

para perseguir la porción posterior de la sinovial nos obliga a seccionar el ligamento lateral interno y el ligamento cruzado anterior. A pesar de esto el curetaje de la sinovial posterior y del prolongamiento poplíteo es un poco ciego. Toque con cloruro de zinc al 10 %. Cierre de los planos fibrosos con catgut cromado, uniendo en la parte anterior el tendón rotuliano al ligamento rotuliano; dos tubos de drenaje (logía anterior y posterior). Inmovilización.

Examen microscópico: sinovial sumamente espesada, fungosa. En el ángulo súpero-externo de la rótula hay un fragmento osteocondilinoso rodeado de fungosidades firmes y aún unido al resto de la rótula.

Examen histológico: tejido de granulación con focos de infiltración leucocitaria extendidos. Junto a las zonas de granulación se observa la transformación fibrinoide del tejido conjuntivo. En todo el espesor del corte, pero en particular en los bordes, se observan una gran cantidad de folículos tuberculosos típicos. — H. Castiglioni (Octubre 28 de 1933).

Post-operatorio: después de 10 días en los cuales la herida estaba perfectamente bien, se establece una supuración abundante, que atribuimos al toque con cloruro de zinc.

En Febrero de 1934 las heridas están completamente cerradas y la anquilosis parece firme. En Marzo se hace placa que constata una anquilosis en buena posición.

En Abril es dado de alta. Con excelente estado general (ha aumentado 9 kilos), es pasado a la Colonia de Convalecientes.

Es visto en Julio 4 de 1934. Ha aumentado 10 kilos más. Anquilosis en extensión firme. No hay signo de lesión ósea en evolución. Camina y trabaja sin dolor, sintiéndose fuerte para reanudar sus ocupaciones. Radiografía de ambas rodillas: izquierda, normal; derecha, anquilosis en buena posición; la rótula no se ha reformado.

### *Quiste mucoide del piso de la boca.*

Por los doctores: ALBO y MARTINCICH

Los quistes dermoides se encuentran con relativa frecuencia en el piso de la boca; confundidos al principio con las ránulas, hoy son perfectamente conocidos.

El primer caso estudiado con detalles es el de Marchettis, más tarde Gérard en su Lupiología distingue las lupias sublinguales de las ránulas.

En el año 1845 Bertherand en su tesis hace un estudio de conjunto y poco después Lebert ensaya una patogenia para estos quistes dermoides; luego, las tesis de Perrault, Laudeta, la memoria de Ozeune en 1883 contribuyen a hacer conocer estos tumores.

Más tarde aparecen un sinnúmero de trabajos entre los cuales se encuentran las comunicaciones de Gérard Marchant, los capítulos de

Lannelongue y Achard, Lannelongue y Ménard y las tesis recientes de Caye de Fourc y Rolland.

**Observación.**—El caso que vamos a presentarles hoy es el de una señorita de 20 años, sin antecedentes de importancia, menstrúa a los 12 años, 3 meses después de iniciados sus períodos menstruales, que siempre fueron regulares, aparece una pequeña tumoración en la región suprahiodea del tamaño de un garbanzo, que fué creciendo muy lentamente, siendo tratada con medicación yodada sin resultado.

Transcurrieron así unos años con períodos de crecimiento rápido y otros de estacionamiento más o menos largo.



Fig. 1. — Fotografía de la enferma de perfil mostrando la saliencia del quiste

Desde hace un año ha crecido mucho, sintiendo ahora pequeñas molestias debajo de la lengua; molestias que nunca las había notado y que se hacen hoy más evidentes en los períodos menstruales.

El examen nos muestra una tumefacción del tamaño de un huevo de paloma, situada en la región suprahiodea, lateralizado del lado izquierdo a la palpación parece maza, sólida, regular, con ligeros movimientos de lateralidad, nada doloroso. Abierta la boca se nota en el surco gíngivo-lingual izquierdo una tumefacción que lo ocupa casi totalmente, aquí de consistencia quística, sin adherencia a la mucosa que se conserva normal.

El examen complementario cardio-vascular, bien; usea sanguínea, 0,25 por  $\%$ ; crina, normal.

En el diagnóstico de este caso se pensó primeramente en una rínula, pero teniendo en cuenta algunos datos aportados en la historia clínica por la enferma, como ser las molestias más acentuadas durante sus períodos menstruales, se hizo diagnóstico de quiste mucoide pensando en su patogenia.

**Operación.**—Interviene Dr. Albo. Ayuda Martincich.—Anestesia regional maxilar inferior en la espina de Spix e infiltración paratumoral con novocaína al 0.50 %. Se interviene por vía bucal. Incisión sobre el tumor, se decola la mucosa fácilmente y se encuentra un tumor blancuzco, tenso, entre las masas musculares; en las maniobras de exteriorización, — las que se hacen con alguna dificultad, — se abre el tumor dando salida a abundante cantidad de una sustancia cremosa, blanca, algo filante, se vacía el quiste lo que facilita el decolamiento del quiste de las masas musculares gerioglosas, entre las cuales se sigue un tractus fibroso hasta la cara posterior del maxilar inferior, se le secciona sobre la apófisis geni, en el lecho quístico, se deja una mecha, la que se retira a las 24 horas.



Fig. 2. — Fotografía de la enferma de frente mostrando la saliencia del quiste

La evolución se hace con algunos fenómenos inflamatorios como todas las intervenciones por vía bucal con gran edema del cuello, dos días después todo entra en calma y la cicatrización se hace bien.

