2886

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS

DE LOS

ABSCESOS DE LOS SENOS FRONTALES

TESIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

FRANCISCO BOERI

BUENOS AIRES

Imprenta, Lít. y Encuadernación La Mendocina, Callao 1062

1896

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS

DE LOS

ABSCESOS DE LOS SENOS FRONTALES

TESIS INAUGURAL

PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

FRANCISCO BOERI

BUENOS AIRES

Imprenta, Lít. y Encuadernación La Mendocina, Callao 1062

1896

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

(Art. 162 *del Reglamento de la Facultad.*

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. Don. LEOPOLDO MONTES DE OCA

VICE-DECANO

Dr. Don PEDRO MALLO

ACADEMICOS TITULARES

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca
" " Josè T. Baca
" " Rafael Herrera Vega
" " Pedro Mallo
" " José M. Astigueta
" " Jacob de T. Pinto
" " Eufemio Uballes
" " Juan R. Fernández
" " Enrique E. del arca
" " Pedro N. Arata
" " Manuel Blancas
" " Roberto Wernicke
" " Pedro Lagleyze
" " José Penna
" " Luis Guemer

SECRETARIO TITULAR

Dr. D. Luis M. Acuña

PRO-SECRETARIO

Dr. D. Zenón Aguilar

ÁCADEMICOS HONORARIOS

Dr. D. Ernesto Aberg
" " Pablo Marenco
" " Eduardo Wilde
" " Martin Spuch
" " Telémaco Susini

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan José Naón
Anatomía Topográfica	"	Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	"	Vacante.
Fisiología General y Humana	"	José M. Aztigueta.
Higiene Pública y Privada	"	Melitón Gonzalez del Solar.
Patología General y Ejercicios clínicos	"	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	"	Justiniano Ledesma.
Patología Externa	"	Obdulio Hernandez
Patología Interna	"	José Penna.
Anatomía Patológica	"	Telémaco Susini.
Medicina Operatoria	"	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	"	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	"	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	"	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su clínica	"	José M. Ramos Mejía,
Enfermedades mentales y clínica respectiva	Dres.	Domingo Cabred. B. Solari (ínterino)
Clínica Quirúrgica	Dres.	Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo.
Clínica médica	Dres.	Eufemio Uballes. Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y clínica respectiva	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina Legal	"	Eduardo M. Perez.
Química aplicada á la Medicina	Dres.	Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga.
Física Médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Zoología Médica	"	Eliseo Cantón.
Botánica Médica	"	Adolfo Mujica.
Toxicología	"	Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	"	Baldomero Sommer.
Laringología, otología y rinología	"	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	"	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	"	J. Manuel Irizar.
Obstetricia para alumnas parteras	"	Juan R. Fernandez.
Odontología	"	Nicasio Etchepareborda.

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía Topográfica	"	Avelino Gutierrez.
Histología teórico-práctica	"	Rodolfo de Gainza
Fisiología general y humana	"	Pedro J. Coronado.
Higiéne Pública y Privada	"	Enrique Revilla.
Patología General y Ejercicios clínicos	"	Ricardo Schats. Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	Enrique E. del Arca.
Patologia Externa		Angel M. Centeno. Vacante.
Patologia Interna	"	Pascual Palma.
Anatomía Patológica	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Medicina Operatoria	"	Cárlos Malbrán.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	"	José Badia Alejandro Posadas.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	"	Alfredo Lagarde.
Enfermedades de ojos y Clínica Oftalmológica	Dres.	Antonio E. Piñero. Facundo Larguía.
Enfermedades nerviosas y su clínica	"	Francisco Barraza.
Enfermedades mentales y su clínica	"	Teófilo A. Moret José A. Estevez.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Vacante. Juan B. Justo. Alejandro Castro. Diójenes Decoud.
Clínica Médica	Dres.	Abel Ayerza. Julio Mendez. Francisco Sicardi (en ejer.)
Física Médica		Vacante.
Obstetricía y su clínica	Doctor	Luis F. Vila.
Medicina Legal	"	Francisco Veyga.
Química aplicada á la Medicina		Vaóante.
Farmacia práctica		Vacante.
Enfermedades venéreas y dermatología	Doctor	Maximiliano Aberastury
Laringología, otología, rinología	"	Wenceslao Tello.
Obstetricia para alumnas parteras	"	Enrique Piotranera.
Odontología		Vacante.

