

Edmundo Jaramilla M.

011

48



Un caso de Macroquilia

La macroquilia es una forma especial de hipertrofia conjunta de los labios.

Historia

Los primeros trabajos publicados respecto de la macroquilia son debidos a Bonissone y a Duplay que hicieron una confu-
sion de esta afeccion con las hipertrofias de los labios observadas en los escrofulos, cretinicos, paraliticos y aun en los neuras.
De modo que fue imposible sacar de este conjunto difuso un cuadro clini-
co y muchos menos uno anatomopatológico.

Desde 1856, debida a exámenes his-
tológicos, hechos por Bibrath, Junier,
por Volkmann y Bahns después, se
pudo ver el papel importante que en
algunos casos juega el sistema lin-
fático, si bien es cierto, que Volkmann
había hablado sobre todo de hipertrofia.

Sin embargo, a pesar de todos estos
estudios, la Sociedad de cirugía de Pa-
ris en el año 1873 y 1874 conside-
ró a la macroquilia como una
afeccion que aun no se conocía
bien.

Verneuil, A. Dupuy y J. Verrier creían

que se trataba de una muerte de elefantiasis,
opinión que fue confirmada después
por el examen histológico hecho por
Grancher. En Francia, Short ha con-
sagrado a este respecto una tesis inte-
resante.

En esta misma época, el linfangio-
ma, era descrito cuidadosamente en
Alemania, por Wagner.

Poco a poco este estudio ha sido
completado en general, y bajo el pun-
to de vista de la macroquilia en
particular por Middeldorp.

Si bien es preciso, decir hoy, que
lo artificial de las hipertrofias, agregan-
do a las angio-elephantiasis en en-
tonces grupo entran algunas formas
de macroquilia, como piensa Vir-
chow y Hebra, opinión que ha de-
scartado muchas discusiones en el
mundo científico.

Etología

Las causas son aun desconocidas.
Se sabe si, que es una afección congé-
nita, a pesar que esto tiene sus excep-
ciones, pues, se han observado linfan-
gomas que se han desarrollado des-
pués del nacimiento.

Se cree que sea debida a una al-
teración embriónica del primer arco

masilar, inferior. Hecha en virtud de las modificaciones encontradas en el maxilar inferior en los dos casos observados por Trendelenburg; en uno de ellos el cuerpo del maxilar medía 7,5 centímetros de espesor y 6 centímetros en otro de los casos.

En el caso de Wefener había una deformación del cráneo por la presión del tumor.

Anatomía Patológica

Distinguiémoslos dos formas; una angiectática y otra linfangiectática, según predominen en la formación del tumor los vasos sanguíneos o los linfáticos.

En ambas formas, se trata de un aumento del tejido sub-cutáneo y sub-mucoso.

Correspondiente a la gran riqueza de vasos que normalmente poseen los labios, son los vasos también, los que toman mayor participación en la alteración patológica de la macroquilia.

De un fibroma difuso se hace fácilmente un angiectoma difuso simple o cavernoso o también la formación patológica es linfangiectática.

Bajo el punto de vista clínico llamaremos estas alteraciones macroquilia.



(4)

Sintomatología

Al nacer el niño el volumen del labio puede haber llegado a su máximo y crecer enseguida proporcionalmente con el resto de la cara, o ser pequeño comprimiendo todo el labio generalmente, raras veces un lado que otro.

La consistencia del tumor es blanda, elástica, en la forma angiectática; más dura en la linfoangiectática, hasta cruja al corte.

El crecimiento es desigual: en los primeros años de la vida, puede permanecer el tumor estacionario y solo crecer más ligero en la pubertad.

Después del desarrollo completo del individuo, puede también el tumor aumentar de volumen o disminuir en otros casos.

Las dimensiones del labio expresadas pueden ser erróneas. En los casos de Wendtshurg, cuyos dibujos adjunto a mi memoria, el labio inferior medido en su borde, tenía: 9, 5 y 14, 9 centímetros ^{de longitud}, la altura en la superficie de la prueca era de: 7 y 8 centímetros respectivamente; el grueso, 2, 5 y 3 centímetros.

El labio cae por su propio peso

y la mucosa más adelantada.

