

tención, muestra: ausencia de elementos biliares; ausencia de elementos hidáticos.

Dominada la infección, remontado el estado general, persiste el obstáculo coledociano, por cual se reinterviene.

2.ª operación, Setiembre 23 1932 (Prof. Navarro).—El Prof. Dévé presencia la operación. Vesícula no distendida. Colédoco enorme, parece una vesícula biliar, tenso. Incisión de este conducto que da salida a bilis y membranas hidáticas que, apretadas en el canal, saltan cuando fué incindida la pared. Exploración hacia arriba y abajo del colédoco no muestra obstáculo. Cavidad del quiste muy reducida. Se abre la vesícula, que contiene poca bilis sin elementos hidáticos. Drenaje de la vesícula. Tubo de Kehr en el colédoco.

Post-operatorio: Buen drenaje coledociano. Drenaje vesicular escaso, nulo a partir del 27 Setiembre. Sin embargo, ictericia y coluria se mantienen. Tránsito coledociano libre el 4 de Octubre (11 días después de la operación) y apirexia. Nuevo ascenso térmico en los días siguientes, por derrame pleural derecho serosanguinolento, que se hace días después purulento. Pleurotomía el 26 de Octubre. Apirexia inmediata y definitiva. Se retira el tubo del colédoco el 29 de Octubre. Fístula al nivel del drenaje coledociano, que da salida a pus con intermitencias hasta cierre definitivo el 6 de Junio de 1933. Persistencia de dispepsia tipo hepático con dolores en las cicatrices operatorias, por lo cual ha reingresado dos veces al Servicio. Estado de nutrición satisfactorio.

En suma: Quiste hidático abierto en vías biliares con evacuación hidática y obstáculo coledociano. Angiocole-hepatitis. Ictericia con retención. Quistostomía y colecistostomía conjuran la situación grave, pero persiste el obstáculo coledociano. Coledocotomía a los 53 días. Persistencia de la angiocole-hepatitis, que sólo cede a los 11 días. Pleuresía purulenta derecha. Pleurotomía. Curación operatoria. Dispepsia prolongada.

Quiste dentífero del maxilar inferior.

Por los doctores D. LAMAS y C. M. BARBEROUSSE

Historia clínica. Wlademiro Angel M., uruguayo, de 12 años de edad, ingresa al Servicio de Clínica del Prof. Prat el 20 de Noviembre de 1933 por una tumoración del maxilar inferior.

Antecedentes personales y familiares: Sin importancia.

Enfermedad actual: Desde hace 3 o 4 meses nota que en el maxilar inferior, del lado izquierdo, le aparece una tumoración que, deformándole la cara, crece hacia afuera alcanzando el tamaño de una nuez grande, que tiene en el momento actual. No ha sentido ningún dolor, salvo ligera molestia a la masticación.

Examen: Enfermo en muy buen estado de nutrición. Apirético. A la inspección se nota sobre la cara externa de la rama horizontal izquierda del maxilar inferior una tumoración redondeada, a contornos poco netos, levantando las partes blandas, que no presentan ninguna modificación. A la palpación se constata que forma cuerpo con el maxilar, al que adhiere íntimamente, de consistencia dura, pero deprimible.

indolora, sin infiltración ni adherencia a los planos superficiales. Pequeño ganglio duro, móvil, en la región submaxilar del mismo lado.

Cavidad bucal: No hay trismus. Se constata que falta el segundo molar inferior en ambos lados. No hay caries dentarias. Al tacto intrabucal se nota que la tumoración se forma a expensas de la tabla externa, que parece soplada, siendo la interna normal. El límite superior de la tumoración y la cara externa del maxilar presentan una sensación de crepitación apergamizada neta, sin dolor. Mucosa sin modificaciones. En el resto del maxilar, lo mismo que en la boca, no se encuentra nada anormal. Examen general sin particularidades.

La radiografía (Dr. Pelfort) permite ver una gran cavidad quística que incluye la corona del segundo molar inferior izquierdo.

Intervención, 22-XI-933 (Prof. Prat. Ayud. Pre. Prat).—Desinfección con yodo.



Fig. 1.—Radiografía de perfil del maxilar mostrando la cavidad quística ocupando la rama horizontal y en cuyo fondo hace saliencia el molar.

Anestesia local a la novocaína al $\frac{1}{2}$ % del vestíbulo, a nivel de la saliencia de la cara externa de la tumefacción. Incisión oblicua de la mucosa gingival de arriba a abajo y de atrás hacia adelante; sangra bastante. Se toman los bordes con pinzas y se decola esta brecha hasta poner ampliamente al descubierto la cara externa del maxilar. Expuesta ésta con separadores de Farabeuf se punciona. Sale líquido claro y aparece una membrana gruesa; es la membrana epitelial de recubrimiento de la cavidad quística. Con espátula se desprende completamente, trayendo con ella la molar incluída. Limpieza de la cavidad con gaza. Taponamiento con dos gazas simples. Las gazas son retiradas a las 24 horas, dejando otra pequeña. Post-operatorio normal.

