3026

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# CONSIDERACIONES

SOBRE

# EMPIEMAS DEL SENO MAXILAR

TESIS PARA EL DOCTORADO

POR

RODOLFO HITA

Ex-interno por concurso del Hospital Militar, Rawson y San Roque

BUENOS AIRES

—

LIBRERÍA CIENTÍFICA DE A. ETCHEPAREBORDA, TACUARÍ 359

1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# CONSIDERACIONES

SOBRE

# EMPIEMAS DEL SENO MAXILAR

TESIS PARA EL DOCTORADO

POR

RODOLFO HITA

Ex-interno por concurso del Hospital Militar, Rawson y San Roque

BUENOS AIRES

LIBRERÍA CIENTÍFICA DE A. ETCHEPAREBORDA, TACUARÍ 359

1898

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento.)

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

| | | |
|---|---|---|
| Decano | Doctor | Enrique E. del Arca |
| Vice-Decano | » | Pedro Mallo |
| Académicos Titulares | » | Leopoldo Montes de Oca |
| » » | » | José T. Baca |
| » » | » | Rafael Herrera Vegas |
| » » | » | Pedro Mallo |
| » » | » | Jacob de Tezanos Pinto |
| » » | » | Eufemio Uballes |
| » » | » | Juan R. Fernandez |
| » » | » | Enrique E. del Arca |
| » » | » | Pedro N. Arata |
| » » | » | Manuel Blancas |
| » » | » | Roberto Wernicke |
| » » | » | Pedro Lagleyze |
| » » | » | José Pena |
| » » | » | Luis Güemes |
| » | » | Eliseo Cantón |
| Académicos Honorarios | » | Ernesto Aberg |
| » » | » | Pablo Marenco |
| » » | » | Eduardo Wilde |
| » » | » | Martín Spuch |
| » » | » | Telémaco Susini |
| Seeretario Titular | » | Luis M. Acuña |
| Pro-Secretario | » | Zenón Aguilar. |

# ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas | | Catedráticos titulares |
|---|---|---|
| Anatomía descriptiva | Dr. | Juan José Naón |
| Anatomía topográfica | » | Juvencio Z. Arce |
| Histología teórico-práctica | » | Rodolfo de Gainza |
| Fisiología general y humana | » | Pedro J. Coronado |
| Patología general y ejercicios clínicos | » | Roberto Wernicke |
| Materia Médica y Terapéutica | » | Justiniano Ledesma |
| Higiene pública y privada | » | Melitón G. del Solar |
| Patología externa | » | Obdulio Hernández |
| Patología interna | » | José Penna |
| Anatomía patológica | » | Telémaco Susini |
| Bacteriología | » | Carlos Malbran |
| Medicina Operatoria | » | Adalberto Ramaugé |
| Enfer'des de mujeres y Clínica Ginecológica | » | Enrique Bazterrica |
| Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica | » | Manuel Blancas |
| Enfer'des de los ojos y Clínica Oftalmológica | » | Pedro Lagleyze |
| Enfermedades nerviosas y su Clínica | » | José M. Ramos Mejía |
| Enfermedades mentales y Clínica respectiva | » | Domingo Cabred |
| Clínica Quirúrgica | Dres. | Julián Aguilar<br>Antonio C. Gandolfo<br>Alejandro Castro |
| Clínica Médica | » | Abel Ayerza<br>Gregorio N. Chaves<br>Luis Güemes<br>Francisco Sicardi |
| Obstetricia y Clínica respectiva | Dr. | Samuel A. Molina |
| Medicina legal | » | Eduardo M. Perez |
| Enfermedades Génito Urinarias | » | Federico Texo |
| Toxicología | » | Juan B. Señorans |
| Química aplicada á la Medicina | » | Pedro N. Arata |
| Química Analítica | » | Atanasio Quiroga |
| Física médica | » | Jaime R. Costa |
| Zoología médica | » | Eliseo Cantón |
| Enfermedades venéras y dermatología | » | Baldomero Sommer |
| Botánica Médica | » | Martín Spuch |
| Laringología, otología y rinología | » | Eduardo Obejero |
| Farmacia teórica | » | Juan A. Boeri |
| Farmacia práctica | » | J. Manuel Irizar |
| Botánica farmacéutica | » | Adolfo Mujica |
| Obstetricia para alumnas parteras | » | Juan R. Fernandez |
| Odontologia | » | Nicasio Etchepareborda |
| Dentistería operatoria | » | Leon Pereira |

*A la memoria de mi Padre*

*A mi madre*

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Aunque el punto de que voy á ocuparme no es una novedad, ni es la primera vez que se trata ante vosotros, sin embargo la circunstancia de haber observado varios casos de sinunitis insólitas tratados con feliz éxito y la de poder agregar á los de mis predecesores nuevas consideraciones anátomo patológicas que dan la clave de la tenacidad con que á veces estas se presentan, me han decidido á elegirlo como tema de mi tésis inaugural.

He contado para abordarlo con vuestra benevolencia y antes de abandonar estas aulas quiero expresaros mi reconocimiento por los preceptos que me habeis inculcado y que me servirán de norma en la práctica de mi carrera profesional.

Deseo también hacer presente mi gratitud hácia el Dr. Obejero por su extrema bondad, facilitándome casos de su clínica para mis observaciones y por sus oportunas indicaciones que son el fruto de una vasta é ilustrada experiencia.

---

## ANATOMIA

—

No entraré en el estudio descriptivo del maxilar superior, quiero solamente hacer notar algunas particularidades anatómicas, sobre las que á mi juicio no se ha llamado bastante la atención y que tienen gran importancia, pues, explican el porqué algunos catarros del seno curan con la mayor facilidad y otros son rebeldes á todo tratamiento.

El senò maxilar tiene variaciones de volúmen y de forma según la edad, sexo, y hasta en el mismo individuo, difiere á veces, de un lado á otro.

Adquiere completo desarrollo en la pubertad, apareciendo antes que los otros senos pudiéndose yá distinguir en un feto de seis meses.

Sus paredes son más espesas en el jóven que en el adulto y es más grande en el hombre que en la mujer.

En ciertos casos el seno está dividido por tabiques, á veces incompletos, completos otras como en el de la observación II.

Las relaciones del seno maxilar son particularmente importantes con el seno frontal.

El Dr. ¡Raffo en su tésis sobre el Empiema del maxilar dice que existen en la pared interna del seno, dos orificios de comunicación. El uno es constante y está situado en la parte interior en el infundibulun y el otro no es constante pero cuando existe, está situado cerca de la parte media del canal ó meato medio.

El infundibulun es un conducto ó más bien un canal que existe por debajo de la extremidad anterior del cornete medio, en el punto en que ésta extremidad se inclina directamente hácia la bóveda de las fosas nasales, poniendo en ámplia comunicoción el seno frontal con el meato medio.

Constituye en su conjunto un surco redondeado que abraza la eminencia del promontorio y en el fondo se percibe por debajo y adelante un orificio alargado ó redondeado que conduce al seno del maxilar.

Tillaux ha observado que, si se inyecta un líquido en el seno frontal, en lugar de correr hácia el meato medio pasa en su mayor parte al seno maxilar.

Meeke describe un pliegue de membrana mucosa debajo de la abertura común, dando cuenta de esta manera de lo mismo que describe Tillaux.

El Dr. M. H. Cryer en una comunicación hecha en el año 1896 dice que es muy posible que el líquido penetre en el seno maxilar desde

el seno frontal, pero no habla de la íntima relación que existe entre los dos.

El Dr. Harrison en un estudio publicado en el Dental Cosmos habla de la infección del seno maxilar en los casos de empiema frontal pero no dá mayores datos.

J. H. Bryam en la Transactions of the American Laryngological Association 1895 menciona la existencia de una comunicación entre los dos senos pero la considera como una anomalía que se observa de vez en cuando.

Dwight profesor de la facultad de Harvard habiendo observado conjuntamente con el doctor Fillebroun, varios casos de empiemas del seno maxilar y frontal, trataron de ver si existía una relación íntima entre dichos senos, suponiendo que el infundibulun tuviera alguna relación directa con el seno maxilar y que por lo tanto su secreción pasara directamente á él. Examinaron detenidamente ocho casos en el museo anatómico de Harvard, y ellos vieron que el infundibulun en lugar de terminar en el meato medio continuaba como la mitad del tubo y este semitubo terminaba directamente en la abertura del seno maxilar.

Esto sucedía en los ocho ejemplares y en siete de ellos había un repliegue de la membrana mucosa que servía de continuación al proceso unciforme y extendiéndose hacia arriba obstruía el orificio y formaba un bolsillo que efectiva-

mente prohibía el derrame del seno frontal en el meato hasta que el seno maxilar y el bolsillo estuviesen repletos.

El profesor Dwight más tarde en otra comunicación que hizo y que se relaciona con sus observaciones anteriores, agrega que habiendo examinado prolijamente las relaciones del seno maxilar con las del frontal, está convencido que el infundibulun se abre directamente en el antro y que la abertura común de los dos en el meato medio, está prácticamente demostrada por el lado interior del infundibulun.

Zuckerkandl después de dar una descripción detallada de la constitución de la pared externa de las fosas nasales; habla de la comunicacion del seno maxilar, de los huesos que extrechan dicho orificio, de la apofisis etmoidal del cornete inferior que divide el hiatus maxilar en dos orificios uno anterior (inferior) y otro posterior, recubierto los dos por una mucosa, propone el nombre de fontanela nasal inferior para una y posterior para la otra.