Al hablar el enfermo, levanta el labio incompletamente y como caído.

La saliva corre continuamente hacia fuera. En las partes más salientes del tumor, especialmente en la mucosa, se producen ulceraciones, que curan difícilmente y dan la apariencia de un cáncer.

Los dientes visibles por la caída del labio, están irregularmente implantados y cubiertos de tartaro dentario.

La deformación de la cara es muy grande; mayor todavía en la macrostomía del labio inferior, por la coloración rojo-azulada de la mucosa, como también por los nódulos maternos que hay en la cara en estos casos.

Estas manchas sanguíneas se han encontrado en todos los casos de macrostomía del labio inferior.

En los dos casos de Herndlshaus observados en la Universidad de Bonn había nódulos maternos en diferentes puntos de la cara; parte inferior de ambas mejillas, labio inferior y mentón.

El número de casos de macrostomía observados hasta hoy, es muy reducido como puede verse por la enumeración que voy a hacer.

De la forma angectatica, se cuentan los observados por Krukenberg, un caso de Volkmann que lo describió cuando aun no estaba bien estudiada la macrofalia, un caso de Holmes, otro de Bilroth y por ultimos uno de Mass.

De la forma linfangectatica han sido descritos 2 casos por Weindlesner, localizados en el labio superior, uno de Pastels que tomaba la mitad inferior de la cara, desde el hueso malar, en un niño de 6 meses; algunos otros situados en el labio superior, descritos por Shost, Hilgert, Solvay, Wegener y Bilroth.

Pronostico. No hay peligro de la vida, pero produce deformaciones muy considerables de la cara.

Diagnostico. La forma linfangectatica puede confundirse con el labio xifolitico y el escrofuloso.

Tratamiento. En la forma linfangectatica se ha empleado el yodo de potasio. El tratamiento quirurgico es el que está indicado en ambas formas.

Despues de esta ligera resena de la macrofalia como hay se considera, voy a describir un caso observado por mi, y que es de la forma angectatica

Observación

Olafso del Carmen Guerrero, de 23 años de edad, soltero, natural de Sucre y ocupado en el campo como gaucho.

Entró al servicio de la clínica quirúrgica del doctor Barvallo el 1 de Julio de 1894 y ocupó la cama número 15 de C. Sala del Carmen.

El hijo de padres, que aun viven y han gozado siempre de buena salud, excepto ahora que su madre padece de una afección cardíaca. Sus tios viven todos y son sanos y robustos. Ha tenido siete hermanos; uno de ellos murió de tuberculosis pulmonar; los seis restantes, a excepción de uno de ellos que padece de hemiplejía están en perfecto estado de salud.

Como antecedentes personales encontramos: una enteritis que no tuvo caracteres alarmantes y los manchas maternas en el labio inferior, mentón, papión supra-biela, mejilla izquierda y parte superior del estómago.

Enfermedad actual

Además de los nari materni con que nació tenía el labio inferior mas abultado que lo ordinario, pero sin que esto le llamara la atención por que no le causaba la menor molestia.



Así pasó hasta el año 1887 en el que por un golpe que recibí en el mentón se mordió el labio inferior, cerca de la comisura izquierda, produciéndose una herida profunda en el sentido de la longitud del labio, herida que vino acompañada de un fuerte dolor y de una hemorragia que duró algunas horas.

Los labios de la herida se separaron y se formó a su nivel una pequeña tumor, como una arveja y al mismo tiempo se produjo una tumefacción en todo el labio.

El tumorcito inicial fue creciendo lentamente al mismo tiempo que todo el labio, siendo mayor el aumento de volumen de éste en el lado izquierdo del punto del traumatismo.

La coloración del labio enfermo era la que le daba el nervos materno que en él existía, rojo-azulado.

El año 1899 se formó en el lado derecho del labio una pequeña erusión roja, del porte de un grano o semilla de rábano, que apareció sin causa apreciable para el enfermo y cubierta por una corteza blanda y delgada de un color blanco-amarillento.

Este pequeño tumorcito era asiento de un prurito que obligaba al enfermo

a sacarse la costra que le producía en la
parte del acompañamiento de una hemorra-
gia que pasaba en breves instantes.