Examen anatómico de la pieza.—Macroscópico: Incindida en cruz, la pieza tiene una forma cuadrilátera, de unos cinco centímetros de lado; reconstituyéndola tiene el tamaño de una nuez mediana. En el centro presenta un molar perfectamente constituido, cuya corona hace saliente en la cavidad quística, y cuyas tres raíces, pequeñas y como limadas, sobresalen apenas de la cara exterior de la pared quística. La superficie interna de la pared quística, brillante y mamelonada, es bastante re-

gular; su superficie externa es más irregular, no pulida, con focos hemorrágicos, pero sin presentar ninguna parte destruida. Pared delgada, espesor no superior a dos milímetros. Adhiere sólidamente al contorno de la corona dentaria.

Microscópico: La pared quística está constituida por un estroma conjuntivo joven, muy vascularizado y con focos hemorrágicos; recubierto de un epitelio poli-estratificado pavimentoso con algunas formaciones papilares. Su pared exterior no recubierta de epitelio está desgarrada y hemorrágica, correspondiendo a su débil adherencia al hueso. No se observan células embrionarias.

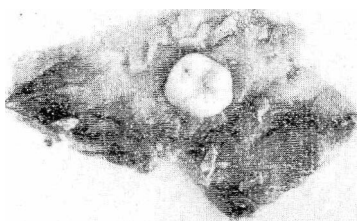


Fig. 2.—Cavidad quística vista por dentro, en el centro de la corona del molar.

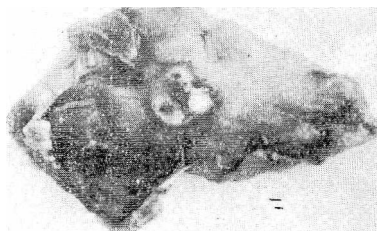


Fig. 3.—Cavidad quística vista por fuera, en el centro de las raíces del molar.

Nuestro caso constituyó un ejemplo típico de quiste dentífero del maxilar inferior y es por ello que lo hemos traído a esta Sociedad.

Presenta signos clínicos, radiológicos y anatómo-patológicos perfectamente característicos.

Del punto de vista clínico era un tumor a marcha lenta, indoloro, sin adenopatía que llamara la atención, sin adherencias al tejido ambiente, soplando la rama horizontal del maxilar a expensas de su cara externa y con falta de un molar.

Es todo lo que se precisa para hacer diagnóstico de tumor benigno, quístico, de origen dentario. El tamaño y la crepitación apertuginada confirmaba esa suposición.

Diremos, del punto de vista diagnóstico, que no se pudo pensar en un tumor maligno del maxilar dado que éstos son particularmente dolorosos y modifican no poco el tejido que los rodea, especialmente las encías que toman un aspecto edematoso y cobrizo. Nada de eso sucedía en nuestro caso.

La eventualidad de un quiste surgía, pues, con toda evidencia; no podía tratarse de un quiste multilocular, ya que éstos son muy grandes y lobulados. Dentro de los quistes uniloculares el dentífero debía llevar todos los sufragios: para ser un yuxtadentario le hacía falta la dentadura completa, y para un quiste radicular tenía exceso de tamaño y falta de la carie que debe acompañarlo.

Por otra parte, la radiografía es de lo más elocuente: gran cavidad quística asentando en la parte posterior de la rama horizontal izquierda del maxilar y en cuyo fondo está implantado el molar, cuya corona hace saliencia en la cavidad. Las raíces del molar se presentan en la radio visiblemente rudimentarias.

La conducta terapéutica no podía ser otra que la extirpación completa del quiste, cuya pieza presentamos. El enfermo evolucionó perfectamente.

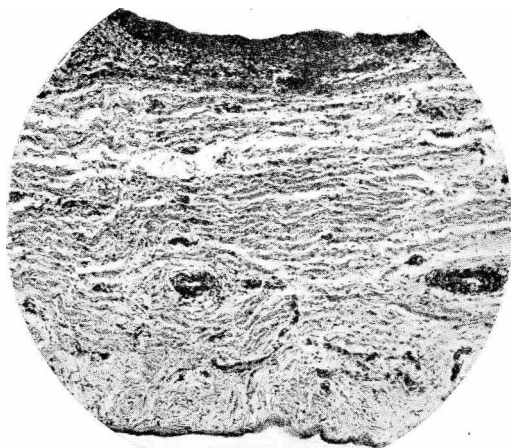


Fig. 4.—Corte histológico de la pared del quiste (1:60). Se ve el epitelio pavimentoso, plano, estratificado asentando sobre una base de tejido conjuntivo joven.

El examen de la pieza que mostramos nos eximen de mayores comentarios.

Deseamos significar nuestro reconocimiento al Prof. Prat, que nos ofreció gentilmente este caso para su presentación.

Fracturas de epitroclea con interposición articular

Por el doctor R. V. CANTON

Las fracturas de la epitroclea con interposición articular distan de ser excepcionales. Así lo dice Monchet en su rapport a la Sociedad de Cirugía de París, en 1928, a propósito de un caso de Grimault, complicado con parálisis del cubital.

Monchet había tenido ya ocasión de tratar 10 casos. Y agrega: "lo