la región anterior del cráneo, evolucionando de una manera absolutamente simple.

Presentado en la Sesión del 26 de Noviembre de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

Consideraciones sobre una serie de gastrectomías por ulcus y cáncer

Por el Dr. G. CAPRIO

Desde el mes de Agosto de 1929 hasta la fecha, la cirugía gástrica se ha hecho en el servicio siguiendo una técnica modificada en muchos detalles, que, iniciada en una orientación de cirugía amplia y radical, nos hace continuar en dicha vía con entusiasmo especial en vista de los resultados obtenidos.

Nos referimos naturalmente al resultado operatorio y a post-operatorios poco extensos, dada la fecha de iniciación. Es decir, que en nuestra clínica hacemos en ulcus gástrico y duodenal resecciones amplias, y en muy pocos casos gastroenterostomías alguna vez que otra hemos hecho excisión simple con o sin plastia.