

tingué et sympathique collègue le Dr. del Campo. Et je suis très heureux de rendre ainsi hommage a la Société de Chirurgie de Montevideo en m'inclinant devant la perspicacité scientifique de son Président

---

*Pneumocolecistitis*

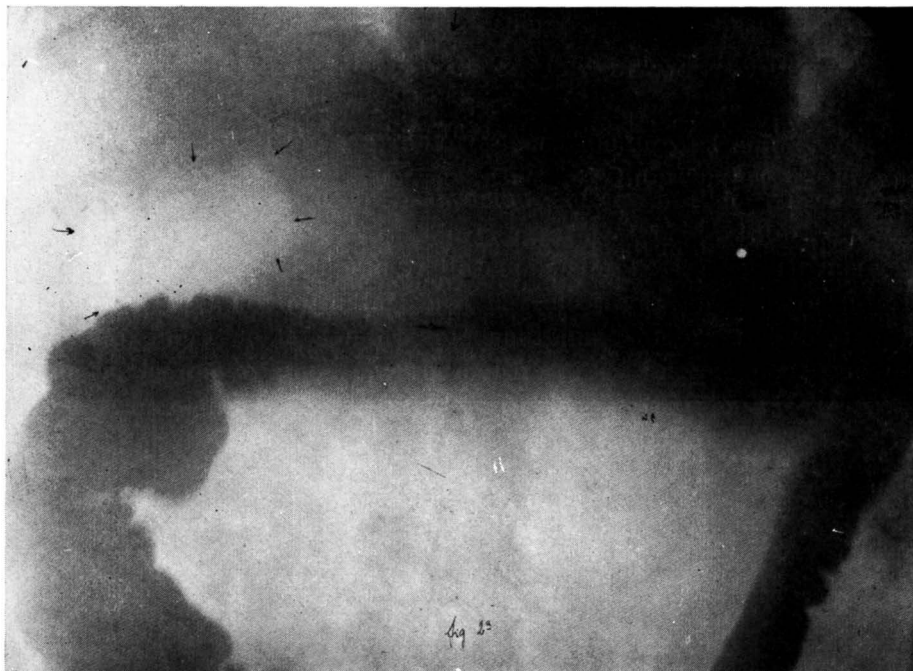
Por el Dr. A. FOSSATTI

Domingo Albarrasín (2803-), 56 años, uruguayo, viudo, jornalero. Ingresa al Sanatorio Español el 8 de Julio de 1931. Dice que desde 3 días antes, encontrándose perfectamente bien, sintió un fuerte dolor en el epigastrio, que fué aumentando paulatinamente hasta hacerse insoportable. Primero fijo, irradiaba luego hacia el hipocondrio derecho, extendiéndose a la región lumbar del mismo lado. El dolor no era continuo, sino que presentaba acalmias y exacerbaciones sucesivas, ni náuseas, ni vómitos, defecación diaria y normal, orinas escasas alrededor de medio litro, sin fiebre. Antes de esta crisis varios días de anorexia acentuada.



Sus antecedentes son sin importancia; siempre ha sido sano, buen apetito, no recuerda trastornos gástricos ni intestinales de ninguna clase.

Examen. Facies angustioso y pálido, respiración torácica, tórax amplio en su base, pulmones bien, sólo un poco enfisematosos. Corazón bien, 90 pulsaciones. Tensión arterial: máxima, 14, mínima 6. Fiebre 37,5 vespéral, 36,4 de mañana.

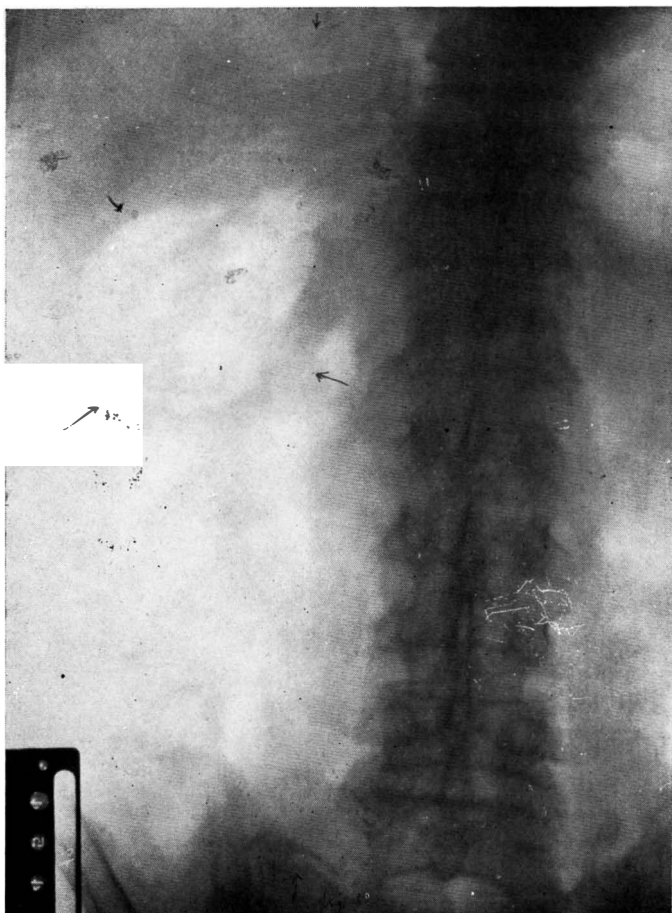


Abdomen: blando y depresible, puntos dolorosos: epigástrico y sub-costal derecho, hígado chico no sobrepasa el reborde costal, sólo en la inspiración máxima parece notarse una masa que pega en los dedos y que duele aungue no mucho.