Debido a esta mancha del pariente, que
daba en ese punto una pequeña super-
ficie ulcerada que no tardaba en cu-
brirse de un hongo semilíquido que
con el aire venía a constituir nueva-
mente la costra primitiva.

Esta ulceración a ir aumentando pro-
porción con el tumor hasta abarcar
una extensión considerable de su cara
anterior superior y vértice.

El crecimiento del labio ha sido pala-
tino e irregular en sus extremidades, en
donde existen evidencias redondeadas
de diferentes tamaños.

Debido al aumento enorme del labio
inferior el enfermo se queja de fermen-
taciones suprimidas en el estómago y mas-
ticación robótica, mas intensa desde el
año 1892.

El año 1893 el enfermo notó la ca-
da completa del labio, que no podía fun-
cionar sin en la vecindad de las comisura-
ras. Debido a esto estaban expuestas al ai-
re continuamente las mucosas de las
narices y del labio inferior, al mismo
tiempo los puntos incisivos y cani-
nos inferiores.

La salina ~~salia~~ continuamente por la es-
pece de gotera que formaba el labio ca-
ido.

Harto apresuramos que el enfermo ha-
ya desde pequeño tartamudeo pero no
de una manera exagerada.

Y fuera de lo antes dicho, el enfermo
no se queja de ninguna otra sus-
tancia que indicara alguna lesión
de otro género.

Pasando al examen objetivo del en-
fermo podemos anotar lo siguiente:

El aspecto general del ^{paciente} ~~enfermo~~, es el de
un individuo de mediana estatura, bien
musculado, pannículo adiposo poco desar-
rollado, de color pálido, lo que contrasta muy
con las manchas sanguíneas que existen en su
cara, cuello y parte superior del pecho, co-
mo también la coloración rojo-azulada de
los tumores del labio inferior.

La cara está cubierta por escasa bar-
ba, frente estrecha, respiración ~~normal~~ ^{obstruida},
ta una inteligencia muy obtusa, lo que
se confirma al tratarlo; ilustración mu-
la.

Alama desde el primer momento la
atención, el labio inferior transforma-
do en un tumor voluminoso y ulcerado,
en una buena parte de su superfi-
cie, lo que produce una deformación



enorme de la cara, como puede verse en las fotografías que anexa a mi trabajo.

El tumor está constituido por la parte del labio inferior y una pequeña extensión de la mejilla izquierda, está apoyado en parte sobre el mentón a cuyo nivel se forma un bulto fijo que en donde está en contacto la piel del tumor con la del mentón, en el resto de su longitud el tumor es libre.

La forma del tumor es cónica, elevada en una buena extensión. La superficie está constituida por la piel y la mucosa del labio inferior que están ulcerados en una gran extensión, ulceración cubierta únicamente por una costra tenue y de un color parduzco amarillento.

En la superficie cubierta por la piel no se observa ningún pelo, pero sí hecho en muchos pequeños estercos de materia sebácea en forma de un tubo puntiagudo de color blanquecino.

Los surcos que normalmente forman las hileras papilares están muy pronunciados. La parte del tumor cubierta por la mucosa no ofrece de particular



fuera de la parte que está ulcerada,
sino una coloración mas intensa.

El vertice del tumor no corresponde
de al centro sino está inclinado al
lado derecho y constituido por una
eminencia redondeada, ulcerada en to-
do su extensión.

Ademas en la esthemidad del tumor
hay otras pequeñas eminencias, una
de las cuales es el resto del tumorcito
inicial asiento del traumatismo que
dio origen al aumento de volumen
del labio.

La forma cónica del tumor se reco-
noce mejor mirando al enfermo por
uno de sus costados. Si frente el la-
bio tiene una forma mas irregu-
lar, pero en conjunto se puede con-
siderar como un cono.

Considerando al enfermo de pie o
sentado, la cara anterio-superior del
tumor corresponde a la parte conca-
va y en donde la ulceración se extiende
de mas y la cara posterio-inferior
a la parte sana en su mayor parte
y convexa.