En otra parte de su obra estudia las relaciones del hiatus semilunar con los senos frontal y maxilar y se expresa así: á este propósito diremos que la hendidura semilunar no conduce directamente á estos espacios pneumáticos pero representa el orificio de una excavacion (de un meato) del etmoides del cual la profundidad depende de la anchura de la apófisis unciforme. Los autores franceses

designan con Boyer esta encavación con el nombre de infundibulun y es ahí donde se encuentran solamente los orificios del seno frontal y maxilar.

Se ocupa después de la relación del canal frontal indicando que se encuentra colocado en la parte antero-superior del infundibulun. Esta parte se ensancha ligeramente, es mucho menos profunda que la región posterior y presenta en su extremidad, que forma un ángulo redondeado, un orificio oval, el orificio frontal.

Además de esto habla de los orificios accesorios del maxilar descripto por primera vez por Giraldez y llega á la siguiente conclusión:

Que el orificio accesorio del seno maxilar tiene una importancia práctica.

1º Por este orificio los procesos inflamatorios de la mucosa nasal ganan más fácilmente que de costumbre la mucosa del seno maxilar.

2º La oclusión de este orificio cuando es de mediano tamaño no se produce fácilmente á causa de la hinchazón de la mucosa. De esta manera la comunicación entre las cavidades nasal y maxilar se conserva aunque el orificio maxilar normal esté cerrado.

3º Los exudados pueden derramarse más fácilmente por el orificio accesorio que por el orificio maxilar constante porque está situado supercialmente sobre la pared lateral de la nariz y establece una

comunicación directa entre las cavidades nasal y maxilar.

No es lo mismo para el orificio maxilar constante.

En efecto: este orificio conduce desde luego al infundibulun y ahí es menester aún, que el líquido suba, para derramarse por arriba de los lábios del hiatus maxilar en la cavidad nasal.

He practicado córtes sagitales sobre cráneos tomados á la casualidad cortando después el cornete medio para dejar bien á descubierto el infunbulun, estando constituido por un canal bastante profundo encontrándose en su parte superior el orificio de comunicación con el seno frontal y en su parte inferior la mucosa que recubre el apófisis unciforme se continúa hácia arriba constituyendo en este punto un embudo en la extremidad del cual se halla el orificio del seno maxilar.

Después he colocado la preparación en la misma posición que tendría un sujeto en la estación vertical, é inyectando leche primero y líquidos coloreados después, se veía que el líquido corría por el canal hasta el embudo y de ahí al seno maxilar no derramándose en el meato sino cuando el seno estaba repleto.

Este líquido penetraba gota á gota viéndose salir las burbujas de aire que iba desalojando á medida que penetraba en el seno.

En seguida he hecho una contra abertura encima de la primera molar y entonces el líquido que

penetraba por el seno frontal salía por la contra abertura del seno maxilar, no habiendo caído ni una gota en el meato medio.

Fácilmente se comprende que en algunos casos esta disposición anatómica tenga una importancia práctica, y así se explica, porqué ciertos empiemas del maxilar con coincidencia del frontal son tan rebeldes al tratamiento, porque el seno frontal descarga su secreción en el seno maxilar.

Pero este derrame no se produce naturalmente en todos los casos. 1° por las anomalías que en esta región son muy frecuentes. A veces el seno frontal no desemboca en el infundibulo sino que lo hace directamente en el meato medio, en otros se obstruye el orificio del seno maxilar. 2° porque á causa de las inflamaciones, la mucosa del infundibulo y del orificio maxilar se pone tumefacta obstruyendo el paso á toda penetración de líquido.

Esto sucede á menudo pero no impide que en otros no se produzca y existiendo la relación anatómica que he indicado es lógico que en muchos casos el pus pase del seno frontal al maxilar.

Siendo la cárie dentaria considerada como una causa frecuente del empiema, las relaciones que tienen los dientes con el seno son también muy importantes.

Al examinar maxilares de adulto se vé que en muchos casos la relación del seno con el canino no es muy íntima porque lo separa una cantidad bastante considerable de tejido óseo, pero esta

relación no es la misma en el niño, de manera que puede realizarse en este lo que parece poco probable en el adulto.

En un niño de cinco meses el canino permanente no está separado del seno sino por una capa ósea bastante débil. La pared inferior del seno y la superior del alvéolo están situadas sobre un mismo plano horizontal estando el alveolo colocado más adelante de tal manera que entre las dos cavidades se interpone en realidad una lámina ósea de tres ó cuatro milímetros.

Seis meses más tarde las relaciones con el seno han cambiado y en lugar de encontrarse adelante de esta cavidad, el alvéolo encuentra abajo de su parte anterior. Parece que el canino permanente ha descendido y se ha dirigido hacia atras girando alrededor de un punto fijo que es la extremidad anterior del seno, pero en realidad es al desarrollo maxilar que debe atribuirse este cambio de relaciones. El espesor del hueso no es sino de uno á dos milímetros y del lado de las fosas nasales el alvéolo no está limitado sino por una laminita ósea de manera que las tumefacciones que pueden desarrollarse en esta edad á expensas de este folículo deben buscarse del lado de las fosas nasales.

A los tres años ha guardado más ó menos la misma relación que anteriormente; pero el espesor entre el alvéolo y el seno es de cinco milímetros.

Entre el alvéolo y la cavidad bucal tres milí-

metros, separándolo un milímetro de la fosa nasal.

Parece que á medida que se aleja del nacimiento, las relaciones con el seno van siendo cada vez menores y por lo tanto va progresivamente llegando á las relaciones que tiene en el estado adulto. Sin embargo no sucede así porque á los cinco años la relación es más neta que á los tres. Una gran parte del canino permanente ha venido á alojarse debajo de la parte anterior del seno siendo el espesor de la capa ósea entre el alvéolo y el seno de dos milímetros. Entre el alvéolo y la cavidad bucal llega en algunos puntos hasta un centímetro; el folículo está separado de la fosa nasal por una capa ténue.

*Primera Premolar.* En el feto á término el primer diente en relación con la cavidad del seno es la primera premolar. Entre esta y el seno la capa ósea alcanza un espesor de dos milímetros, la pared orbitaria está separada por un milímetro y la nasal por medio milímetro.

A los cinco meses la primera premolar y el seno maxilar no están muy alejados, sin embargo la mayor parte del folículo está situado adelante de la cavidad del seno. No es más que la parte posterior del folículo la que está bastante cerca; en este punto una lámina ósea de dos milímetros separa las dos cavidades.

Más tarde á los once meses el diente está situado exactamente debajo de la extremidad ante-

rior del seno maxilar estando distante la parte más elevada de su alvéolo de cuatro ó cinco milímetros.

A los tres años estando un poco adelante de la extremidad anterior del seno la primera premolar se encuentra muy alejada. La parte que se acerca más, está separada por más de un centímetro, el canino definitivo se aloja entre las dos cavidades. El mismo hecho se presenta á los cinco años y medio habiendo conservado el tejido óseo intermediario el mismo espesor.

A los siete años la primera premolar queda separada del seno por el canino.

Resulta que la primera premolar que al principio tenía relaciones bastante íntimas con el seno se vá alejando sucesivamente para no guardar relación ninguna más tarde.

*Segunda Premolar.* Las dos premolares están en relacion con el seno en el niño á término, al nivel del segundo lo separa del seno una pared ósea de dos milímetros. El tejido óseo que separa las dos cavidades mide exactamente un milímetro y medio, á los cinco meses se encuentra en relación bastante íntima arriba y adentro con el seno maxilar, adentro con la fosa nasal, abajo con la boca.

Las paredes óseas son muy delgadas cediendo por consiguiente á la menor compresión debida á colecciones líquidas ó tumores.

A los once meses existe la misma relación.

A los dos años la capa de tejido óseo ha aumentado el doble.

A los tres años se observa la misma relación que con la primera premolar; es decir que se ha alejado del seno existiendo una interposición de cuatro ó cinco milímetros de tejido óseo. Pero á partir de esta época no se observa ese alejamiento progresivo que hemos notado anteriormente, sino que queda estacionario guardando más ó menos la misma relación á los seis años, pues la capa de tejido óseo en ésta época es de cuatro milímetros.

De ésto resulta que la primera premolar alejándose del seno maxilar pierde todas sus relaciones con el seno y la segunda premolar después de haberse alejado ligeramente queda estacionaria guardando sus relaciones con el seno.

*Primera Molar.* A los seis meses el folículo está abierto hacia el borde externo del maxilar separándolo del seno una capa ósea de un milímetro; á los once meses el fondo del folículo dentario se ha acercado del seno, en lugar de un milímetro y medio hay un milímetro.

El tabique que separaba á los cinco meses el folículo de la fosa nasal ha conservado su espesor; hácia fuera se encuentra limitada por una lámina ósea de tal manera que la abertura dirigida anteriormente hácia el exterior mira ahora hacia abajo.

A los dos años la lámina ósea que separa el seno del folículo tiene el espesor de un milímetro.

Hemos visto que á los tres años y medio la segunda premolar se había alejado algo del seno maxilar, con la primera molar no pasa lo mismo, apenas se separa del seno y los cortes efectuados en esta edad muestran que el tejido óseo que los separa está reducido á dos hojas sin tejido esponjoso y son tan ténues que no oponen ninguna resistencia á la invasión de los tumores de la primera molar. Una lesión de la primera molar (kiste ó tumor) en esta edad debe fatalmente interesar el seno seno maxilar.

A los cinco años la capa de tejido óseo entre las dos cavidades alcanza el espesor de un milímetro y medio.

A los siete años las raíces de la primera molar divergen estando cada una distante del antro de Higmoro de cinco á seis milímetros alojando en su intérvalo la segunda molar.