PADRINO DE TESIS

Académico Dr. Telémaco Susini

Amis Padres

A mi Hermano

Dr. Juan A. Boeri

SERÍA UNA INJUSTICIA NO PONER TU NOMBRE AL FRENTE DE ESTAS PÁGINAS

A LA MEMORIA DE MI QUERIDA Y BUENA HERMANA

Vicenta B. de Vallebella

A MI CUÑADO

Cólon A. Vallebella

SENOR PRESIDENTE:

Señores Académicos--Señores Profesores:

Cumpliendo con un deber reglamentario vengo á someter á vuestra consideración este trabajo, para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirujía.

Si bien es cierto que él no encierra ninguna novedad científica, no lo es menos, que hoy viene á fomentar un estudio del que poco aún se han ocupado los autores.

Con los adelantos que ha experimentado la cirujía, hoy día, se abrevia la duración de ese mal y se evitan en gran parte las complicaciones á que pueden dar lugar las prolongadas y copiosas supuraciones de los senos y que obligan á llevar una vida de reclusión por meses y aun por años á los desgraciados atacados de esa afección.

Mi preocupación constante durante estos últimos años, fué de seguir paso á paso, todos los estudios de los maestros de la ciencia en este punto, aprovechando también los conocimientos que nos trasmitía nuestro ilustrado ca-

tedrático el Doctor Eduardo Obejero; pero he debido abandonarlos últimamente y limitarme á los que ahora expongo, pues mi espíritu abatido y doblegado ante la inmensa desgracia que le domina, me lo impide y me veo obligado á presentaros los que tenía desde tiempo atrás, en preparación.

Debo, al terminar, una palabra de agradecimiento á mi ilustrado maestro el Dr. Obejero, quien con sus consejos y sabias lecciones me ha ayudado en la preparación de mi tesis, así como á mi distinguido maestro el Dr. Telémaco Susini, que me honra con acompañarme en este momento.

ESTUDIO

DE LOS

ABSCESOS DE LOS SENOS FRONTALES

Y

SU TRATAMIENTO

HISTORIA

Las afecciones de los senos frontales no han sido estudiadas por los antiguos, pues su anatomía no era conocida aún de Hipócrates, quien al tratar de los senos se refería exclusivamente á los maxilares, siendo recién á principio del siglo XVII que se encuentran algunas nociones de dichos senos.

El primero que escribió sobre las enfermedades de aquellos senos, es, según Lauzet, Berengario de Carpi y

posteriormente Palfin quien las describió bajo el nombre de senos superciliares.

El primer caso de absceso frontal, ha sido observado y estudiado en el año de 1725 por Nicolai, alumno de Haller, quien refiere que un oficial que había recibido una herida de espada en la región frontal, sufría constantemente dolores en aquella región y que á consecuencia del tratamiento á que se le sujetó y que consistía principalmente en tópicos violentos que producían fuertes y contínuos estornudos, expulsó por los conductos nasales una gran cantidad de pus y trajo como consecuencia la curación del enfermo.

Más adelante en 1750, Runge presenta un estudio sobre estas afecciones, dedicándose principalmente á lo referente á los senos maxilares, siendo Richter quien hace un estudio más acabado en su obra titulada "*De Morbis Sinuum frontalium.*' Otros trabajos fueron presentados pero ellos nada adelantan y reducen el tratamiento á tópicos más ó menos enérgicos y á polvos estornutatorios. Es recién á principios de nuestro siglo que se han hecho estudios profundos respecto al tratamiento de los senos frontales, que han modificado completamente los medios de curación que estaban antes en boga, por la errónea idea que tenían los antiguos de aquella región y así vemos que en 1836 Riberi, cirujano de Turín, opina que la intervención debe ser más activa y que la cirujía debe ocupar el primer puesto, creyendo por consiguiente que

la misión del cirujano debía limitarse á restablecer la vía obliterada, es decir el conducto nasal.

Este tratamiento, como tendremos ocasión de verlo en el capítulo correspondiente, ha sido seguido con las modificaciones y precauciones que nos exigen los conocimientos que tenemos hoy día sobre la bacteriología.

Anatomía y Fisiología

Anatomía.—¿Qué son los senos frontales?

Los senos frontales, según Tillaux, son dos cavidades que se encuentran situadas en la parte anterior é inferior del hueso frontal, por encima y por fuera de las cavidades nasales y por encima y dentro de las órbitas.

Para Blumenbach, los senos frontales se pueden comparar á una pirámide triangular, cuyo vértice se encuentra colocado en la parte ascendente del hueso frontal y su base en la región de pasaje entre la lámina y el techo de la órbita y la excavación de la parte nasal del frontal.

Esta cavidad se encuentra dividida en dos partes por un tabique colocado verticalmente; su pared interna, es lo más amenudo lisa, estando algunas veces sembrada de crestas óseas, que lo mismo que las del seno maxilar, pueden dar origen á pequeñas cavidades; la cara esterna de la pared anterior forma un rodete por encima de la parte nasal, del lado de las dos arcadas superciliares, la

lámina interna del seno, cierra por su cara posterior la fosa craniana anterior.