15.000 gl. bl. Orinas: 29 gramos de urea, 1,17 de cloruros, 0,30 0,40 cgms.

Hielo a permanencia y observación; mejoran todos sus dolores; la fiebre llega a 36,4 vespéral. Colecistografía el 17 de Julio: "la vesícula no se visualiza". En una radioscopía simple del Dr. Hormaeche: estómago y duodeno normales; nos pareció notar en la cara inferior del hígado, fuera de la sombra duodenal una sombra redondeada hidro-aérica, la que fijamos por radiografía Fig. 1.a que confirmó esta impresión, debido a unas estrías verticales puede pensarse fuera el

ángulo derecho del colon. Se decide hacer una nueva radiografía con relleno del colon. Se nota (Fig. 2) que la cavidad hidro-aérea estaba por encima de dicho órgano. Una nueva radiografía con el intestino limpio nos da la imagen curiosa que muestra la Fig. 3. Parece notarse una zona oscura en forma de pera, (que ahora, después de la intervención, sabemos seguro ser la vesícula) rodeada de otra más clara. Pensamos en un quiste hidático de la cara inferior del hígado: Cassoni,



dudoso; una nueva leucocitosis da: 11.600 leucocitos 71 % polinucleados; 2 % eosinófilos; 24 linfocitos y 3 de grandes mononucleados.

Todo el proceso estaba detrás del reborde costal; no se palpaba absolutamente nada bajo éste. Previa una preparación cuidadosa: digital, cloruro de calcio, desinfección intestinal etc., intervengo.

29 de Julio; ayuda el Dr. Pravia J. C. Anestesia local con novo-

caína al  $\frac{1}{2}$  ‰ y adrenalina 20 gotas en 100 cc. Uso 80 cc. Infiltración parietal; resto nada. Incisión paralela al reborde costal. Abierto el peritoneo se nota el colon transverso fuertemente adherido al borde inferior del hígado; protejo el peritoneo; decolo el colon; apenas separado unos milímetros, se produce un escape de un gas no fétido y con un silbido pronunciado; decolo un poco más: pus espeso y amarillento; ascma un cuerpo negruzco que tomo con una pinza; extraigo una membrana oscura, esfacelada, que tenía la forma de un globo en pera; era la vesícula entera seccionada al nivel del cístico; detrás sale bilis clara; no hay cálculos. Coloco un cigarrete que llena bien el orificio colo-hepático y cierro la pared en tres planos lo más completamente posible.

Secuelas excelentes, nada de fiebre; por el tubo sale bilis, los primeros días negruzca, luego cada vez más clara. Una vez bien limpiadas suprimo el drenaje. Cicatriza rápido, mejora su apetito, engorda, toma buen color, etc. Alta el 8 de Setiembre de 1931.

Parece tratarse indudablemente de una colecistitis gangrenosa que ha secuestrado toda la vesícula y formado a su alrededor una capa de pus y gas, lo que le ha dado ese aspecto radiográfico tan interesante, de modo que su denominación anatómo-patológica pudiera ser "Colecistitis gangrenosa con pio-neumo pericolecistitis". Llama la atención la agudeza y rapidez con que se desarrolló todo el proceso y los pocos síntomas generales y locales con un proceso tan avanzado, lo que pudiera explicarse por haberse localizado detrás del reborde costal y sobre todo por aislarse de inmediato de la gran cavidad por adherencias hepato-cólicas.

En toda la bibliografía que he podido examinar, si bien he encontrado casos de colecistitis gangrenosa provocada por la acción de microbios anaerobios, gazógenos, no he encontrado más que un caso de desarrollo de gas peri vesicular, por lo que me pareció interesante presentar esta observación a la consideración de los colegas.

El caso similar fué publicado en "Archives of Surgery", del 6 de junio de 1931, por C. F. Hegner.

Relata la observación de un enfermo con una pericolecistitis abcedada con pus y gases, gases inter y peri vesiculares. Fué operado y se constató un voluminoso absceso subhepático con pus y gas a presión. Sólo se drenó. El enfermo falleció al tercer día por una probable embolia. La autopsia mostró una vesícula enferma con cálculos. Nuestro caso tiene la originalidad de la eliminación total de la vesícula por sección patológica de su cuello y por la ausencia de cálculos.