*Segunda Molar.* Es á los dos años y medio que recién se encuentran algunas relaciones del seno con la segunda molar. El folículo en esta edad está situado debajo de la parte posterior del seno habiendo una capa de tejido óseo de cuatro á cinco milímetros que se interpone entre los dos.

Más tarde á los cinco años el folículo de la segunda molar se ha acercado al seno, siendo la distancia que separa estas dos cavidades de un milímetro. Por consiguiente una colección líquida ó tumor que se desarrollara á expensas del folículo

invadiría el seno maxilar porque la capa de tejido óseo que la separa es muy débil.

La tercera molar se encuentra detrás del seno y bajo el punto de vista de la distancia que la separa, está en las mismas condiciones que la segunda molar.

Trataré ahora de hacer algunas consideraciones sobre la relación del seno con los dientes en el adulto; tomaré para mi estudio un hombre de 25 años que ha alcanzado por consiguiente su completo desarrollo.

Existen cuatro dientes que están en relación con el seno maxilar que son: la segunda premolar y las tres molares mayores. La distancia que las separa del seno es pequeña, esta distancia es, para la segunda premolar de un milímetro y medio, de dos milímetros para la primera molar mayor, es decir, su raíz antero externa, y de un milímetro para la segunda molar. La muela del juicio cuando á esa edad aún no ha hecho su erupción se encuentra alojada detrás del seno maxilar.

Sin embargo estas relaciones de los dientes con el seno no son absolutas porque en algunos casos las raíces de otros dientes penetran hasta el mismo seno.

En un caso operado por el Dr. Etchepareborda penetró en el seno por el incisivo lateral, lo que prueba que en casos excepcionales todos los dientes pue-

den tener con el seno relaciones más ó menos directas.

Tremoureaux indica como punto de elección para la perforación del seno el alvéolo de la primera premolar. Bourgeois sostiene que la lámina de tejido óseo que separa la segunda premolar del seno es más delgada y aconseja esta vía. En fin siendo la relación muy variable lo mismo es seguir la vía de la primera molar como la segunda premolar siendo preferible cuando la operación esté indicada extraer la más enferma.

En general la relación de los incisivos con el seno son bastante lejanas, están situados delante bajo la extremidad anterior del seno. El primero está á veinte y ocho milímetros y el segundo á veinte milímetros

Entre el canino y el hueso se interpone una capa de veinte y dos mílimetros.

La primera premolar está á dos centímetros de distancia. Existen pues en el adulto cuatro dientes alejados del seno, los dos incisivos, el canino y la primera premolar, mientras que hay otros cuatro que son muy vecinos.

Entre estas dos categorias no hay ninguna transición, la primera premolar no afecta con el seno ninguna relación, la segunda premolar no está separada más que por una lámina delgada.

## SINTOMATOLOGIA

—

Los síntomas iniciales del empiema son muy variados, á veces se limitan á los de una inflamación simple, con dolor sordo y profundo que se extiende á la cara y á la frente, otras veces hay sensibilidad en la mejilla con un poco de fiebre y alteraciones generales; en algunos casos los dolores son muy agudos, vivos, lancinantes, como en las neuralgias. Estos signos faltan generalmente, apercibiéndose el enfermo de su afección por la salida del pus al sonarse, ó bien por el mal gusto que siente por la mañana debido á que, el pus por la posición horizontal en que ha permanecido el enfermo, se ha derramado en las fauces.

Ciertos autores señalan la distención del seno por el líquido, pero si bien es cierto que á veces esto puede suceder como lo describiré en la observación VI en la cual existía una exoftalmía debido á una enorme colección de pus, en la mayoria de los casos esto es excepcional.

Una vez constituida la enfermedad, se presentan otros signos mucho más importantes para el diagnóstico que son:

1° Unilateralidad de la piorrea. La unilaterilidad es debido á que la mayoria de los empiemas son unilaterales, mientras que las afecciones de la mucosa nasal son dobles. La supuración de un solo lado puede hacer sospechar una afección del seno, pero no es signo seguro, porque puede ser bilateral y responder á un doble empiema.

En otros casos de empiema no se presenta el pus en las fosas nasales, debido á que el proceso inflamatorio ha producido la adhesión de los lábios del orificio maxilar impidiendo el derrame, como sucedió en la enferma número VI en la época en que los dolores eran muy intensos. Un cuerpo extraño puede producir la supuración de un solo lado, como en el caso de una niña que habiendo sido tratada en el público durante un año se le encontró después un clavo de botín en la pared externa de la fosa nasal. La extracción del clavo hizo cesar la enfermedad.

Una necrosis sifilítica lo puede producir en las mismas condiciones.

2° La intermitencia del derrame. Esto es debido á que en virtud de la posición del orificio del seno maxilar, al inclinarse el enfermo. el pus sale cuando existe en bastante cantidad. Este signo falta á veces cuando por ejemplo el pus se forma en mucha abundancia llegando á la altura del ori

ficio muy pronto y una vez llegado hasta ese punto se derrama á medida que se va formando, saliendo entonces de una manera continua.

En algunos casos de empiema del frontal con mixoma, éste puede obstruir el canal en forma intermitente dejando salir el pus cuando es vencido por la presión, siendo en otros la obstrucción definitiva como en un caso operado hace poco en el Hospltal Rawson en el que después de comprobarse la existencia de un empiema del seno con salida de pus desapareció éste á consecuencia de una oclusión completa por el mixoma.

3° Dolores infraorbitarios. Este signo es sumamente variable, Zuckerkandl dice, que se muestra en su máximo de intensidad, en los individuos que tienen las paredes del seno muy delgadas y debido á que los nervios dentarios superiores é infraorbitarios no encontrando como alojarse en el espesor del hueso están en contacto íntimo con la mucosa inflamada.

Estos dolores varían por muchas causas, por ejemplo: la suceptibilidad del individuo, vemos en la enferma número VI que se hallaba en condiciones de presentar estos síntomas, notar al principio dolor difuso en todo el cráneo y más tarde dos puntos localizados en la cara y en la nuca.

En la mayoria de los casos estos dolores no se presentan como tampoco en los senos de paredes muy espesas.

Lermoyez respecto de este signo dice que es

cosa curiosa que en los individuos atacados de empiema latente del antro de Higmoro, tengan lo más á menudo dolores supra orbitarios que infra orbitarios y esto es debido según él, no á actos reflejos, sino á la frecuente coincidencia de un empiema del seno frontal.

Hartman ha demostrado esta relación de causa á efecto.

Con una ducha de aire vacía el seno frontal haciendo desaparecer momentáneamente el dolor supra orbitario.

4° La cacosmia. Como el olor se percibe en la bóveda nasal, todas las causas que afecten á ésta producirán la abolición ó la disminución del olfato, como sucede en las afecciones del seno frontal y etmoidal, mientras que, en el empiema del seno maxilar no estando afectada esta parte, el enfermo percibe el mal olor.

Este signo que se encuentra muy á menudo, falta en ciertas ocasiones como, cuando el pus, no es fétido. Muy á menudo la fetidez es debida á la estancación del líquido y á las fermentaciones producidas por la presencia de gérmenes llevados por el aire. Haciendo desaparecer las causas productoras de esta fetidez desaparecerá también el mal olor.

En otros la presencia de pólipos y la cronicidad de la afección disminuye la agudeza olfativa como en el enfermo de la observación III en que

á pesar de exhalar un olor bastante fétido él no lo sentía.

5° La presencia de cárie en los dientes del maxilar superior.

La cárie es en algunos casos la causa productora del empiema, pero no puede contarse como un signo de gran valor; por que, tanto ó más frecuentes son los empiemas debido á afecciones nasales y también por que para que una cárie molar produzca un empiema es necesario que lo separe una capa ósea muy débil ó que sus raíces lleguen hasta el seno, no estando recubierto más que por la mucosa. Por que la proporción de empiemas del maxilar no corresponde á la de los sujetos afectados de caries molares.

6° La presencia de pus en el meato medio.

Es un signo de bastante valor. Al examen rinoscópico se encuentra una cierta cantidad de pus en el meato medio, si se limpia, generalmente reaparece al poco tiempo; pero se sabe que en el meato medio desemboca el seno frontal, etmoidal y maxilar y es muy difícil poder apreciar cual de los orificios es el que suministra el pus.

7° Existen muy á menudo mixomas en los orificios del seno, tanto, que para algunos autores su presencia es considerada casi como un síntoma.

En la observación I y III existen mixomas y en uno de los casos es evidente que han sido la causa productora del empiema. Pero si se consi-

dera la cantidad de enfermos que acuden á los consultorios, se ve, que es considerable el número de mixomas sin empiema. En los empiemas no es de extrañarse la presencia de los mixomas existiendo una causa irritante contínua.

Además de estos signos tiene mucho valor el de Frankel.

Si se hace el examen rinoscópico, se nota pus en el meato medio, se limpia éste con cuidado, se espera un momento; si la supuración no aparece, se indica al enfermo que incline fuertemente la cabeza hacia delante, manteniéndola dos ó tres minutos en esta posición incómoda.

En seguida se hace levantar la cabeza examinando nuevamente el meato medio; si el pus ha aparecido en bastante cantidad después de esta posición, es lo más probable que salga del seno maxilar; mientras que si no se produce en estas condiciones es debido á que sale de alguna de las otras cavidades.

Le Dentu agrega: que en ciertas ocasiones el pus es muy espeso no siendo el orificio bastante grande para darle salida. Aconseja entonces dilatarlo depositando en el meato medio una solución de cocáina al 10 %.