De todas las paredes del seno frontal, la anterior es la más gruesa, y la más débil, la inferior u orbitaria, explicándose por este hecho que un empiema de esta cavidad ejerza principalmente sobre ella su acción y haga su salida por el ángulo interno del ojo.

El volumen del seno es muy variable, según Bouyer su capacidad media es de cuatro centímetros cúbicos, pero las excepciones á esta regla son muy numerosas, y si en algunos sujetos se encuentran estas cavidades muy desarrolladas, en otros no son sino espacios virtuales, explicándose por esta razón que las eminencias supraorbitarias no sean igualmente desarrolladas en todos los casos.

Los senos no existen en los primeros años de la vida y su desarrollo comienza recién en la edad de la pubertad.

Los senos frontales según la teoría antigua y admitidas por Sappey, se forman por un desdoblamiento del frontal á expensas del diploe entre las dos tablas del hueso, mientras que otros pretenden que su formación se debe al desdoblamiento de las tablas mismas del hueso, principalmente á la interna.

La comunicación de los senos frontales, con las fosas nasales se hace por medio de un canal en forma de embudo, llamado infundíbulum, el que se abre en la parte anterior y superior del meato medio, siendo sus dimensiones sumamente variables.

Los senos se encuentran tapizados por una mucosa rosada y delgada que no es más que una continuación de la pituitaria, según unos autores es muy poco adherente á los huesos subyacentes, sucediendo lo contrario según otros. Esta mucosa es poco vascular y las ramificaciones nerviosas son muy poco desarrolladas; se encuentra tapizada por un epitelio provisto de pestañas vibrátiles, dotadas de un movimiento que se ejerce de dentro á afuera; en su parte profunda presenta una capa fibrosa que llega muchas veces á la osificación, carácter que le asemeja á la mucosa de los otros senos.

Sappey ha descubierto en ella glándulas en racimo, en número variable, de forma globulosa y que segregan mucus.

Los vasos arteriales que bañan la región son las ramas de la oftálmica, es decir la frontal externa, la supraorbitaria y la nasal; las venas que emanan de esta región se derraman en la preparada, la oftálmica y en la vena del agujero ciego; los ramitos nerviosos que animan la mucosa son suministrados por el frontal externo y el interno.

Fisiología

¿Qué rol fisiológico desempeñan estos senos en la economía?

Diversas opiniones han sido emitidas respecto á su funcionamiento y me limito á exponer las dos que más se admiten.

Según Kuss los senos son aparatos destinados á facilitar la resonancia de la voz y á multiplicar la superficie donde se calienta y humedece el aire inspirado.

Para Berard, los senos servirían para facilitar la llegada del aire en las fosas nasales y por consiguiente la penetración de los olores y su acción sobre las terminaciones olfativas por medio del siguiente mecanismo: la inspiración produciría la rarefacción del aire en las fosas nasales donde se precipitaría entonces el aire contenido en los senos bajo una tensión mayor; durante la expiración el fenómeno sería inverso, es decir la corriente se precipitaría de las fosas nasales á los senos donde el aire se

mantiene rarificado. Este movimiento continuo y equilibrado de las corrientes, traería como consecuencia la acción permanente de las partículas olorosas.

Como se ve los dos grandes fisiologistas dan diversas interpretaciones al rol que desempeñan en la economía los senos frontales.

Otros autores se han ocupado igualmente del estudio de esa región, pero sin arribar á conclusiones que nos expliquen el verdadero papel que juegan en la economía, lo que nos induce á pensar que hasta ahora no se ha emitido al respecto la última palabra y que talvez nuevos estudios é investigaciones nos revelen más adelante el fin que llenan esas cavidades.

Etiología

Las causas que pueden producir la afección que nos ocupa son muy variadas.

Según Martín que ha estudiado con bastante atención ese punto, en la mayoría no ha podido establecer con precisión la verdadera causa de la afección, encontrando en once casos de cuarenta y nueve que observó, que seis eran consecutivos á traumatismos y cinco á la sífilis.

Como en todas las afecciones debemos considerar las causas predisponentes y las determinantes.

Entre las primeras tenemos la edad, el sexo, las condiciones generales y los estados infecciosos que pueden también tener su influencia.

Como hemos ya referido en la parte relativa á la anatomía, los senos frontales se desarrollan recién en la época de la pubertad, pero esta regla no es absoluta, pues se han observado casos á los seis años; su mayor frecuencia empieza á los veinte años, habiendo observado Demarquay un caso á la edad de setenta años.

