

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

sobre los dos cuerpos extraños y se constata con sorpresa que corresponden a las extremidades libres de un menisco interno roto transversalmente en su parte media. El fragmento meniscal posterior, adherente por su cuerno posterior, tiene el nódulo opaco a los rayos X. El fragmento anterior, adherente por su cuerno anterior tiene simplemente el aspecto de un menisco espesado. Meniscectomía.

Examen histológico:

De los diversos fragmentos remitidos, el que corresponde al segmento anterior del menisco, tiene un nódulo central que está formado por tejido conjuntivo muy denso, a gruesas fibras, mezclado con tejido mixomatoso. El conjuntivo denso muestra algunas zonas edematosas con tumefacción y disociación fibrilar y vacuolización celular, presentando, además, en focos muy limitados, incipiente degeneración hialina y moderada infiltración calcárea en pequeños granos.

Al nódulo central lo rodea una cápsula de tejido conjuntivo lamelar a fibras paralelas, las más externas dispuestas tangencialmente a la superficie, mientras que de las internas algunas, en ciertas zonas, cambian de dirección, haciéndose perpendiculares u oblicuas (con relación a la superficie), confundiendo luego con las que constituyen el núcleo central.

El otro fragmento está igualmente constituido por un nódulo central y una envoltura.

El nódulo central es de tejido óseo esponjoso, pero éste presenta algunas diferencias según las zonas consideradas.

En parte es tejido óseo cuyas laminillas son muy visibles, conteniendo células bastante bien conservadas, pero no se encuentran osteoblastos y la médula es adiposa pura con regular vascularización. Tiene el aspecto de hueso adulto que ha experimentado numerosos y variados retoques (remaniements).

Continuando a estas láminas óseas se observan otras de hueso joven, con osteoblastos y células óseas; laminillas pre-óseas, y zonas osteoides, en calcificación.

Particularmente, son estas últimas láminas óseas las que entran en relación íntima con el tejido fibroso periférico (a expensas del cual parecen derivar) que forma la envoltura. Este fragmento requiere un estudio más prolijo. Por el momento no podemos llegar a ninguna conclusión definitiva. P. E. Lasnier.

El caso que acabamos de relatar tiene un doble interés: clínico y de patología.

El interés clínico del caso radica en el error de diagnóstico cometido basándonos en los datos de palpación y del examen radiográfico.

A pesar de que en las lesiones traumáticas del menisco, éste desplazado puede ser palpado al nivel de las interlíneas, no es indudablemente lo habitual y creemos excepcional que se palpén los dos segmentos del menisco fracturado, bajo la forma de dos cuerpos extraños.

El examen radiográfico nos confirmó en el error. De acuerdo con todos los autores, los informes dados por la radiografía en las lesiones meniscales son negativos. Se insiste sobre el valor de la ausencia de otras lesiones y en particular de cuerpo extraño.

A posteriori, todos los datos semiológicos son explicables; a favor

del sitio meniscal de las lesiones se habría podido invocar la naturaleza del accidente inicial (movimiento de torsión jugando al football), la vecindad de ambos cuerpos extraños de la interlínea y la excursión limitada y sistemática de esos cuerpos, de tal manera que el posterior sólo podía ser llevado hacia atrás y el anterior hacia adelante.

Es desde el punto de vista de la patología del menisco, que el caso presenta su mayor interés.

Es indudable que el menisco ha llamado la atención médica, sobre todo por sus lesiones traumáticas y por la repercusión mecánica de esas lesiones.

La meniscitis de Roux no es, según Mouchet y Tavernier, otra cosa que la enfermedad de Hoffa.

Por otra parte dicen los mismos autores (en su informe al Congreso Francés de Cirugía, 1926) "nunca hemos observado lesiones inflamatorias de los meniscos, ni después de los traumatismos ni en las artritis; la estructura avascular de los meniscos nos parece con una lesión inflamatoria".

La evolución de las lesiones meniscales, para estos autores, es simple: "Lo más frecuentemente, el aspecto de los desgarros meniscales es fibrilar, sin ningún proceso de cicatrización".

"Mucho más raramente las partes flotantes del menisco desgarrado regularizan sus formas tomando el aspecto de lengüetas redondeadas o de perlas cartilaginosas".

"Esta ausencia de cicatrización se explica por la ausencia de vasos en el tejido propio del menisco. Las modificaciones morfológicas que sufren a veces los meniscos pueden ser comparadas a las que se observan en los cuerpos extraños ósteocartilaginosos".

No hay ninguna referencia a constataciones histológicas.

Contra esta opinión se ha elevado Estor (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 28 de Marzo de 1928), el cual, a propósito de la extirpación de un menisco interno ocupando su sitio normal, pero voluminoso, edematoso, sostiene de nuevo el punto de vista de Roux.

Con motivo de ese caso hizo estudiar la histología del menisco, por Guibert, quien llega a la conclusión de que existen regueros vasculo-nerviosos en los dos tercios externos del menisco. En los casos de inflamación meniscal, señala fenómenos congestivos de los vasos focos leucocitarios dispepticos perivasculares.

Este estudio histológico ha sido también hecho detalladamente por Ferrero (Archivo de ortopedia, Tomo 46, pág. 647), quien llega a conclusión de que hay en los meniscos traumatizados lesiones de orden regresivo, alteraciones tisulares "causadas por la rotura de las co-

nexiones del menisco con la membrana sinovial y con la cápsula"; hay, además, otras lesiones de orden diverso, consistiendo "en una sustitución del cartílago fibroso del menisco por un conectivo fibrilar más o menos compacto, más o menos rico en células o vasos".

El autor insiste, sobre todo, sobre el papel de la conservación o pérdida de las conexiones capsulares o sinoviales.

Si he señalado estos datos, que salen de mi competencia, es para pedir el estudio histológico sistemático de los meniscos lesionados, como manera de explicar o encontrar las explicaciones de las lesiones raras degenerativas, como los quistes del menisco externo o el porqué de la rareza de las osificaciones en el menisco.

En una rápida e incompleta recorrida bibliográfica, he encontrado al respecto un caso del mismo Ferrero, nódulo óseo suspendido al cuerno anterior arrancado del menisco interno; por su situación y estructura, este nódulo es considerado como un fragmento de epifisis tibial arrancado por el traumatismo.

Semejante explicación no creemos debe aplicarse a nuestro caso: nuestro nódulo asienta en la extremidad anterior del fragmento posterior de un menisco roto en su parte media; el segmento anterior del menisco, libre por su parte posterior, está fijo por su cuerno anterior a la epifisis tibial.

El nódulo óseo parece desarrollado en el interior de la extremidad libre del menisco roto, de tal manera que éste, con su extremo engrosado, se asemeja al badajo de una campana; esto aleja la posibilidad de que se tratara de un nódulo óseo desarrollado en un fragmento de sinovial o cápsula arrancado cuando el traumatismo, en cuyo caso creemos que el nódulo estaría situado lateralmente con relación al menisco, y mismo sería posiblemente pediculado.

A este respecto hemos pedido al Prof. Lasnier un nuevo examen en la dirección longitudinal (el efectuado era transversal), de manera de establecer mejor las relaciones del nódulo óseo y del menisco.

Máscaras quirúrgicas de la ascariidiosis

Por los Doctores C. STAJANO y R. TALICE

El parasitismo por los áscaris interesa no sólo al médico general sino también al cirujano. En efecto, la literatura médica se viene enriqueciendo con la publicación de numerosos casos que demuestran la im-