Bajo su influencia los tejidos se retraen y el orificio del antro de Higmoro se ensancha encontrando el pus una salida fácil.

El pus en el meato medio puede proceder del seno frontal, maxilar ó etmoidal, pues bien en

la posición vertical el orificio del seno frontal y etmoidal están en el punto declive, de manera que, el líquido producido por estos senos se irá derramando á medida que se forme, mientras que esto no se producirá en el seno maxilar por que su orificio está colocado en un punto muy alto. Al hacer inclinar la cabeza la relación de los orificios cambia, el del seno frontal y el etmoidal que anteriormente se hallaban en un punto declive se encuentra por su nueva posición muy elevado y el pus que se forme ó existía no podrá salir, mientras que el del maxilar que se encuentra en un punto declive derrama el pus del seno en el meato.

Este signo es bastante bueno en la práctica, especialmente cuando el enfermo ha estado mucho tiempo de pié, porque entonces el pus del seno frontal se ha derramado casi todo y el del maxilar se ha acumulado y por poca que sea la inclinación saldrá. Esto no es completamente seguro pudiendo faltar en algunos casos, como cuando el enfermo estornuda ó se suena muy fuerte haciendo salir casi todo el pus contenido en el seno. Neuman hace la siguiente indicación para que se llegue á provocar el signo de Frankel, es necesario que á medida que el pus salga del seno maxilar, el aire exterior pueda entrar para reemplazarlo y esto no se producirá sino cuando el orificio es muy grande ó cuando existe el accesorio de Giraldez haciendo contra abertura.

Si el orificio principal es estrecho y único el pus no puede salir sino poco á poco rechazado por el exceso de presión producida por la misma acumulación del pus, no pudiéndolo hacer salir á voluntad por los cambios de posición.

La iluminación del seno ó signo de Hering es otro de gran valor que fué considerado en un tiempo como signo seguro de empiema.

La exploración se hace en una pieza oscura introduciendo en la boca una lamparita construida especialmente con ese objeto y montada sobre un baja lengua. Una vez introducida, se hace cerrar la boca, la cara se ilumina por transparencia con una claridad marcada al nivel de los párpados inferiores bajo forma de dos semilunas de un rojo vivo contrastando con la penumbra de las regiones malares.

Le Dentu observa que la transparencia puede ser constatada por el enfermo mismo. Si durante el examen cierra sus párpados sin esfuerzo, obtiene del lado sano una percepción luminosa que falta del otro. La luz ha impresionado la retina á través el piso de la órbita.

Según Hering si sobre una de las mejillas se nota una mancha oscura, aún, en ausencia de otro signo, se puede diagnosticar la presencia de un empiema.

Para evitar al enfermo las quemaduras es menester introducir la lámpara apagada encendiéndola una vez colocada recomendándole evite todo

movimiento de deglución que la llevaría al contacto del paladar; se apaga antes de retirarla.

A este signo se han hecho muchas objeciones: 1° que los dos senos maxilares siendo siempre más ó menos asimétricos en una misma persona deben en estado normal iluminarse desigualmente.

2° La mejilla puede permanecer oscura sin que el seno correspondiente encierre pus. A veces el pus falta totalmente y la oscuridad es debida sea al espesor excesivo de la pared misma, sea á la presencia en la cavidad de un tumor sólido. En otros el pus existe pero la oscuridad persiste aún después de la evacuación, excelente prueba dice Litwith que demuestra que la no transparencia observada no es debida á la existencia del abseso.

3° La mejilla puede iluminarse aunque el seno correspondiente encierre pus.

Sin embargo dice Lermoyez que no hay que condenar demasiado el signo de Hering. Se han hecho publicaciones sobre los errores á que ha dado lugar y no se ha juzgado interesante hacer conocer continuamente las observaciones afirmativas.

Este signo es de gran valor como lo confirman muchos observadores, sosteniendo que en muchoe casos en que no se obtiene, es por falta de algunas precauciones que se deben tener en cuenta.

Es menester tener según los casos una intensidad luminosa variable lo que es muy fácil conseguir.

Es necesario que el poder iluminativo de la lámpara no sea muy intenso. Es un escollo señalado por Vohsen.

He aquí lo que sucede. Se introduce la lámpara en la boca, iluminándose una mejilla más que la otra, se duda sobre el valor de la experiencia, aumentándose la intensidad de la luz, la cara se ilumina, deduciendo de ahí la no existencia de pus. Se hace una punción y dá pus; ésto prueba acaso que el método de Hering sea malo? de ninguna manera, esto prueba simplemente que no se sabe aplicar; la luz ha sido tan fuerte que el pus se ha dejado atravesar por ella. Pero si en lugar de aumentar la intensidad luminosa se hubiera disminuido de uno ó dos volts la tensión de la corriente, la diferencia de luminosidad de las dos mejillas hubiera hecho constatar netamente la presencia del empiema.

Lermoyez contesta á las objeciones que se hacen al signo de Hering diciendo; que estas se apoyan sobre un número de hechos muy limitados.

Que la asimetría de los senos maxilares á pesar de ser un estado anatómico normal, no es lo habitual, Zuckerkandl no lo señala sino en un cuarto cuando más de los casos observados y rara vez la asimetría es bastante marcada para que el clínico la pueda tomar en consideración y si es cierto que teóricamente la puede dar, no se ha demostrado que prácticamente sea así.

A la otra objeción que los tumores pueden dar

los mismos signos sostiene que esos casos son muy aislados y por lo excepcional no vendrian de ninguna manera á destruir su valor.

Respecto al hecho que se suele observar de oscuridad del seno después de evacuado el pus lo considera como un hecho interesante debido á antiguas sinunitis en la cual la mucosa se ha hecho espesa, infiltrada de neoformaciones óseas y esta mucosa habiendo aumentado quince ó veinte veces su espesor forma una muralla interpuesta á los rayos luminosos. Varias veces una abertura del seno por la fosa canina ha permitido comprobar este hecho.

Hay más; á medida que bajo la inflencia del tratamiento la afección se atenúa y la mucosa vuelve á su estado habitual, la transparencia aparece progresivamente para hacerse normal el día que la supuración desaparece, importante elemento que hay que tener en cuenta para el pronóstico. Pero en todos los casos en los que sea el pus ó la mucosa enferma los que dán la oscuridad de la mejilla, el resultado semeiológico es el mismo: existe empiema del seno maxilar del lado donde el signo de Hering es positivo.

En cuanto al caso donde la iluminación dá transparencia á pesar de la existencia de pus esto es debido según el mismo autor á que la investigación ha sido mal hecha no pudiéndose reprochar al método, pues el enfermo ha podido momentos antes vaciar el seno estornudando ó so-

nándose y al puncionar el seno el pus ha tenido tiempo de reproducirse.

Según Ruault cuando habiéndose sonado el enfermo ha aspirado el pus hacia su parte superior ó está en pequeña cantidad la mejilla correspondiente puede iluminarse, pero el párpado inferior forma una semiluna oscura á la cual se le ha dado poca importancia. Es necesario un empiema total para obtener una oscuridad completa de la mitad de la cara; de manera que es, en la graduación luminosa que se debe fundar el diagnóstico, en la mayoría de los casos.

Ninguno de estos signos tomados aisladamente tiene un valor absoluto pero en conjunto se puede asegurar el diagnóstico porque si bien es cierto que cada uno de ellos se presta á errores sería demasiado casualidad que todos ellos estuvieran en esas condiciones.

En algunos casos faltan casi todos estos síntomas siendo necesario para fundar el diagnóstico exacto, recurrir á otros medios que iluminan al médico dándole signos de seguridad absoluta, estos son: la punción y el lavado explorador.

Schmith, perfora el seno al nivel del meato inferior siendo la vía generalmente seguida pues, á este nivel es imposible aún por una mala maniobra lesionar algún órgano importante.

Ziem aconseja penetrar en la boca haciendo una punción en el espacio que separa la segunda premolar de la primera molar, pero esta operación es

dolorosa, necesitando un punzón para efectuarla.

Bresger prefiere entrar en el seno por el meato medio, su pared no presenta á este nivel sino una resistencia insignificante estando formado lo más á menudo por una simpe membrana, pero una punción en este punto, tiene el peligro de que la aguja penetre en la cavidad orbitaria. Zuckerkandl dice que en los casos donde la pared externa del meato medio presenta una curva exagerada confina á la órbita en casi toda su extensión.

La punción se hace con una jeringa de Pravaz á la cual se adapta una aguja curva bastante resistente para que no se rompa sobre la pared del seno y larga de cinco á seis centímetros. Se comienza por hacer un lavado antiséptico de la nariz, en seguida anestesia local por la cocaina al 10 %. Después se introduce la aguja en el meato inferior abordando la pared del seno á una distancia de tres centímetros cuando menos de la entrada de las narices. Se punza con fuerza, si la resistencia es grande se busca por medio de tanteos un punto en que sea menor, al sentirse un ruido seco es que ha pasado la pared penetrando después en el seno con facilidad.

El dolor es casi nulo, la hemorrágia insignificante.

Esta práctica tiene también sus dificultades, la pared ósea puede ser muy espesa.

Puede suceder que la punción se haga en blanco por que no se ha penetrado en el seno, la aguje

debe dirigirse oblícuamente hácia arriba y afuera, si se desvía muy adelante puede penetrar en la fosa canina, muy abajo en el tejido esponjoso del reborde alveolar, muy arriba se atraviesa la base del cornete inferior penetrando en el meato medio.

La aguja puede obstruirse por ser el pus muy espeso.