En cuanto al sexo es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer, lo que se explicaría por los trabajos á que se dedica aquél, que son mucho más expuestos y rudos que los de la mujer, ocupando el primer sitio los traumatismos y los corizas repetidos que tienen una acción bastante notable en la producción del mal.

Respecto á las condiciones generales el linfatismo parece que ocupa el primer puesto y se citan varios casos en personas escrofulosas y con afecciones cutáneas en las quela curación de la afección de la piel ha terminado con la formación de un empiema del seno frontal.

La sífilis, enfermedad que trae trastornos generales en todo el organismo, no tiene, según la mayoría de los autores,gran infiuencia en esta afección, citándose únicamente un caso, observado por Cruveilhier, que produjo aquel mal.

Respecto á los estados infecciosos generales, las fiebres eruptivas y especialmente el sarampión por su invasión á la mucosa nasal, son las que más contribuyen al desarrollo del empiema de los senos, que se explicaría por la relación que hemos dicho existe entre las mucosas de ambas cavidades.

Ollier ha observado un caso típico como consecuencia del sarampión.

En cuanto á las determinantes, los traumatismos son los que ocupan un lugar preferente en las estadísticas de este padecimiento y son debidos á las inflamaciones que son su consecuencia.

Así Doerner refiere un caso de un soldado que fué herido de un golpe de sable en la región frontal que le trajo como consecuencia supuración del seno; Tott refiere otro caso en que un individuo recibió un bastonazo en la cabeza que le produjo fiebre y delirio; al examen no se encontró lesión alguna ósea y á pesar del tratamiento que se le sometió y que contribuyó á hacer desaparecer el delirio y la fiebre, el mal que acusaba en la cabeza, no cedió hasta el momento que evacuó una cierta cantidad de pus por la nariz, lo que comprobaba que existía un empiema en el seno frontal.

Los cuerpos estraños son también productores del mal, debiendo ser divididos en cuerpos inertes y vivos.

Entre los primeros se cita el caso observado por Haller, en que una niña á consecuencia de un pedazo de madera que le quedó en el seno frontal por un golpe que recibió, se le formó un absceso de ese seno que á los diez meses se le abrió espontáneamente arrojando el cuerpo estraño que encerraba; otro caso refiere Follin y Duplay de una bala alojada en el seno y extraída por medio de la trepanación.

De los cuerpos vivos debemos citar en primera línea las larvas que en este estado invaden la nariz y de allí remontan á los senos, produciendo accidentes gravísimos si la intervención se hace esperar.

Coquerel y Marchal citan casos, aunque raros, producidos por otros díferos.

El coriza, ya sea agudo ó crónico, es también causa determinante; lo que se explicaría por la relación ó mejor dicho la continuación de las membranas de los dos senos.

En efecto una inflamación de la mucosa nasal produciría un estrechamiento del conducto de comunicación entre ambos senos que iría aumentando hasta producir su completa obliteración. En este caso, ¿qué sucedería?: que el líquido que segrega, la mucosa del seno no tendría ninguna vía de eliminación é iría paulatinamente en aumento y por la descomposición que sufriría formando progresivamente un absceso.

Los pólipos obran igualmente por la obliteración que producen.

Anatomía Patológica

Dado el poco conocimiento que de esta región se tenía, las alteraciones anatomopatológicas, han sido también poco estudiadas, pero se ha asimilado á esta región las consecuencias que se producen en otras partes, debido á los fenómenos inflamatorios.

Sabemos, que bajo la influencia de un proceso inflamatorio, producido por un agente irritante ó un cuerpo estraño cualquiera, se produce una mayor vascularización y por consiguiente una alteración de la circulación capilar y como consecuencia edema de la mucosa y mayor secreción.

Ahora bien, si este aumento de secreción, encuentra fácil salida á través del infundíbulum, la curación no se hace esperar y todos los fenómenos ocasionados por ese proceso, desaparecen sin dejar otro vestigio, que el espesamiento de la mucosa, que á su vez y con el tiempo, desaparece siempre que no se produzca una recidiva;

pero si nuevos empujes inflamatorios vienen á agregarse, la mucosa ya edematosa se espesa de tal manera, que llega hasta formar al rededor del orificio, un rodete que se va estrechando paulatinamente, hasta cerrarle y aislar por consiguiente el seno.

Los productos de secreción no encuentran salida al exterior; su aumento ejerce presión en la cavidad y por consiguiente dilatación hasta adquirir sus paredes un adelgazamiento tal, que á la presión simula una simple laminilla, que se deja fácilmente deprimir por el dedo, en último término cede en un punto y entonces observamos las siguientes consecuencias:

Si la abertura se produce en la pared anterior del seno, por encima del reborde orbitario, el pus hace su irrupción á través de la región frontal, sin ocasionar trastornos oculares; pero si esta se efectua por la pared inferior, el absceso se vacia en el espesor del párpado superior formando un doble saco que se halla separado por el orificio óseo y produciendo alteraciones oculares que especificaremos en el capítulo correspondiente.