Los bordes del tumor son irregu-
les, mas gruesos el izquierdo que el
derecho y ambos mas espesos que
el centro del labio a cualquier altura.



El volumen del labio es considerable, dando a la fisonomía un aspecto que espanta.

Las diferentes dimensiones que fueron tomadas antes de extingirlo las consignamos en el cuadro siguiente.

Diámetro transversal

En la base —	$8\frac{1}{4}$	centímetros
En la parte media —	$7\frac{3}{4}$	" "
En el vértice —	3	" "

Diámetro longitudinal

Del vértice al borde sup. de la base o encías inf.	9	centímetros
" " " " inf. " " "	$8\frac{1}{2}$	" "
" " " externo izquierdo de la base	12	" "
" " " derecho " " "	$9\frac{1}{2}$	" "

Espejos

En la base {	línea media —	1	centímetros
	borde derecho —	4	" "
	borde izquierdo —	$4\frac{3}{4}$	" "
En la parte media {	línea media —	$3\frac{1}{2}$	" "
	borde derecho —	4	" "
	borde izquierdo —	$4\frac{1}{2}$	" "
En el vértice {	línea media —	$3\frac{1}{4}$	" "
	borde derecho —	2	" "
	borde izquierdo —	2	" "

Semisircunferencia externa

De un extremo a otro de la base —	$16\frac{1}{2}$	centímetros
Al nivel de la parte media —	$14\frac{1}{2}$	" "
" " del vértice —	8	" "

Esta imagen se encuentra
con restricción de acceso

Esta imagen se encuentra
con restricción de acceso



Esta imagen se encuentra
con restricción de acceso

Esta imagen se encuentra
con restricción de acceso



Esta imagen se encuentra
con restricción de acceso



Esta imagen se encuentra
con restricción de acceso

(14)

El color del tumor era rojo-aguileño en toda su extensión, existiendo solo de trecho en trecho los puntos blancos purpuros correspondientes a las retenciones de materia sebacea y ademas la coloración amarillita. Induración de la costura que cubria la parte ulcerada.

La consistencia era blanda, pastosa, homogénea, sin otros cambios a la presión, sin aumento de volumen o cambios de consistencia por los esfuerzos.

El cuerpo del maxilar inferior mas engrosado que normalmente.

Los dientes incisivos y caninos inferiores mas separados que los superiores, implantados irregularmente y cubiertos cerca de su base de una gruesa capa de tartaro dentario.

Los labios solo se tocaban en una corta extensión cerca de las comisuras.

Habia tres ganglios infectados; uno por debajo de la parte media del cuerpo del maxilar inferior y otro por debajo y a la derecha de la línea media.

Las arterias faciales mas engrosadas y con mas pulsaciones mas fuertes que de ordinario.

El examen de todos los demas aparatos de la economía dió por resultado el perfecto estado de ellos.

(15)



Operación

El 27 de Julio se procedió a la extirpación del tumor y a la reconstrucción del labio inferior. Se eligió para hacerlo el procedimiento de Malgaigne a los colgajos laterales.

La operación fue practicada por el doctor San Cristóbal, previa la anestesia clorofórmica, durante el primer tiempo solamente para evitar los inconvenientes que pudiera haber traído la entrada de sangre a la laringe estando los reflejos abolidos.

Se hicieron 4 incisiones para circunscribir los dos colgajos laterales que iban a ser desligados a constituir el nuevo labio. Las dos superiores partieron de ambas comisuras hacia afuera y arriba en una extensión de 6 centímetros y dos bucos que se prolongan por ser insuficientes.

Las inferiores siguieron el borde inferior de la mandíbula en una extensión de 8 centímetros al principio, pero que bucos se prolongan hasta cerca del ángulo de la boca.

Todas estas incisiones solo comprendían la piel y el teg. alular sub-cutáneo.