Si el seno contiene poca cantidad puede penetrar encima de la napa purulenta no aspirando sino aire.

Para evitar los inconvenientes precedentes Ziem ha propuesto el lavage explorador. Ha sido vulgarizado especialmente por Litwithz y sus discípulos.

Ziem aconseja la punción bucal interdentaria.

Litwithz emplea la perforación del meato inferior.

Encaja un trocar con cánula, quedando esta después de retirado el trocar y con una jeringa inyecta líquido antiséptico tibio. La inyección pasa por el orificio del seno maxilar y de ahí sale por la nariz arrastrando el pus que existiera en el seno. Antes de hacer el lavado explorador es menester limpiar con cuidado las fosas nasales á fin de asegurarse que el pus proviene del seno maxilar. Pero en esto también hay uua dificultad, si se lava abundantemente la nariz con el sifón, puede suceder que se arrastre el pus y si se contenta limpiar con un algodón como lo

recomienda Litwthz puede permanecer un poco en el meato medio sohre todo, si existen pólipos.

Para evitar estos inconvenientes Lermoyez emplea un método sencillo. Con un trocar curvo punciona la pared externa del meato inferior, saca el tallo del trocar, adapta á la cánula una jeringa conteniendo cuatro ó cinco gramos de líquido y lo inyecta lentamente. Al cabo de algunos instantes lo aspira observando si está ó no mezclado de pus. Gracias á este medio impide la obstrucción de la cánula, fluidifica el pus y hace subir su nivel arriba del punto puncionado.

Es por este medio que ha llegado á comprobar la existencia de empiemas latentes no sospechados, mostrando además la frecuencia relativa de los empiemas bilaterales.

Según el mismo autor si se puncionara sistemáticamente el seno maxilar en todos los individuos atacados de blenorrea nasal, se evitarían muchos casos de neuralgia facial rebelde que duran hasta el día en que por casualidad se des cubre y trata el empiema existente.

En algunos casos existe empiema del seno frontral y maxilar, haciéndose difícil el diagnóstico. Hartman dice que se reconoce su existencia cuando en la evolución del empiema maxilar se presenta un vivo dolor supra-orbitario que desaparece por una ducha de aire nasal.

## Reinfección del seno maxilar

—

La reinfección del seno, durante ó después de un empiema, es un nuevo elemento infeccioso, que viene durante el tratamiento, á aumentar la infección primera en fuerza y duración, ó á renovarla, en un terreno ya preparado, cuando la sinunitis ha terminado.

Muy amenudo las causas determinantes de la nueva infección pasan desapercibidas, sobre todo en el empiema donde solo el aumento mórbido aparece. Es necesario, que un exámen atento de los órganos vecinos, se haga constantemente, durante el tratamiento y sobre todo, antes de la oclusión del hiatus artificial.

Las reinfecciones pueden dividirse según el período durante el cual se declaran en:

A. Reinfecciones durante el tratamiento.

B. Reinfecciones después de la curación.

A. Las reinfecciones durante el tratamiento se producen bajo la influencia de las causas más diversas que son en el órden etiológico.

a. La irritación directa.

b. La propagación de vecindad.

c. Un estado patológico general.

a. Las irritaciones directas, son causadas por el tratamiento mismo. Lo más amenudo los botones carnosos que se forman en la fístula del seno bucal, son desgarradas durante las maniobras operatorias tales como los sondajes, lavados, insuflaciones, la permanencia de los tubos de drenage y la masticación.

A veces la nueva infección es debida á la poca antisépsia que los enfermos descuidan, atenidos á que el seno supura. Y sobre este punto es necesario insistir, recomendándoles no introduzcan en la fístula cuerpos extraños, como escarbadientes, etc. Numerosos casos de reinfección, desgraciadamente muy frecuentes, son debidos á estas causas.

Courtois en su obra titulada el dentista observador 1775 cita dos observaciones. Higmoro uno de reinfección producidas de esta manera:

b. Las reinfecciones por propagación son las más numerosas.

Por órden de frecuencia se agrupan las reinfecciones de orígen.

1°. Nasal, 2°. Dentaria, 3°. Bucal.

1°. Recordemos respecto á las reinfecciones por la vía nasal que la mucosa que tapiza el seno maxilar está en comunicación directa con la del meato medio teniendo el mismo tejido anatómico

y algunas relaciones fisiológicas semejantes (según Sappey).

La propagación es pués muy fácil y tanto mayor cuanto el terreno está ya preparado.

Entre las causas de orígen nasal citemos en primer lugar el coriza que dá al empiema una reinfección sub-aguda de comienzo brusco. De la mañana á la noche el enfermo experimenta al nivel del seno una incomodidad; la nariz correspondiente parece completamente obturada, los síntomas iniciales de la infección reaparecen generalmente más atenuados, el síntoma principal es el estado del pus que es más claro, amarillento, casi límpido pero en cantidad considerable.

El coriza es más tenáz y la rinorrea desde luego igual se acentúa del lado del empiema.

Las epistasis pueden provocar, cuando el tratamiento no se efectúa diariamente, la reinfección por la descomposición de depósitos sanguíneos en el seno.

El rapé en algunos inveterados lo provoca por la irritación contínua que produce en las cavidades nasales.

Todas las afecciones, todas las irritaciones nasales influyen sobre el empiema y se observan casos en que éste se cura después de la estirpación de un pólipo.

2°. Los dientes pueden por su posición anatómica anormal con relación al seno, afectarlo cuando son atacados de cáries penetrantes ó mortificación

de la pulpa y es prudente si la afección ha tenido por causa un diente, extraerlo lo mismo que á todos los afectados del mismo lado. La cura por soluciones desinfectantes, no puede dar buenos resultados y si las raíces están en contacto directo con el seno los medicamentos antisépticos empleados pueden por su mayor ó menor causticidad causar una irritación perjudicial al tratamiento y aunque la mejoría se obtenga, existe un empiema en estado latente, que no espera más que una alvéolo periostitis dentaria para declararse. Pero no es necesario exagerar las ablaciones y se las debe circunscribir á los dientes cuyas raíces están enfermas y en relación directa con el seno por su posición anatómica. Sin embargo es bueno tener presente de que se citan casos en que los caninos y los grandes y los pequeños incisivos han ocasionado empiemas. Esto es anormal y sumamente raro y por lo general se debe limitarla á las pequeñas y grandes molares.

3°. El contagio por la vía bucal, es siempre debido como lo he dicho ya al ocuparme de las reinfecciones directas, á la costumbre que tienen ciertos operadores de dejar el antro de Higmoro en comunicación con la boca sea por la fístula abandonada á sí misma, ó por un drenage que permite la introducción de líquidos sépticos de la boca en el seno, durante los movimientos fisiológicos de la deglución, en las grandes inspira-

ciones nasales ó en el segundo tiempo del estornudo.

Dubois en su manual de cirugía dentaria dice: que es primordial para detener las colecciones purulentas del seno, satisfacer estas dos condiciones: asegurar el derrame de los líquidos patológicos é impedir la penetración de partículas alimenticias en la cavidad y aconseja un drenaje con un tubo de tres milímetros.

Cartaz critica esto porque si bien se impide así que partículas alimenticias penetren en el seno no sucede lo mismo con la saliva que lo puede hacer fácilmente. Aconseja á su vez una obturación hermética y para la salida del pus cuando se forma en cantidad, es suficiente retirar durante algunos instantes, varias veces al día.

c. Un estado patológico general. Las infecciones de órden general tienen siempre una repercusión sobre los fenómenos mórbidos locales cualquiera que estos sean, aumentando su agudeza ó duración. La sífilis, la tuberculosis, el tabes, la diabetes, la albuminuria son causas de infecciones, de órden general, de formas especiales y recidivantes, sea por la formación de sifilomas, de tuberculomas, necrosis parciales sobre las paredes del seno ó más simplemente, un estado de inferioridad en los fenómenos vitales.

B. Reinfecciones después de la curación

Las reinfecciones después de la curación completa, son raras, pués es menester separar toda nueva infección y no clasificar entre las infec-

ciones aquellas que no están unidas por relaciones íntimas al pasado patológico del seno ; de otra manera se caería en el absceso simple del seno teniendo un proceso mórbido independiente de sus antecedentes infecciosos. Las reinfecciones después de la curación son de dos causas.

d. Reinfecciones por la no obturación del hiatus artificial.

c. La migración progresiva.

d. Como en el intérvalo de los lavados es útil que el hiatus esté obturado para impedir la infección, es absolutamente indispensable cerrarlo de una manera definitiva y completa después de la curación y en este caso ningún aparato protelico por exacto que sea no podrá satisfacer á las exigencias de impermeabilidad necesaria. Esto se obtiene con una sutura si el orificio es pequeño ; la autoplastia, si la pérdida de sustancia es más considerable.

e. Reinfecciones por emigración progresiva.

Esta reinfección es ocasionada por la regresión de la infección de un diente vecino, infección pasiva al empiema primitivo.

El accidente de vecindad se produce cuando una anomalía pone en relación sea por raíces muy largas, sea por un antro muy grande la extremidad radicular de un diente con la membrana mucosa del seno. Esta membrana que durante el curso del empiema primitivo contiene

gérmenes patógenos, infecta la terminación vásculo-nerviosa de la raíz emergente.

Contaminado el apex, que así se llama la extremidad radicular, es menester un tiempo relativamente largo para que la pulpa se mortifique y para que el fenómeno emigrativo regrese y repercuta sobre el antro.