Si el vaciamiento del pus se hace por la pared posterior se establece una verdadera comunicación entre el seno y la cavidad craniana, y como consecuencia, penetración de elementos sépticos, cuyas graves complicaciones son fáciles de comprender.

La mucosa en todos estos casos se encuentra muy espesada, desprendida por trechos y flotando; otras veces

destruida y dejando en ciertas partes el hueso al descubierto, pudiendo, segun Rizet, algunas veces hacer hernia al exterior.

Los huesos por mucho tiempo quedan intactos, pero á la larga ceden, se produce la carie y la necrosis; otras veces se esfolian, cayendo esquirlas en medio de la cavidad.

El líquido que se encuentra en la cavidad varía tanto respecto á la cantidad como á su calidad. Así unos dicen haber encontrado en diversos casos, pus que variaba entre cien y veinte gramos; este puede ocupar uno ó ambos senos, pero en la mayoría es unilateral.

En uno de los que observamos en el servicio á cargo del Doctor Obejero, el pus se hallaba en una sola cavidad.

El aspecto del pus es muy variable; unas veces es filante, incoloro; otros, mucus-purulento, espeso, amarillo y con estrías sanguinolentas.

Richet ha observado un caso cuyo color era el de chocolate ó de café con leche y Bellingham refiere otro en que el líquido que se derramó por la incisión era análogo á la bilis.

Muchas veces es inodoro y otras exesivamente fétido, como hemos tenido ocasión de observar uno en el servicio del Doctor Obejero.

Síntomas

Al ocuparnos de la sintomatología de esta afección, no consideraremos esos ataques violentos de inflamación producidos por la penetración de cuerpos vivos en los senos, en que el enfermo llega al máximum del padecimiento en pocos días ó en horas y con alteraciones generales graves que no se terminan sino con una rápida intervención ó por la salida espontánea del pus que se coleccione, estrayendo ó arrastrando el cuerpo ocasional del mal; trataremos aquí exclusivamente de los síntomas producidos por un ataque lento y crónico que sobreviene generalmente á consecuencia de corizos repetidos ó traumatismos antiguos ó cuerpos extraños inertes que, después de haber permanecido un tiempo más ó menos largo en la cavidad sin producir trastornos de ninguna especie, provocan fenómenos de inflamación para ser eliminados al exterior.

Es pues de los síntomas que provocan la inflamación

de la mucosa de la cavidad que nos ocupa remos en seguida.

El dolor es el síntoma que debe llamarnos primero la atención, pues son rarísimos los casos en que la deformación frontal precede al dolor, y en segundo lugar, examinando el cornete medio de la nariz, encontramos una cierta cantidad de mucu-purulento, indicio seguro de empiema del seno frontal, aunque este síntoma nos puede faltar á la inspección simple, cuando hay obstrucción del conducto de comunicación, debiendo en este caso servirnos de la iluminación eléctrica para asegurarnos del diagnóstico.

El dolor aparece bruscamente en la raíz de la nariz y en la región frontal, continuo y fijo, al principio poco intenso, pero profundo, es una sefalalgia acompañada muchas veces de prurito en los tejidos. Estos dolores se exacerban por los estornudos y al sonarse las narices, siendo acompañados de corizas con sequedad de la nariz, insensibilidad á los olores, aturdimiento, sumbido de oídos y algunas veces amigdalitis.

Poco después aparece el otro síntoma, á que no dá casi importancia el enfermo, habituado á los corizas y que es de un gran valor para el diagnóstico: me refiero al derrame por la nariz del líquido mucu-purulento.

A medida que avanza el mal los dolores se hacen más penosos y adquieren muchas veces una forma neurálgica que se irradia á lo largo de la arcada superciliar.

Lauzet refiere que ha observado dolores de opresión en el punto correspondiente del orificio de comunicación del seno con las fosas nasales.

Estos dolores pueden aparecer por accesos y en sus intervalos que suelen durar muchos meses, un período de calma que hace abrigar al enfermo esperanzas de encontrarse curado de una neuralgia, quedándole simplemente una sensación de peso que se exacerba algunas veces y que éste atribuye á un amago de la aparición de su neuralgia.

Sin embargo, observando, vemos que ésta no es más, que una vaga presunción del paciente, pues, inquiriendo datos respecto á sus sufrimientos, nos manifiesta que la calma, ha sido precedida de un derrame nasal, más ó menos abundante.