De los puntos de partida de las incisiones superiores se hicieron incisiones al punto de partida de las inferiores, circunscribiendo de esta manera el tumor.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Lámina I



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Lámina II



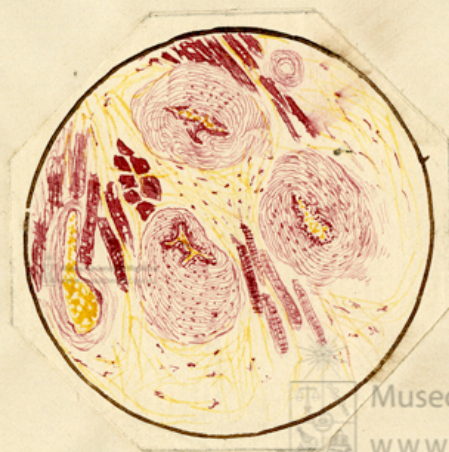
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Lamina III



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



MUSEO NACIONAL DE MEDICINA
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

30.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Macroquilia observada por Henschenburg en la Universidad de Bonn



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

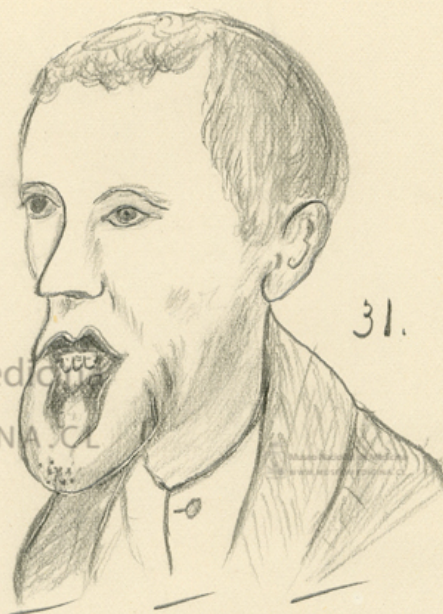
MUSEO NACIONAL DE MEDICINA
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Macrochilia observada por Zundelenturg en la Universidad de Bonn

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

cuando hubo necesidad de recurrir a la
manera para extraer el tumor, ya
el enfermo habia muerto de la accion
del clorofornio y no habia peligro de
que cayera sangre a la cavidad bu-
cal, que como es natural suprimen-
to, fue en estremo abundante; pe-
ro con un buen numero de pinzas
se pudo terminar la opera-
cion sin que el enfermo hubie-
se perdido gran cantidad de sangre.

Extraido el tumor se prosedio a des-
car hasta donde fue posible los colga-
jos para favorecer lo mas posible el
deslizamiento; a pesar de esto quedaban
los colgajos sumamente tensos, sobre to-
do en la parte inferior, donde hubo
que interponerle un pequeño colgajo
triangular que se sacó de la region del
mento y de la region supra-labi-
al.

Para vencer de la posibilidad de perder
abriendo los colgajos, se principiaron a
ligar los vasos que eran bastante nu-
merosos y entre los cuales se conta-
ba la arteria facial del lado dere-
cho que hubo necesidad de cortarla.

El enfermo reporto sin clorofornio
esta ultima parte de la operacion comen-
tando el tiempo que duró la sutura

y que fué bastante largo, con la mas
gran transeveridad y sin manifestar el
mas pequeño dolor. Hubo solamente
que poner una inyección de cafeína
por haber bajado el pulso considerablemen-
te.

En seguida se apartaron los col-
gajos y se procedió a la sutura con
seda fina en la línea media, entre
los colgajos laterales y pequeños col-
gajo inferior; con seda para unir las in-
cinuras laterales, tanto superiores como
inferiores. En el borde del nuevo labio
se suturó con seda fina la mucosa con la piel
para constituir completamente el labio.

Terminada la sutura se hizo la
toilete del campo operatorio, se puso
un foco de acetato y se formó en la lí-
nea de suturas, se cubrió de una delgada ca-
ba de gaza y se formó, un foco de alfo-
fen y un vendaje.

El nuevo labio quedó en posición de
reclinar, de modo que aun cubría los
dientes superiores y rechazaba el
labio superior, esto debido sin duda
al hecho de tener los col-
gajos que lo constituyeron en la
base superior de implantación.

La operación fué bastante laborio-
sa y duró mas o menos 2 horas.



(18.)

Día 28. siguiente a la operacion - Temperatura 38.9 - Pulso, denso y 138 pulsaciones por minuto. Hubo algunos acúmulos en la noche, dolor de cabeza y cara, dormir mal.