La lentitud de este fenómeno regresivo es debido 1° á que hay más bien denutrición lenta del nervio que mortificación porque el elemento nutritivo tiene trabas para su llegada á la pulpa, 2°. á que el tratamiento antiséptico hecho en el seno disminuye una parte de la virulencia al gérmen patógeno migrativo, en fin se puede decir como conclusión etiológica que ésta reinfección no puede tener lugar sinó:

1°. Cuando anomalías radiculares de los dientes vecinos hacen llegar sus raíces al interior del seno.

2°. Cuando una infección prévia cuyo largo tratamiento ha permitido infectar la terminación nerviosa de estas raíces determine una mortificación lenta de la pulpa.

3°. Cuando el poussé regresivo de la infección dentaria pasiva, se produce despues de la curación de el empiema y de la obturación del hiatus artificial.

Se puede concluir que las reinfecciones en general son infecciones secundarias pasivas ó inflamaciones vecinas que vienen por su elemento

infeccioso á aumentar el estado mórbido ya existente.

Estas inflamaciones vecinas pueden ser evitadas ó disminuidas.

Evitadas si concurrentemente al tratamiento empleado del seno los órganos vecinos (cavidad nasal y bucal) son diariamente desinfectados y alejando toda causa irritante.

Disminuida cuando son combatidas á medida que aparecen, para esto es necesario prevenir al enfermo de todas las causas de reinfección que pueden sobrevenir durante el empiema y exagerándolas aún para que tome el mismo, los cuidados higiénicos y las precauciones necesarias para evitarlas.

## PRONÓSTICO

El pronóstico del empiema del seno maxilar es por lo general benigno pues son raros los casos fatales. Luck en su estadística cita uno, pero en este caso el empiema era frontal y maxilar. La muerte se produjo á consecuencia de complicaciones cerebrales de manera que deben estas imputarse al empiema frontal y no al maxilar.

Más que trastornos físicos, el empiema los ocasiona morales, pues cuando su curación se prolonga persistiendo la supuración influye poderosamente en el ánimo de los enfermos repercutiendo de esta manera sobre la salud, pues pierden el apetito, las digestiones se alteran, etc.

Es un ejemplo de la influencia que ejerce lo moral sobre lo físico.

Es difícil predecir la curabilidad del empiema que depende de muchas causas.

Cartaz establece una distinción entre los catarros agudos simples comparables á un absceso caliente y las supuraciones crónicas de orígen an-

tiguo, diferenciando los resultados terapéuticos en ambos casos, curando fácilmente el primero y eternizándose el otro. Esto mismo es reconocido por la mayoría de los autores, sosteniendo que un empiema es tanto más curable cuanto más reciente es.

Las consecuencias del empiema son nulas salvo raros casos como en la enferma núm. VI en que la pérdida de la visión es casi segura.

Con las reservas indispensables según los casos y á pesar de ser muy pocos los puntos de guía para establecer el pronóstico, de una manera general se puede decir que el empiema cura en uno ó dos meses.

## TRATAMIENTO

—

Una vez diagnosticada la afección, se tratará si es posible, de reconocer la causa productora de la enfermedad pues existen muchos casos en que separada la causa se obtiene una curación sin necesidad de recurrir á otra indicación. Así vemos que en la observación núm. I, después de extraer el mixoma, se cura el empiema, volviendo el enfermo al año siguiente con otro empiema del lado opuesto en las mismas condiciones. Se aplica idéntico tratamiento obteniéndose el mismo resultado. En este caso sin los resultados del tratamiento hubiera sido muy difícil asegurar que los mixomas fueran realmente la causa productora de la enfermedad, pues esta enferma tuvo anteriormente un catarro nasal, que pudo infectar el seno y producir secundariamente el mixoma como consecuencia de la irritación constante del pus. Este caso prueba tambien la importancia del diagnóstico etiológico.

En los empiemas de orígen dentario y para esta afirmación me apoyo en la experiencia de maestros, se han obtenido curaciones con la simple extracción del diente cariado, pues el mismo proceso se ha encargado de establecer una comunicación directa que facilita la evacuación del antro de Higmoro. En los empiemas recientes de orígen dentario no es necesario la comunicación con la boca porque los enfermos curan. Basta la extracción.

En la observación núm. III de un sifilítico con presencia de secuestros, indudablemente la afección es debida á estos que obran como cuerpos extraños. El tratamiento empleado en este caso es el específico á dósis intensa y la extracción de los secuestros.

Le Dentu al hablar de los empiemas dice que es menester mencionar como terminación, desde luego la curación espontánea. Esto es posible en los empiemas de aparición rápida como los que complican la influenza, la erisipela de la cara, y también como ya lo he dicho sobre todo para las sinunitis de orígen dentario.

Pero la mayor parte de las veces la causa es díficil encontrarla ó suprimirla, en estos casos la mucosa se encuentra en estado anormal por los diversos procesos inflamatorios siendo necesario dirigir el tratamiento con el objeto de modificar dicho estado. Para ello la primera indicación necesaria consiste en la evacuación del pus.

Tres procedimientos permiten la entrada en el antro; estos procedimientos son antiguos pero algo modificados actualmente.

El procedimiento de Jourdain por la vía nasal, el de Cowper por el alvéolo y el de Desault por la fosa canina.

Jourdain apoyándose en la anatomía de las fosas nasales sostenía las ventajas de la vía nasal y efectuaba el cateterismo del antro.

Este procedimiento ha sido seguido después por varios autores, Killiam, Schiffers, Bayer. Este autor ha propuesto ensanchar la abertura nasal del seno por medio del galvano-cauterio. Hartman ha hecho construir una sonda para los lavajes que es muy conocida y lleva su nombre. Jurasz (D'heidelberg) usa una sonda de doble corriente. Delbet para introducirla dá la siguiente regla: Se penetra en la fosa nasal siguiendo su límite anterior dirigiendo el pico hácia atrás (primer tiempo). Cuando la sonda es detenida por la salida del cornete medio se levanta horizontalmente el mango del instrumento y su pico se desliza en el infundíbulo (segundo tiempo). Llevando entonces el mango de la sonda hácia el tabique el pico penetrará en el antro de Higmoro (tercer tiempo).

Este método es díficil; para efectuar el catetesrismo se necesita un poco de habilidad, siendo más díficil aún dilatarlo por medio del cauterio como lo propone Bayer.

Será muy difícil que el enfermo en vista de

estos inconvenientes se haga por sí mismo los lavados necesarios y seguramente no tendrá la constancia de acudir diariamente á la casa del médico á efectuarlos como el tratamiento lo requiere prolongándose por esta causa la curación.

Miculiez ha propuesto una modificación á este procedimiento: la punción. Se funda en que el orificio para la salida del pus debe estar en un plano inferior y que sea fácilmente abordable lo coloca á la entrada de las fosas nasales.

El manual operatorio de este procedimiento ha sido descrito anteriormente; Haré notar aquí solamente, algunas variantes Krause lo ha modificado empleando el trocar. Tornwaldt hace la perforación por medio de un pequeño trepano. Schmit hace á un mismo tiempo la aspiración.

En aquellos casos en que para hacer el diagnóstico es necesario practicar una punción, se podrá una vez reconocida la afección, beneficiar este orificio agrandándolo para la evacuación del pus.

En algunos casos en que la pared osea es muy resistente Cartaz emplea la fresa con el torno de Morrison, reconociéndole cierta dificultad por la dirección que hay que dar al trépano.

Como se han señalado hemorragias y fisuras oseas causadas por la punción, Moure para evitar estos inconvenientes recurre al galvano-cauterio.

Con este método se han obtenido algunos resultados cuando el empiema es de orígen nasal.

El procedimiento de Cowper es decir la aber-

tura bucal es el seguido por la mayoría de los operadores.

Como frecuentemente sucede que existen caries dentaria y como esta es muy á menudo la causa primordial del empiema, una vez extraído el diente que origina el mal no queda sino muy poco para llegar hasta el seno.

Ciertos autores dan la preferencia á este método en todos los casos, aún fuera de toda carie.

Al hablar de la anatomía del maxilar he indicado ya que la molar que se extrae es generalmente la segunda premolar ó la primera molar mayor. Una vez efectuada la extracción con un perforador se trata de llegar hasta el seno: generalmente la cantidad de tejido oseo que hay que atravesar es pequeña, sin embargo á veces el espesor del tejido óseo suele ser considerable. Se puede usar un perforador pequeño al principio, agrandándolo después con otro mayor ó usar exclusivamente uno grande. Hay que tener la precaución de inclinarlo un poco hácia adentro pues si se lleva verticalmente hay el peligro de hacer salir el perforador á través el reborde alveolar; además se debe tomar con el pulgar un punto de apoyo en las otras molares porque es difícil calcular el esfuerzo necesario para la perforación del alveolo y cuando este cede á veces bruscamente, se puede atravesar el piso inferior de la órbita.

Zeim cita un caso de absceso retromaxilar y otro secundario en la mejilla debida á la penetra-

ción del instrumento á través la pared posterior del seno.

Sewlle menciona dos casos de este género en los que la arteria infra-orbitaria debió ser ligada. Se han citado casos donde la pared externa, interna y posterior han sido lesionadas.

Abierto el seno se evacúa el pus haciendo el lavado de la cavidad; las soluciones empleadas para esto, varían con cada operador siendo las más usuales el ácido bórico, permanganato, formol, etc., después algunos secan la cavidad insuflando aire caliente agregando ó insuflando en su interior polvos antisépticos, otros rellenan simplemente con gaza la cavidad.

Los operaderes alemanes usan después de la abertura del seno un lavado antiséptico recurriendo en adelante á las curaciones secas con taponamiento, práctica que se ha seguido en el caso núm. III.