En efecto, la salida de este líquido, haciendo desaparecer la tensión del seno, trae como consecuencia la calma de las dolores que no reaparecen hasta el día en que el líquido, reproduciéndose, trae una nueva tensión y con ella los dolores, que no son otra cosa que la manifestación, debido á la compresión que se ejerce, y que no siempre es suficiente para vencer la resistencia que le opone la mucosa del conducto.

Este período de calma, como lo hemos dicho, es muy variable, pudiendo durar desde meses hasta años, pero puede suceder que el infundíbulum nasal se oblitere por tejido cicatricial suficientemente sólido para dejarse rom-

per, y entonces se producen una serie de fenómenos nuevos, que traen como consecuencia la deformación de la región. El líquido contenido en el seno, no encontrando puerta de escape y siguiendo siempre en aumento ejerce presión sobre sus paredes, las que no pudiendo resistir á su empuje, sobretodo la anterior é inferior, ceden dando al rostro un aspecto particular, contribuyendo á la formación de un tumor duro y progresivo en el ángulo superior é interno de la órbita.

Este tumor, cuya sensación al principio es el de una superficie dura, cambia más tarde por la de una laminilla, como manifestamos al ocuparnos de la Anatomía Patológica, lo que se debe á que la pared ósea se ha ido adelgazando por la constante presión que le ejercía la colección líquida que se formaba en el seno.

En este período el dolor es menos acentuado que al principio, no afecta la forma neurálgica y no ofrece tampoco exacervaciones por accesos, faltando en muchos casos.

Al ocuparnos de la Anatomía Patológica, expusimos los diversos caminos que podía seguir el pus para ser eliminado al exterior y manifestamos que el más favorable era aquel que se hacía venciendo la barrera que cerraba el infundíbulum, pues en este caso se hacía la evacuación por las fosas nasales.

Dezeímeiris refiere varios casos en que la eliminación se hizo por esa vía y de éstos tomamos el siguiente.

Una niña de diez y ocho años experimentó, á causa de la desaparición de una afección de la piel (tiña), dolores violentos de cabeza, localizados principalmente en la región frontal por encima de las cejas. Se diagnosticó una inflamación de los senos frontales y se prescribieron fricciones con un linimento volátil y un polvo estornutatorio. Sobrevinieron vértigos y algunas alteraciones visuales.

"Un día á consecuencia de fumigaciones é inyecciones nasales, la enferma sufrió un violento estornudo é inmediatamente evacuó por las fosas nasales una gran cantidad de pus; al cabo de cierto tiempo este derrame purulento cesó completamente y la curación no se hizo esperar".

En otros casos es la pared anterior la que cede y entonces el pus hace su salida por la piel de la región frontal, la supuración se prolonga largo tiempo y como consecuencia la curación es en general muy lenta.

John Bell refiere un caso que después de un año la supuración se hizo mucosa.

Entre nosotros, el Doctor Obejero ha observado dos casos, que fueron curados con la intervención.

En el caso en que la evacuación del pus se haga á través de la pared inferior ó posterior, los síntomas que provoca son mucho más serios y variables, debido á los órganos que interesa, y nos ocuparemos de ellos en el parágrafo siguiente.

Complicaciones

Las complicaciones, á que pueden dar lugar los abscesos de los senos, son muy variadas, habiendo sido Lichturtz, quien se ocupó más extensamente de ellas.

Nos ocuparemos pues:

De las fosas nasales propiamente dichas.—Se observa en ellas una atrofia de los cornetes que pueden, en muchos casos, simular el ozena y que se acompaña de costras y secreción purulenta; otras veces existe el verdadero ozena con propagación de los senos esfenoidales.

Existen también, coriza caseoso, rinitis hipertrófica, pequeños pólipos ó granulaciones al nivel del hiatus semilunar, pólipos mucosos y muchas veces comezón que es un constante martirio para los enfermos.

Cavidad naso-faríngea y faringe bucal.—Aquí se observa catarro nasofaríngeo, abscesos de las amígdalas palatinas y faríngeas y náuseas producidas por la caída de pus en la parte posterior de la boca.

Órganos de la visión.—Los párpados se edematizan tomando una forma bastante abultada, ejerciendo una violenta y continua presión sobre el globo ocular deplazándole y llevándole hacia abajo hasta dos centímetros con relación al ojo sano, como tuvo ocasión de observarlo Richt y como hemos tenido nosotros un caso, que referimos más adelante, que fué tratado en el servicio del Dr. Obejero.

El ojo dislocado, generalmente se halla inamovilizado, y si efectúa algunos movimientos, éstos son casi imperceptibles. La exostalmía es á veces excesiva; en los casos en que la visión no se halle abolida, la diplopia es la regla. Del lado del ojo se ha observado una quemosis peri-Kerático considerable.