En la region operada, tumefaccion y supuracion en algunos puntos de sutura de las incisiones laterales.

Se le puso una lavativa con salicilato de sodio para bajar la temperatura, lavados bucales con timol al 1% y curacion antiseptica.

Alimentacion liquida por medio de un tubo de cautchu que el enfermo succia; medio que se erupcio porque el enfermo no podia abrir la boca.

Día 29. Temperatura 38.8 - Pulso fuerte y frecuente, 132 pulsaciones por minuto.

Dolor de cabeza y cara - dormir en la noche y se movia el vientre.

Tumefaccion mayor que el día anterior en la cara, sobre todo al nivel del pterion y superior izquierdo y menton, hay mas supuracion en algunos puntos de sutura.

Tratamiento. Es del día anterior. A las 9 horas se cortaron algunos puntos de sutura, donde era mayor la supuracion y se colocaron pequeños tubos de drenaje.

Alimentación - Como el día anterior.
Julio 30 - Temperatura $38\frac{1}{2}$. Pulso fuerte y acelerado, 120 pulsaciones por minuto. La tumefacción de la cara es menor. El aspecto de la región es rojo al nivel de las suturas y vistosa la Larter correspondiente al Septum colli inferior.

Hay dolor de cabeza en la nuca, la supuración es menor. El vientre es un poco más blando.

Tratamiento - El mismo anterior, se le da vaselina harsicata en vez de yodofornada.

Alimentación - La misma.

Julio 31 - Temperatura 37.9 . Pulso fuerte y 108 pulsaciones por minuto. La tumefacción de la cara menor, la misma que la supuración, el collar triangular continúa de con estos viscosos.

El enfermo se siente bien; mejor humor y apetito también; no se ha movido el vientre.

Tratamiento - El mismo, menos la lavativa con salicilato de soda.

Alimentación - La misma.

Ago 1.º - Temperatura 37.8 . Pulso fuerte, 92 pulsaciones por minuto.

Continúa disminuyendo la supuración y tumefacción de la cara.

Se espaceló el segundo colgajo inferior, no se ha movido el vientre

Tratamiento - El mismo anterior

Alimentación - La misma

Punto 2. Temperatura 37.8. Pulso regular, fuerte y 92 por minuto

Estado general bueno.

La respiración disminuye, la misma la temperatura que es insignificante.

Hay asfisia comunicada de la cavidad local con el exterior, al nivel del colgajo triangular que se expone. El vientre se mueve una vez.

Tratamiento El mismo anterior

Alimentación - La misma

Punto 3. Temperatura 37.9. Pulso regular, 82 pulsaciones por minuto

Estado general bueno.

Estado local. Se quitaron todos los puntos de sutura. Licatizándose por primera vez la mayor parte de las incisiones laterales, excepto los puntos de sutura que supuraron; además licatizándose por primera vez la parte superior de la sutura media de los dos colgajos laterales, excepto la inferior, al nivel donde se interpuso el segundo colgajo inferior que se espaceló y después se perdió la sustancia triangular, de base inferior y canto de

cines centímetros de ancho, por este punto sale la salina de la cavidad bucal.

En la parte superior de la sutura media se estrangula en punto de sutura, dejando a este nivel una pequeña escotadura.

El labio inferior permanece sin levantarse.

La tumefacción de la cara desaparece completamente, pero queda aún un poco de enflaquecimiento.

Aforo 4. Temperatura $37^{\circ}1$ Pulso regular, fuerte, 76 pulsaciones por minuto. Estado general bueno. Local, sigue mejor. Tratamiento. Se mantiene los labios de la herida ocupados por una pedaza de tela emplástica.

Alimentación; la misma anterior. Aforo 5. Nada en el mismo estado que el día anterior. No se ha movido el vientre.

Aforo 6. Temperatura $37^{\circ}4$ - Pulso regular y 78 pulsaciones por minuto. Estado general bueno.

Local. Es mismo que el día anterior. Tratamiento - El mismo y agua con azúcar. Alimentación la misma.