En varios de los otros casos que se citan en este trabajo, se han empleado las irrigaciones de ácido bórico ó formol rellenando después con gaza la cavidad.

En algunas de estas observaciones y en varios casos que no he anotado y que han sido tratados en la clínica del Dr. Etchepareborda se ha usado el siguiente procedimiento: Una vez hecha la extracción de la muela afectada á travez de cuyo alvéolo se quiere penetrar emplea la máquina dentaria de Morrison. Con un cuchillo circular

saca una cierta cantidad de encía, como lo haría un saca bocados, cuando se opera en un alvéolo cicatrizado, con un foret perfora el alvéolo (todo esto se hace de una manera muy rápida) lava en seguida con una solución débil de formol inyectando después agua oxigenada; en lugar de la gaza emplea unos tapones de goma endurecida cuya longitud varía entre 3 y 6 centímetros y de un espesor suficiente para obturar el orificio; al día siguiente se saca el tapón se hace hervir, lava nuevamente la cavidad colocando el tapón y así diariamente.

Cuando la mejoría se pronuncia se disminuye el espesor del tapón hasta la supresión completa. Hay veces que á pesar de cualquier tratamiento por bien dirigido que esté no se puede obtener mejoría, para estos casos se ha propuesto el raspado ó la operación de Luck.

El raspado se puede hacer por la abertura alveolar ó por la canina. Esta vía que constituye el procedimiento de Desault, consiste en abrir el antro por la fosa canina, dá una vía ancha, declive y permite una exploración fácil y completa de la cavidad.

Se hace una incisión al nivel ó un poco debajo el pliegue gingivo labial hasta el periostio inclusive, se levanta éste quedando el hueso á descubierto se atraviesa este abriendo anchamente el seno. Adoptado por Schech de una manera casi exclusiva para los casos inveterados, es considerado por la

mayor parte de los autores como una operación á hacerse en último lugar agregando el curetaje de la mucosa.

La cureta empleada consta de dos partes: un mango en cuya extremidad superior tiene dos valvas huecas que se cierran ó abren merced á un botón colocado en su extremidad inferior; las curetas son pequeñas pudiendo usar á voluntad rectas ó curvas y que en una de sus extremidades tiene una bola que se adapta á la cavidad de las valvas para usarlo se coloca la bola de la cureta en las valvas que se cierran ó abren por medio del botón dando á la cureta la inclinación que se desea.

Después de efectuar el raspado se suele usar líquidos modificadores como solución de cloruro de zinc al 10 ‰ tintura de iodo, etc. Sus resultados son dudosos.

En la revista de laringología del 18 Luck, ha hecho la descripción de un nuevo tratamiento que le es propio fundándose en las mismas consideraciones que publicó anteriormente sobre el tratamiento de los empiemas frontales.

La operación de Luck ha sido efectuada entre nosotros con buen resultado por el Dr. Obejero.

En la comunicación de Luck á que he hecho referencia primero, entabla una discusión sobre la prioridad del método reconociéndoselo á Jeorges Cadwell que hizo una publicación sobre él en el New York Medical Yournal del 4 de noviembre de 93.

Divide su trabajo en 4 capítulos 1° Manual operatorio.

Previa cloroformisación, colocación de un separador labial y gaza interdentaria hace una incisión en el pliegue de la mucosa gingival de 15 milímetros, comenzando al nivel del incisivo lateral y llega profundamente hasta el periostio.

Reemplaza el separador labial por un curvo que levanta á un mismo tiempo el labio superior de la herida.

La pared del seno quedando á descubierto se ataca con un escoplo y martillo sirviéndose para agrandarlo de una cureta cortante.

El orificio debe tener las mayores dimensiones posibles debiendo dejar pasar fácilmente un grueso índice, hácia abajo hasta el piso del seno, adentro hasta la pared interna.

Una vez accesible el seno, se introduce una lámpara eléctrica que es indispensable (pudiéndose usar un fotóforo frontal) y se hace una limpieza por medio del raspado empleando curetas curvas con el objeto de hacer accesibles ciertos puntos que son los predilectos para las formaciones poliposas, estos puntos son: 1° la parte más retirada de la pared interna ó nasal en la vecindad del hiatus natural, 2° las anfractuosidades del piso correspondientes á las salidas alveolares de las muelas, 3° la parte externa de la pared anterior.

Efectuado el raspado se hace una inspección visual y tactil de la cavidad, cauterizando inmedia-

tamente la mucosa con un algodon embebido en una solución de cloruro de zinc al 1/5.

El tercer tiempo de la operación es la creación de un hiatus artificial y esto es, tanto más fácil cuanto más tejido óseo se haya sacado hacia adentro.

Se coloca préviamente gaza en la fosa nasal correspondiente para evitar las heridas del tabique y con un escoplo y martillo se saca una cantidad de pared interna hasta la mucosa. Se incinde ésta con bisturi y se coloca un drenaje. Después de varios ensayos Luck prefiere para esto la gaza, cuya extremidad deja salir por el hiatus artificial.

El último tiempo de la operación consiste en cerrar la abertura bucal, no ofrece este tiempo nada de particular, pues ésta se trata como una herida comun.

Indica en seguida las precauciones necesarias siendo las principales las signientes: Los lavajes del seno no deben efectuarse hasta que la herida bucal esté cicatrizada, obteniéndose esto desde el tercer ó cuarto día, desde esta época se hacen lavajes con formol al 1/2000. Si la herida está cicatrizada el líquido sale exclusivamente por la nariz, y sinó sale en parte por la boca. Si esto ocurre suspendense los lavados hasta la cicatrización.

Como la extracción de la gaza es dolorosa y más dificil efectuarla que en las curaciones ordinarias usa el siguiente artificio: tira de la extremidad que sale por el hiatus artificial sacando unos 10 cen-

tímetros, la exprime y lava con solución de formol, introduciéndola en el seno; por este medio ha notado que la gaza al retirarse al cuarto día no presentaba ninguna fetidez.

En otro capítulo trae una estadística de veinte casos operados por él y divididos.

Empiemas maxilares simple 8 casos con 8 curaciones.

Empiemas complicados de osteitis maxilar 1 caso aún en tratamiento.

Empiemas del maxilar y frontal 9 casos con 4 curaciones completas, 2 curaciones con persistencia de catarro nasal, 1 curación con persistencia de la supuración frontal, 1 curación después de dos intervenciones, 1 muerte.

Empiemas complicados con supuración etmoidal 1 curación y en el otro persistencia de la supuración.

Resulta que el tratamiento aplicado á los empiemas simples del maxilar, el éxito ha sido seguro variando el período de la curación entre tres y ocho semanas.

Llama la atención la relación frecuente de los empiemas frontal y maxilar que son 9 sobre 20. La curación del maxilar en los casos felices no ha variado sensiblemente pero de las obvservaciones concluye que, las complicaciones en cuestión sin hacer imposible la curación del empiema por su metodo, aumenta sin embargo las dificultades,

necesitando intervenciones múltiples y exponiendo á las recidivas y agrega:

El tratamiento de estas complicaciones es pues inseparable del empiema maxilar.

Como no sabe cual de los senos es el primero afectado, prefiere empezar con la operación del maxilar por la siguiente razón:

Que una vez hecho el raspado del seno fontal su cavidad se halla en buenas condiciones para una nueva infección.

En una de las observaciones tuvo una muerte por complicaciones cerebrales atribuyéndolo á que después del raspado al pasar el estilete por el seno y las narices para la colocación del tubo de drenaje penetró varias veces en el seno maxilar y al retirarlo por el frontal lo infectó y de ahi las complicaciones.

Practica pues en una misma sesión primero el empiema maxilar y segundo el frontal dejando para el final de la operación la sutura de la herida bucal.

Del resultado de las diversas estadísticas se puede concluir, que en general enlos empiemas recientes la curación es más fácil que cuando son antiguos.

En cuanto al método se debe ser ecléptico y rechazar sistematicamente un sistema con exclusión de otro, puesto que con los procedimientos más diversos se han obtenido curaciones duraderas.

Pero se puede decir que la penetración por el alveolo dentario constituye el procedimiento más empleado y para los casos ordinarios parece el más racional, observándose casos como el citado por Cartaz en que la extracción de un raigón y una inyección fueron suficientes para obtener en 48 horas la supresión del derrame siguiéndose de una cura permanente.

Para el tratamiento en general se separan las senunitis que pueden con razón ser supuestas de orígen nasal de aquellas que no pueden dejar dudas sobre el orígen dentario.

En el primer caso es bueno ensayar durante un cierto tiempo las irrigaciones simples, limpiar previamente el meato medio, sacar las produccio-nes polipoides, disminuir la inflamación de la mucosa.

No se olvidará que Garel y Nicolai han obtenido curaciones por los simples lavados, que Jelemfly ha obtenido igualmente combinando estos lavajes con posiciones variadas de la cabeza permitiendo la salida del líquido.

Pero es prudente no eternizarse en curaciones por el orificio natural. Sino se obtiene una mejoría apreciable será necesario emplear la abertura por el meato inferior. Si los dientes son por el contrario la causa de la supuración, se hará el sacrificio del diente enfermo y se recurrirá al procedimiento de Cowper.

Es útil y tanto más imperioso cuanto la supu-

ración sea más antigua hacer una perforación ancha permitiendo la entrada facil al antro. Los primeros días se harán irrigaciones con solución boricada que es la menos irritante.

El taponamiento con gaza es á veces mal tolerado contribuyendo á aumentar la inflamación, inconveniente que no tiene el tapón de goma.