La elección de la vía bucal como vía de abordaje, siendo más laboriosa para el cirujano y más penosa para la enferma, la hicimos teniendo en cuenta la edad, condición social de la enferma y por su resultado estético indiscutible ansiado por la enferma.

Habíamos dicho que el diagnóstico planteado antes de la intervención, el de quiste mucoide, era el que más satisficía, y esto por los trastornos experimentados por la enferma durante sus períodos menstruales y la patogenia de estos quistes, aún con la pieza ya extirpada no podíamos invalidar este diagnóstico sin el examen histológico, pues los caracteres del contenido quístico no bastan para decidir el diagnóstico macroscópico del quiste, mucoideo, dermoides o dermomucoide, sólo el

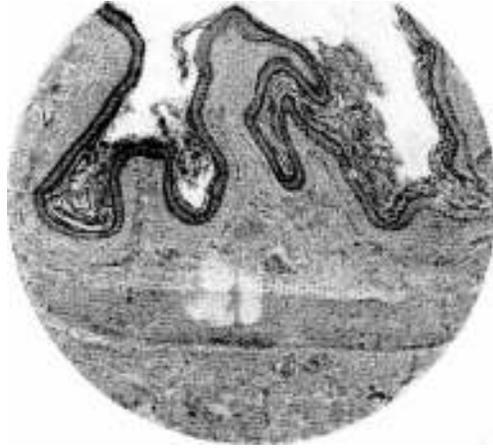


Fig. 2. — Corte histológico del quiste mostrando sus dos capas epitelio extraprofundo pleno y más abajo una pared fibromuscular

examen histológico decide en estos casos y éste dice que es un quiste dermoide.  
El examen dice:

#### QUISTE SUBLINGUAL

**Examen macroscópico:** Muestra un quiste de pared fibrosa con un contenido de aspecto sebáceo.

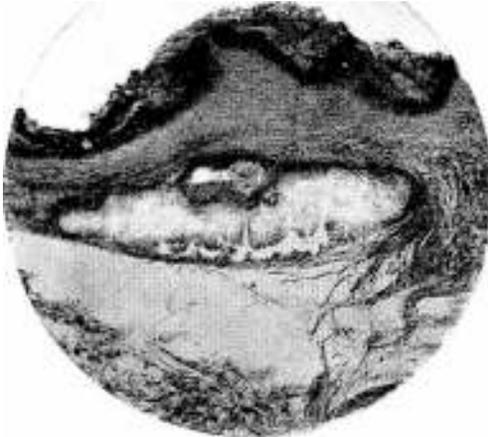


Fig. 4. — Corte histológico mostrando una glándula sebácea en parte dura central corresponde al sebo que en la preparación se ve teñida de amarillo por el Sudán 3

**Examen histológico:** Los cortes muestran:

A) Una pared fibro-muscular con discreta vascularización. En esta zona se observan focos de infiltración leucocitaria (pequeños).

B) Un revestimiento a epitelio estratificado plano, que presenta una transformación progresiva en sus capas superficiales, en una sustancia de aspecto sebáceo. En esta capa interna desembocan numerosas glándulas de aspecto sebáceo. En las preparaciones con hematoxilina y Sudán 3 se observa la sustancia sebácea teñida en color anaranjado, pudiendo apreciarse la transformación progresiva.

---

### *Distensión aguda de la vesícula biliar y bacteriocolia aeroanaerobia masiva.*

Por los doctores: LARGHERO y ASTIAZARAN

El examen bacteriológico sistemático de la bilis obtenida en el acto operatoria en las intervenciones sobre las vías biliares, constituye una investigación digna de entrar en la categoría de las corrientes y casi obligatorias, generalizándola en concordancia con la intensificación que esta cirugía ha tomado en nuestro medio.

La observación que presentamos a vuestra consideración puede ser tomada como ejemplo de las enseñanzas que este examen proporciona y de las ventajas que puede reportar al enfermo; en este caso nos atrevemos a afirmar que él ha sido decisivo para su suerte, lo que le concedería por sí títulos suficientes para merecer el relato si no tuviera además el mérito de llamar la atención sobre problemas de fisiopatología, de reacciones tisulares y generales y de temas quirúrgica y biológica que esperan de la casuística clínica y de la experimentación hechos bien observados y documentados que puedan marcar rumbos a su solución.

**Observación clínica.**—E. B., 36 años. Ingresó al Hospital Pasteur el 2 de Noviembre de 1933 a la hora 23. Su enfermedad, que data de un mes y medio, sufrió hoy una agudización brusca que determinó su entrada al establecimiento.

Hace un mes y medio comenzó a sentir molestias y dolores localizados en el epigastrio e hipocondrio derecho, dos horas después de las comidas, seguidos de vómitos de alimentos que lo aliviaban; estos trastornos se reproducían a diario con los mismos caracteres, sin electividad para determinados alimentos.

Esta tarde, a las 4 y media, le aparecen las molestias, algo más intensas, irradiadas a las regiones lumbares, sin preferencia para ninguna de ellas.

A las 7 de la tarde el dolor en el epigastrio e hipocondrio derecho aumenta rápidamente de intensidad haciéndose intolerable, arrancándole continuas quejas. Vómitos alimenticios y luego biliosos escasos. Marcado decaimiento. Chuchos de frío discretos pero repetidos. Constipación.