En el caso referido por Richet, y de que hacemos mención más arriba, la ceguera era completa, pero se observaba al examen oftalmoscópico que tanto la retina como la coroides, se encontraban sanas, notándose solo una pequeña inyección.

Lichturtz, ha señalado varios casos de dacriocistitis, dos de atrofia parcial del nervio óptico y uno de desigualdad pupilar.

La mayoría de estos fenómenos así como la dislocación del ojo desaparecen paulatinamente, una vez que el pus siguiendo su marcha al exterior se evacúa ó bien que el cirujano haya debido intervenir para prevenirlos.

Oídos.—Se han observado varios casos de Otitis supuradas, sub-agudas y otitis medias crónicas y zumbidos nerviosos,

Afecciones cutáneas de la cara.—Erisipela, eczema de la nariz, acnée rosado y eritema con edema fugaz situado en el pómulo.

Alteraciones digestivas.—Debido á la deglución del pus se observan dispepsias y diarreas rebeldes alternadas con constipaciones. Se han señalado también varios casos de nefritis.

El organismo en general se resiente, como es lógico suponerlo por los trastornos que ocasiona al enfermo la presencia del pus y como en todas las supuraciones encontramos al individuo demacrado y con alteraciones tales que le llevarían á un verdadero estado caquéctico, sino se interviene á tiempo ó si la naturaleza no se encarga de abrirle prontamente camino al pus.

Las complicaciones más graves pero que felizmente son las ménos, son aquellas ocasionadas por la perforación de la pared posterior del seno y como consecuencia la penetración del pus en la cavidad craniana; aquí los fenómenos que se pasan son de una gravedad tal, que casi siempre ocasionan la muerte del paciente ó le dejan un recuerdo que solamente se lo puede borrar aquálla.

En este caso observamos, si la muerte no se ha producido rápidamente, como el que cita Richter y que transcribimos más abajo, parálisis parciales, hemiplegias y fenómenos de apoplegía.

He aquí la relación que hace Richter:

"Hombre de cincuenta años: sin causa conocida, aparición de un tumor frontal descendiendo bien pronto hasta la mitad del pómulo.

"Al cabo de poco tiempo sobrevino un estado apopletiforme con hemiplejia derecha y atontamiento. En el párpado izquierdo se formó una ulceración fistulosa que dejaba salir una gran cantidad de pus. Se creyó en un absceso de la órbita, penetrando en el cráneo por el agujero óptico y se practicó una ancha incisión palpebral.

"La misma noche de la operación el estado apoplético terminó por la muerte. En la autopsia, se encontró los dos senos frontales llenos de pus y existía en el izquierdo una perforación craneal.

"Dos años antes este enfermo había recibido un violento golpe con un pedazo de hierro proyectado por un martillo, había tenido dolores de cabeza y avacuado pus por la nariz".

Ahora bien, no siempre se requiere para la producción de aquellos fenómenos que haya penetración de pus en la cavidad craneal, pues las alteraciones que aquél hace sufrir á los tejidos circunvecinos, bastan para producir congestiones cerebrales que desaparecen tan luego como la causa ocasional ha sido eliminada.

Riberi refiere el siguiente caso que fué completamente curado, apesar de los síntomas cerebrales que se presentaron bruscamente:

"Hombre de veinte y cuatro años, de buena salud, atacado hacía unos meses de fiebre catarral. Inflamación del seno frontal izquierdo que se resolvió por supuración al cabo de un mes. Esta se hizo cerca de la raíz de la nariz, espontáneamente con infiltración entre las dos cejas, la abertura bastante pequeña se cerró seis días después y la parte hinchada adquirió un gran volumen, resolviéndose la intervención que tuvo lugar dejando escapar una gran cantidad de pus y produciendo, durante largo tiempo, agudos dolores al enfermo.

"Su estado se fué reagravando, presentando síntomas de apoplegía con parálisis de la mitad del cuerpo que le obligaron á ingresar á un hospital.

En este momento Riberi observó:

Abertura fistulosa en la confluencia de la ceja con la raíz de la nariz dando salida á un pus fétido, examinado con el estilete, hizo reconocer una carie. El párpado correspondiente, se encuentra rojo y caído; el lado izquierdo de la frente era más redondo que el contrario y doloroso á la presión. Este era penetrante al nivel de la fístula y hácia el oxipucio.

Tenía alta fiebre, sed, y delirio. Se disminuyó la flogosis y la hiperemía cerebral por sangrías, dieta y reposo; se cauterizó el trayecto fistuloso á fin de destruir las fungosidades y facilitar la salida del pus, la reacción que se obtuvo fué ligera, espulsando diez días después esquirlas óseas.