Otros prefieren las insuflaciones simples que son mejor toleradas y penetran hasta las anfractuosidades.

Si la supuración persiste se podrá recurrir á otros procedimiento. Como lo hace notar Strazza en su comunicación á la Sociedad Italiana de Laringología existe para cada procedimiento 1 °/° de casos no curados en los cuales se observa la recidiva. Estos casos prueban que la simple desinfección de la cavidad no es suficiente y es necesario adoptar procedimientos quirurgicos dirigidos contra las alteraciones de la mucosa ó aquellas partes de la pared ósea que pueden estar afectadas.

El procedimiento mejor es la abertura por la pared anterior que permite el exámen minucioso con la lámpara eléctrica y un curetaje de la cavidad tan completo como sea posible.

El raspado no es siempre sencillo, suele ser dificil y sería peligroso querer penetrar mucho en los prolongamienlos que á menudo se encuentran del lado de la región orbitaria, obrando con prudencia se podrá sacar bridas de mucosa espesada,

fragmentos necrosados, tabiques fibro cartilaginosos que hacen todo lavaje insuficiente.

A pesar de todas estas variedades de procedimientos, no está uno seguro con la terapéutica mejor dirijida y cuidados asiduos de curar rapidamente estos abscesos, siendo conveniente antes de la intervención no prometer al enfermo un resultado absoluto y sobre todo en breve tiempo.

# OBSERVACIÓN I

**Empiema de ambos maxilares**

P. R. Argentina 22 años.

Se presenta al consultorio del doctor Obejero con un poco de dolor en el lado derecho de la cara, salida de pus por uno de los orificios nasales. No percibe mal olor. El exámen rinoscópico dá pus en el meato medio y mixoma en el orificio del seno maxilar.

Diagnosticado el empiema se le propone el tratamiento quirúrgico y no decidiéndose la enferma por la intervención solicita se le extraiga únicamente el mixoma. Así se hace y diez días más tarde se encuentra mucho mejor

En vista de la marcha de la enfermedad se le propone esperar algunos días más, antes de prácticarle la operación clásica del empiema que se creía absolutamente necesaria para la curación; quince días después se presenta curada no habiéndose empleado otro tratamiento que el que acabo de describir.

Al cabo de un año vuelve con los mismos sín-

tomas del lado izquierdo y se comprueba igualmente la existencia de un mixoma. Se interviene como anteriormente y se obtiene la curación en un mes.

---

## OBSERVACIÓN II

### Empiema del maxilar derecho

J. S. argentino 48 años.

Como síntomas iniciales dá la salida de cierta cantidad de pus de un lado, consecutivo según él á un catarro nasal, siente mal olor, existe el signo de Frankel, el exámen acusa la existencia de pus en el meato medio, la iluminación no dá obscuridad completa.

Se diagnostica empiema del maxilar derecho. Se interviene saeando la primera molar, perforando el alvéolo. No sale pus, se explora con el estilete la cavidad notando que es pequeña y que en la parte posterior la pared ósea es flexible; con un poco de fuerza se rompe saliendo pus, se destruye parte de la pared irrigando la cavidad con solución boricada seguida de taponamiento con gaza.

Al mes se siente mejor y sale muy poco pus. Después no se vió más al enfermo.

---

# OBSERVACIÓN III

## Empiema del seno maxilar izquierdo

M. A. 29 años español.

Los antecedentes dán sífilis datando de 9 años, mal tratada. Cuatro años después del chancro ulceración y perforación del paladar.

Hace dos años tuvo muchos dolores en el pómulo derecho que desaparecieron con el ioduro.

Cinco meses más tarde tuvo un catarro nasal notando al poco tiempo que del lado izquierdo de las fosas nasales salía pus de una forma intermitente. No sentía mal olor. Se hace examinar diagnosticándosele una rinitis. De esta manera siguió hasta hace cuatro meses que se hizo examinar nuevamente.

Se le saca parte del cornete inferior que se había necrosado probablemente á consecuencia de un goma. La secreción purulenta sigue. A pedido del enfermo se le extrae la segunda premolar que lo molestaba y apenas operada la extracción sale gran cantidad de pus fétido.

Dos meses más tarde va al consultorio del Hospital Rawson donde se observa la presencia de pólipos al nivel del hiatus natural y la exploración del seno por el alvéolo de la segunda premolar denota la presencia de secuestros.

Se hace la iluminación dando obscuridad completa lo mismo sucede con la iluminación del

seno frontal. La secreción purulenta no ha disminuido.

Se interviene con anestesia local. Por encima de la primera molar se hace una incisión de tres centímetros se perfora la pared externa del seno sacando cinco secuestros, se irriga abundantemente con una solución boricada colocando después gaza iodoformada.

Cuatro días más tarde se saca la gaza no saliendo pus, en adelante se sigue con las curaciones secas y aún mismo tiempo se hace un tratamiento mercurial intenso.

---

## OBSERVACIÓN IV

F. S. 35 años vasco.

Se presenta con dolores del lado izquierdo, derrame de pus por la fosa nasal del mismo lado, se se constata el signo de Frankel, no se busca el de Hering.

Para intervenir se saca la primera molar, se perfora el alvéolo saliendo pus, se irriga con una solución boricada, se inyecta en seguida agua oxigenada y en vez de gaza se coloca un tapon de goma endurecido, previamente desinfectado.

A los ocho días no sale pus, el enfermo retira el tapón saliéndo á los pocos días pus en abundancia.

Sigue ahora con las irrigaciones de formol en solución débil.

---

## OBSERVACIÓN V

J. S. 30 años argentina.

Esta enferma ha sido operada hace dos años en el consultorio del doctor Obejero, donde después de constatar los signos de empiema se le sacan dos raigones y la primera molar penetrando al seno por el alveolo de este último después de salir el pus se hace irrigación y tapenamiento con gaza. Le enferma creyéndose sana después de un mes abandona todo tratamiento volviendo seis meses más tarde al mismo consultorio con los síntomas de su enfermedad inicial.

Hecho el exámen se comprueba la oclusión del orificio de la primera molar, se abre este, nuevamente siguiendo el tratamiento anterior; después de dos años sigue en el mismo estado.

La iluminación del seno frontal del mismo lado dá obscuridad. Habiendo síntomas de empiema frontal, es lo más probable que éste, esté entreteniendo la supuracion del maxilar, pero la enferma no se decide por la operación.

---

## OBSERVACIÓN VI

**Empiema del maxilar izquierdo con exoftalmia**

S. P. argentina 45 años.

Después de una mojadura tuvo un catarro nasal durante un mes y medio. En esta época siente

dolores de cabeza difusos, que más tarde se localizan en dos puntos, en la nuca y en los huesos de la cara.

Derrame de pus por el orificio nasal izquierdo.

Entra al Hospital de Clínicas donde se nota además de los signos anteriores, exoftalmía con una lijera conjuntivitis y keratitis, tumefacción ligera del lado izquierdo de la cara.

El exámen rinoscópico dá pus en el meato medio y la iluminación obscuridad completa del seno maxilar izquierdo, lo mismo del frontal. A pesar de estos síntomas el diagnóstico se hace muy obscuro pensándose más bien en la existencia de un tumor.

Se hace una exploración incindiendo la conjuntiva ocular; una vez hecha la incisión se explora con el estilete el suelo de la órbita penetrando en el seno maxilar por un ancho orificio del cual sale pus.

Al día siguiente se interviene bajo anestesia clorofórmica sacando la primera molar, perforando el alvéolo por el cual sale una gran cantidad de pus. La exoftalmía desaparece. Se irriga en seguida con una solución boricada saliendo el líquido por la incisión de la conjuntiva, se tapona con gaza.

# PROPOSICIONES ACCESORIAS

1º La obscuridad del seno; no es un signo patonogmónico de empiema.

2º La curación de los empiemas maxilares rebeldes al tratamiento coexistentes con empiemas frontales no se obtendrá sino después de la curación del empiema frontal.

3º El mejor tratamiento de los empiemas maxilares rebeldes, es la abertura de la pared anterior seguida del raspado.

# BIBLIOGRAFIA


Heath. Enfermedades de los maxilares.

Tillaux. Anatomía.

Le Dentu Delbet. Clínica Quirúrgica.

Testut. Anatomía.

Archivos internacionales de Laringología etc., 1898.

El Progreso dentario, 1896, 97, 98.

Revista internacional de Odontología 1894, 95.

Semaine Medicale, 1894, 95.

Dental Cósmos, 1899.


---

Buenos Aires, Agosto 12 de 1898.

Nómbrase á los señores Académico: Dr. Pedro Lagleyze, profesor titular Dr. Eduardo Obejero y profesor suplente Dr. Pascual Palma para que constituidos en comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

P. Mallo.
*Luis M. Acuña.*

Agosto 29 de 1898.

Señor Decano:

Trancribo á continuación el acta labrada con motivo de la Tésis presentada por el ex-alumno Rodolfo Hita.

« En el local de la Facultad á 26 de Agosto « de 1898, reunidos los que suscriben encargados « de dictaminar respecto de la admisibilidad de « la Tésis presentada por el ex-alumno Rodolfo « Hita que versa sobre «Consideraciones sobre Em- « piemas del seno maxilar» resolvieron admitirla « con lo que terminó el acto. Firmados: LAGLEIZE —E. OBEJERO—P. PALMA. Firmado: *Zenón Aguilar,* Pro-secretario.

*Luis M. Acuña.*

---

Agosto 29 de 1898.

Entréguese esta Tésis al interesado para su impresión debiendo fijarse por Secretaria el día en que haya de ser sostenida.

MALLO.
*Luis M. Acuña.*