Aforo 7. Temperatura $37^{\circ}2$ - Pulso regular y 86 pulsaciones por minuto. Estado general - bueno. Local sigue mejor, mejoramiento en los puntos



que no habian cicatrizado.

Tratamiento El mismo y tomas con
nitrate de plata sobre los marmelones
exuberantes

Alimentacion - La misma.

Ago 8. Temperatura $37^{\circ}2$. Puls.
regular y 65 pulsaciones por minuto.

Estado general bueno. Estado local, sigue
bueno. Se pusieron yodoformo, sobre las heridas
en lugar de vaselina y se trató de bajar el
hilo por medio de tijeras o de tela empla-
stica que se dejaron ahí colocadas.

Alimentacion - La misma.

Ago 9. Temperatura 37° . Pul-
so lento, regular y 64 pulsaciones por
minuto.

Estado general bueno. El enfermo res-
ponda de sus pocas dormiditas con facilidad
a la noche, pero duerme bien y el apetito
está bueno. Estado local, sigue bien,
la supuracion es casi nula, la cicatriza-
cion avanza poco a poco.

Tratamiento - El mismo del día an-
terior.

Alimentacion - La misma.

Ago 10. Temperatura $36^{\circ}8$ - Pulsos
regulares y 70 pulsaciones por minuto.

Estado general bueno. Estado local. Bue-
no, mejorando la comunicacion que exis-
te de la cavidad bucal con el exterior.

El enfermo siente al ingerir líquidos en
señal por dicha pérdida de resistencia.

Tratamiento y alimentación - los mismos.

Aforo 11 - Temperatura $36^{\circ}9$ - Pulso
regular y 64 por minuto.

Estado general y local como el día
anterior - No se ha movido el vientre.

Aforo 12 - Temperatura $36^{\circ}8$ - Pulso
regular y 66 pulsaciones por minuto.

Estado general y local como el día an-
terior - No se ha movido el vientre.

Tratamiento y alimentación - los mismos.

Aforo 13 - Temperatura $36^{\circ}8$ - Pulso
regular, 68 pulsaciones por minuto.

Estado general y local como el día ante-
rior. Tratamiento - El mismo y un

vaso de agua de Jorras

Alimentación - la misma.

Aforo 14 - Temperatura $36^{\circ}9$ - Pul-
so regular, 68 pulsaciones por minuto.

Estado general - bueno - Local - Se
refuerza en las partes laterales es decir
la, en la parte central, la pérdida de res-
tancia ha disminuido y esta cubierta
de mamelones carnosos correspondien-
tes a la mayor parte a la unión de las
arcas inferiores - El labio ha bajado
algo y la unión bucal se reinterforma
entre las arcas dentarias, volviendo a
la masticación se ha retirado, de modo que



el enfermo puede mascar suavemente la cual le ha permitido comer una pedazo de pan suado y un trozo de ave.

Tratamiento El mismo y trozo de tela emplástica para unir tambien los labios de la herida de succion.

Alimentacion - Se ha comido con un poco de azúcar.

Dícto 15. Rodó como el día ante-rior, excepto que se movió el miembro.

Dícto 16. Temperatura 36.8. Pulso regular y 62 pulsaciones por minuto. Estado general, bueno - local - Con los trozos de tela emplástica el labio ha bajado y los puntos inferiores están más libres. La respiración muy poca.

Tratamiento - El mismo.

Alimentacion La misma y un poco de carne suada.

Dícto 17. Como el día anterior.

Dícto 18, 19 y 20 - Sigue bien se-ñalado, el vientre se ha movido. Estos 2 días sin necesidad de purgante.

Tratamiento - El mismo y un poco de succion.

Alimentacion La misma -

Dícto 21, 22, 23, 24, 25 y 26.

El estado general no deja nada que desear - Estado local - La cicatrización se ve hecha en todas partes excepto al nivel donde se espasmo el flegmón.



(281)

asiento hay de una fistula por donde sale
continuamente la saliva y los alimentos li-
quidos al tracheal. Siempre el labio es-
ta demoroso elevad y tuvo que insistir
al enfermo sobre la boca sin de mas me-
dida muy limitada.

Los ganglios que antes de la ope-
ra existian infectados han desapa-
recido completamente.

