

galactóforos, verdaderas riendas de tracción, los ha arrastrado en su desplazamiento, deprimiendo y retrayendo el mamelon.

La pared fibrosa, desprovista de elasticidad y permeable a los líquidos, ha debido sufrir dehiscencias pequeñas que explícian con la punción, la infiltración hemorrágica subcutánea.

Concebido el proceso de esta manera, encuentra su confirmación en los hechos señalados en el estudio de los preparados de los cuales destacamos: la ausencia de epitelio de revestimiento, la solidaridad de la pared de la cavidad con el estroma fibroso mamario, la independencia de los canales galactóforos y sobre todo la existencia de elementos glandulares en el espesor de la pared, que nos permiten afirmar que la colección se ha hecho en plena glándula, cuya reacción ha determinado la formación de una cavidad pseudo-quística a contenido hemático.

Fotografías de la sección fototécnica de la Fac. de Medicina. — Director, Dr. Velazco Lombardini.

---

Presentado en la sesión del 20 de Noviembre de 1929

Preside, el Dr. Garcia Lagos

✓ *Quiste hidático del fémur (Extremidad inferior)*

Dres. STAJANO y RODRIGUEZ LOPEZ

Al presentar esta modesta nota clínica a la Sociedad de Cirugía solo nos guía como idea directriz llamar la atención sobre esta poco frecuente localización de la tenia equinocus y sobre la confusión posible con la osteomielitis crónica que hacen dudoso un diagnóstico radiológico. En las primeras fases de este proceso era imposible diferenciarlo con el absceso localizado de hueso, porque no se encontraba el aspecto areolar; que cuando está presente permite sospechar que se trata de un quiste hidático. Sus placas ulteriores como las que voy a mostrar se ve perfectamente este aspecto tísico del quiste hidático de hueso, siendo imposible entonces la confusión con el "Absceso de Brodie".

Dicho lo que antecede pasemos a relatar el caso clínico fundamento de esta comunicación.

Clínica Gineológica Pabellón Profesor Enrique Pouy, sala 4 al cargo del doctor Stajano. (

Sra E. M. de T. 46 años uruguaya. (Obs. 11338)

Ingresa a nuestro servicio el 17 de Junio de 1929 porque hacía unos 4 meses que había empezado a sentir dolores en la rodilla izquierda al hacer movimientos de flexión exagerada no molestándole para la marcha; hasta que 2 meses antes de su ingreso los dolores se intensificaron de tal manera que le impedían toda flexión de la rodilla: estos dolores tenían una marcada exacerbación nocturna. La enferma nota en este tiempo la for-

mación de una masa nodular, del tamaño de un huevo de gallina localizado inmediatamente por encima de la rodilla, en la parte interna del muslo y con enrojecimiento de la piel a ese nivel. La epifisis inferior del femur había aumentado ostensiblemente de volumen.

El 17 de Junio fecha de su hospitalización los síntomas antes enunciados por la enferma habían retrogradado bastante y solo sufría espontáneamente durante la noche.

Examinada la enferma por nosotros presenta una tumefacción en la parte inferior del muslo que abarca la región anterior externa e interna a dos traveses de dedo por encima de la interlineas articular, teniendo unos 8 cms. de altura. La articulación de la rodilla toma espontáneamente una posición de reposo, presentándose ligeramente flexionada. Su extensión completa está imposibilitada por el fuerte dolor que esta maniobra provoca.

A la palpación constatamos cierta dureza en la parte anterior y externa donde parece tomar los planos profundos solamente. En la parte interna los planos superficiales están infiltrados percibiéndose cierto empastamiento en la parte más saliente de la masa tumoral. La temperatura al nivel del foco está aumentada.

La flexión de la rodilla se hace con poca dificultad hasta cierto límite, pasado, el cual empieza el sufrimiento que imposibilita la continuación del movimiento de flexión. Pensamos frente a este cuadro en lo más frecuente: (osteitis gomosa, osteitis bacilar, osteomielitis crónica d' emblé, etc.). Por la bilateralidad de los dolores por exacerbación nocturna por la reacción periostica, pensamos que clínicamente pueda ser una lesión específica por lo que efectuamos un tratamiento antiespecífico, la reacción de Wassermann es negativa H8. Los síntomas no mejoran con el tratamiento apareciendo en cambio una reacción inflamatoria, la reacción periostica no es muy exagerada y la radiografía que hemos hecho sacar nos hace pensar en una osteomielitis crónica, por lo que le instituimos un intenso trat. por vacunas que tampoco logra mejorar el cuadro a pesar de que los primeros informes radiográficos aseguran un "Absceso de Brodié", desviándonos del verdadero diagnóstico.

Informe radiográfico:

1.º Extremidad del Femur ensanchado transversalmente. El tejido compacto espesado y sus contornos externos irregulares. Rarefacción del tejido esponjoso, dando en el centro una mancha a contorno romboidal.

2.º Radiografía a los 20 días trae el siguiente informe: La rarefacción del tejido esponjoso tiende a invadir la diafisis.

3.º Radiografía a los 10 días subsiguientes, dice lo siguiente: La reacción periostica es más marcada, va invadiendo la diafisis. La mancha central epifisaria persiste, se ha hecho más grande y por encima de ella se ven lagunas de diversos tamaños que invaden la diafisis. En la parte superior se ve un límite neto entre la parte enferma y la sana. Reacción



periostica más extendida del lado interno. Los condilos femorales no están tomados en ninguna de las radiografías, pero la rarefacción del tejido esponjoso parece llegar muy cerca de la escotadura intercondilea. Se diagnostica osteomielitis crónica de la extremidad inferior del Femur.

Abceso de Brodié típico al decir de los radiólogos.

La bilateralidad de los dolores, pues existen también en la epifisis inferior del femur derecho es explicada de una manera personal por uno de nosotros. (Reflejo trofico controlateral).

Es, pues, con el diagnóstico de osteomielitis crónica que vamos a la intervención.

Intervención 25 de Julio 1929.

Op. Dr. Stajano. — Rodriguez Lopez.

Abordaje del hueso y abertura del mismo a escoplo, apareciendo vesículas que nos muestran el origen hidático de la lesión. Agrandamos hacia arriba en forma rectangular la brecha y reginamos toda la cavidad sacando gran cantidad de vesículas hidáticas pequeñas. Terminamos la operación lavando ampliamente con una solución formolada y llenando con gasa yodoformada el interior del hueso que ha quedado extensamente ahuecado hacia la diafisis. La enferma cura bien y es dada de alta en buenas condiciones.

En la discusión de este trabajo en el cual se hicieron comentarios respecto al aspecto radiográfico de la lesión — Dr. Prat, Del Campo, Nario, etc. — el Dr. Nario recuerda el aspecto pseudo flegmonoso de las partes blandas alrededor del hueso — de un caso por el operado. Coincidiendo con el mismo aspecto del caso actual. Es la acción irritante de la osmosis hidática, la responsable de la reacción vascular irritativa con su resultante en el hueso y en las partes blandas? La reacción vasomotora por irritación en el foco, no es capaz de repercutir por una reacción vasomotriz bilateral, dando razón del dolor en la rodilla opuesta, reproduciendo un hecho de experimentación conocido?

Este error de diagnóstico contribuye a que pensemos más en el quiste hidático del hueso, sabiendo sacar mejor provecho de las pequeñas características de la hidatidosis ósea.