El Dr. Larghero ha efectuado el informe anátomo-patológico que transcribo a continuación, y tendrá la amabilidad de presentar la pieza anatómica y pruebas micro-fotográficas de las lesiones vesiculares.

La pieza enviada está constituida por una vesícula biliar grande, de unos 15 cms. de longitud medidos del canal cístico al fondo (pieza ya fijada).

La pared vesicular es delgada, flácida, edematosa y fácilmente plegable; su color es amarillo-verdoso y la superficie externa es uniformemente irregular, cubierta por franjas y falsas membranas amarillentas, de aspecto fibrinoso.

No se puede encontrar en esta cara externa ninguna zona que permita diferenciar la cara peritoneal de la cara hepática de la vesícula.

Se abre la pieza por su gran eje, del cístico al fondo; el cístico es corto, de 1 cm. y amplio, continuándose en embudo rápidamente ensanchado con la cavidad de la vesícula. Esta cara interna es de color amarillo-tabaco, con grandes manchas verdosas y un aspecto finamente reticulado que recuerda el normal.

Vista por transparencia se aprecia un retículo rojo, a mallas amplias, constituido por vasos muy delicados; al nivel de los espacios de la malla, la pared vesicular es tan delgada que la luz pasa fácilmente, no siendo el espesor aquí mayor que el de un papel de seda.

El aspecto exterior del órgano confirma los datos operatorios: esta vesícula desprendida enteramente y flotando en un absceso, presenta, en su cara externa sobre todo los caracteres de un proceso inflamatorio necrótico y exsudativo fibrinoso.

**Examen microscópico.** Preparados N.º 4963 del Museo del Instituto.

La observación con el lente topográfico permite reconocer las capas vesiculares, pese a que ellas son el asiento de profundas alteraciones destructivas.

En la parte interna, la mucosa, de la cual el epitelio ha desaparecido por completo, restando solamente el corion cuyos pliegues, desprovistos de todo revestimiento, son delgados y conservan su contorno nítido.

El tejido conjuntivo-vascular del corion, completamente necrosado, es asiento de un marcado edema. Ningún elemento conservado en esta capa.

No existen trazas de que haya existido una infiltración leucocitaria anterior importante, pues los elementos existentes, aunque necrosados, conservan su contorno y son poco abundantes.

Necrosis colicuativa de la musculosa; los haces musculares apenas se reconocen por su disposición y por tomar mejor la eosina. Se observan fragmentos de fibras musculares en degeneración hialina y marcado edema. Existen en esta zona gruesos conglomerados de bacterias.

En la sub-serosa, algunas vesículas adiposas muy alteradas pero bien reconocibles. Edema intervesicular. En la parte superficial el endotelio de la serosa ha desaparecido y se encuentra en su lugar un exudado necrótico-purulento, predominantemente necrótico.

EN SUMA: GANGRENA MASIVA DE LA VESICULA. PROCESO NECROSANTE Y DISECANTE.

---

### *Osificación del menisco interno*

Por el Dr. J. C. DEL CAMPO

Relataré primero la historia del enfermo, objeto de esta comunicación.

S. L., de 31 años, ingresa al Hospital Maciel el 20 de Julio de 1931.

Hace 5 años, jugando al football, al querer detenerse en una carrera, hizo un movimiento brusco de torsión con la rodilla izquierda; se le hinchó la rodilla. Sin impedirle caminar, esa hinchazón le duró unos meses.

Caminando tenía, de cuando en cuando, episodios bruscos de bloqueo, seguidos de hidartrosis.

Al año notó a la altura de la tuberosidad interna del condilo interno un nódulo, que cuando le desaparecía hacia atrás, hacia el hueso popliteo, le "enganchaba" la pierna, teniendo que ir a buscarlo allí y llevarlo hacia adelante para poderla extender.

Unos meses después encontró otro contra el borde interno de la rótula, nódulo que alguna vez le desaparecía, dice él, detrás de la rótula, repitiéndose los bloqueos; para poder extender la pierna tenía que ir a buscarlo y traerlo hacia atrás.

El examen de la rodilla izquierda muestra que no hay derrame; la sinovial en el lado interno está muy espesada; se sienten ruidos articulares en la movilización.

En el lado interno se palpan dos cuerpos extraños, los dos sobre la interlínea; uno por debajo de la tuberosidad condílea femoral, desplazable ligeramente hacia atrás; el otro por detrás de la rótula, que se desliza muy poco.

Movimientos articulares: amplitud normal.

No hay ganglios inguinales.

Radiografía: (H. Maciel E. 3509) Osteofito en el lado externo de la articulación; pequeña exóstosis en los bordes de los condilos y de la rótula.

Orina normal. Urea sanguínea: 0,25. R. W. en la sangre: negativ.

Se hace el diagnóstico de cuerpos extraños articulares, probablemente de origen traumático.

Intervención. Anestesia general: éter. Dres. J. C. del Campo y Baldomir. Incisión transversal, sobre la interlínea, uniendo la distancia que separa los dos cuerpos extraños. Sinovial espesada; se sacan fragmentos para biopsia. Se cae directamente