Tratamiento. General y locales bucales
con tinct. al. y opo., ademas un pequeño
apósito sobre la fistula.

Alimentación. Con amonina anterior.

En este estado continuó durante el mes
de Setiembre, Octubre y parte de Noviembre, sin
otra lesión que la fistula que existia y me-
dida en su diámetro transversal, que era el
mayor 2 centímetros y sin otra mole-
stia que la elevación del labio nuevamente
formado causó tambien la limi-
tación de los movimientos masticatorios.

Se esperaba la modificación de los tejidos
que en la región vecina a la fistula exis-
tían para proceder a hacer una nueva
operación que sirviera al enfermo de los
trastornos anteriores.

Esta se llevó a cabo el 20 de Setiem-
bre de 1884 practicada por el doctor San-
cristobal y previa la anestesia cloro-
formica. Anestesia en salas en el

gajo inferior en forma de lengua, resaca-
do al mismo tiempo la unión de la fis-
tula que estaba en parte adherida al al-
veolo correspondiente.

Se desligó el colgajo y se suturó.
Día 21. Temperatura $37\frac{1}{2}$. Glándula
limpia, repuso un trozo de fago y se
deformada entre el labio y la encía para
evitar la unión de las partes cruentas.

Tratamiento. Hinción antiséptica

Oficinas - teñido con antioxiante.

Diciembre 22. Temperatura $37\frac{1}{2}$.

Estado general bueno. No se ha movido el
vientre, se le dio una pildora purgante.

Estado local. Bueno - con ligero transpa-
rencia.

Diciembre 23. Estado general y local como
el día anterior.

Diciembre 24. Estado general bueno. Local
se ha algo que decaer. Al nivel de la
parte media de la sutura ~~se~~ estrangula
de un punto de sutura y por ~~donde~~ sale
algo de saliva.

Diciembre 26. Algo de respiración y en
la línea media se ha abierto bastante
la herida, de modo que hay amplia
comunicación de la cavidad bucal con el
aire exterior. Temperatura $37\frac{1}{4}$. No se
ha movido el vientre.

Diciembre 28. Temperatura - Normal

Estado general bueno - La fistula ha me-
do a constituirse por masas que auto y
con tendencias a la cicatrizacion; y un
mo hordes cubiertos de flegmon masas blancas,
lo mismo que el fondo.

El estado general del enfermo ha su-
do su estado excelente y la fistula ha ido cic-
trizando poco a poco hasta quedar redu-
cida a una de 1/2 centimetro cuando
se la hizo alta, como puede observarse
en la fotografia que adjunto.

El enfermo se fue el 9 de Enero de 1895.

Anatomia patologica

Una vez extirpado el tumor disminuy-
o de volumen, aflojandose mas, lo
mismo de consistencia y luz mas
blanda, la coloracion roja oscura.

El peso del tumor fue de 150 grs.
años.

Al corte dió poca sangre y sangro
ba el corte de un hazo.

Hecho el examen microscopico
en lo cual he sido ayudado corten-
mente por el Dr. Pizarro fue
el examen microscopico en la vi-
sion y que se puede observar en
las laminas coloreadas que son
la copia fiel de alguna de las pre-
paraciones microscopicas que hice
para el estudio anatomia patologica.

que acompaño a mi memoria.

La piel falta en la region ulcerada, presentandose en el resto del tumor a delgazada, sin foliulos pilosos, pero si con glaudulas sebaceas y sudoriparas; las papilas no notan aumentos de volumen y los vasos que las separan estan mas profundos que en su estado normal (lam. I).

En la parte ulcerada (lam. II) encuentro mas un numero considerable de tejido embrionario, vasos sanguineos en abundancia y tejido conjuntivo, con algunas celulas de tej. conjuntivo y bastantes fibros; ademas algunos que se estan asociando con tejido conjuntivo.

Los vasos que estan en considerable proporcion, dilatados y sus paredes afectadas de un proceso de endarteritis como se puede ver en la lamina. III.

Con esto termino el trabajo que tengo el honor de presentar a vuestra consideracion como tema de mi memoria para optar el grado de licenciado en Medicina y Farmacia.

Edmundo Jaramillo M.