Sondada la herida, el estilete dá á conocer la presencia de otra esquirla en el seno, que no pudo extraerse por su volumen. Se hacen inyecciones detersivas pero sin resultado alguno, resolviendo el ensanchamiento de la fístula, que permite extraer el secuestro. Desde este momento la herida tiende á cicatrizarse; el estado del enfermo á mejorarse y es dado de alta cuatro meses después de su ingreso, completamente curado.

Marcha y Duración

La marcha de los abscesos de los senos frontales es generalmente crónica á excepción de los producidos por cuerpos extraños vivos que tienen una evolución rápida.

En su marcha se observa como lo hemos manifestado al ocuparnos de los síntomas, períodos de intermitencias que no implican una curación de la enfermedad, sino un estacionamiento producido por la evacuación de los líquidos segregados; la inflamación continúa lenta y sordamente hasta el momento que obstruido el infundíbulum y lleno de pus el seno, vuelven á reaparecer los síntomas.

Esta forma de marcha lenta se muestra sobretodo en los corizas crónicos, donde la inflamación es bastante moderada, aún cuando en algunos casos el líquido segregado haya sido filante, mucoso é inodoro y en otros mucupurulento.

El cuadro varía en los casos que sean cuerpos inertes extraños, los originarios de la afección; en otros, vemos,

después de un período bastante largo de tolerancia, producirse de repente fenómenos inflamatorios de mayor intensidad arrastrando la producción del pus en el seno y desaparecer cuando aquéllos han sido eliminados.

Bousquet refiere que un enfermo que tenía en su servicio, atacado de un absceso en el seno frontal del lado derecho y de marcha crónica, sufrió súbitamente un ataque agudo que le ocasionó rápidamente la muerte.

La duración de los abscesos es muy variable; hay autores que han observado casos de curación en una semana y otros que han visto la supuración persistir años, dando lugar á trayectos fistulosos.

Diagnóstico

Tratándose de una afección generalmente indolora y que pocos síntomas presenta al principio, sólo se descubre su presencia por el examen de las fosas nasales, pues los pacientes, atacados de esta dolencia, al recurrir al médico lo hacen siempre por la supuración ú obstrucción de una de las fosas, lo que nos induce á practicar un examen completo de ese órgano á fin de poder establecer con precisión el sitio de donde parte la supuración.

Ahora bien, ¿de qué medios debemos valernos para formular un diagnóstico?

No pasaremos nosotros en revista todos los procedimientos que se han puesto en práctica para exclarecer ó facilitar el diagnóstico de aquella enfermedad, nos ocuparemos exclusivamente de aquellos que se usan entre nosotros.

En efecto, el doctor Obejero, que con tanto acierto y competencia dirige la cátedra de Oído, Nariz y Garganta,

se vale del espéculum, estilete y de la iluminación eléctrica.

Por medio del espéculum se descubre la existencia de pólipos ó en los casos más recientes un filete de pus, que desciende por el hiatu medio.

Ahora, en presencia de este pus nos encontramos en la necesidad de conocer su procedencia, pues éste puede ser frontal, etmoidal, maxilar y esfenoidal; y aquí nos valemos del estilete. Si se trata del seno maxilar, el estilete encorvado, penetra en el Ostium Maxilar y sale una nueva gota de pus; si es del etmoidal, el estilete choca sobre una superficie ósea denudada; siendo del esfenoidal, el pus viene de la región postero superior; y por último, si se trata del seno que nos ocupa, el estilete se pierde en el canal fronto-nasal.

Es necesario hacer notar que no siempre es accesible el cateterismo del seno frontal y que muchas veces hay que resecar el cornete medio que es el que oculta el infundíbulum.

No está de más manifestar que antes de proceder á aquella operación, se debe limpiar perfectamente la fosa correspondiente, estirpando los pólipos que casi siempre existen, á causa de la irritación que produce en la mucosa el pus que viene de los senos.

El otro medio que indicábamos es la iluminación eléctrica, que se practica, con una lamparilla, colocada en el ángulo interno de la órbita y que sirve para revelarnos el estado de vacuidad ó plenitud del seno.

La lamparilla cubierta con un capuchón de cautchut negro, debe colocarse lo más adentro posible del ángulo interno de la órbita, es decir, más en contacto con el hueso, pues sino llena este requisito, la luz se refleja en el frontal y no se obtiene el efecto deseado.

Como diagnóstico diferencial se hace la iluminación del seno maxilar. Antiguamente, que se tenían pocas nociones de los senos y que se dejaba avanzar el mal, hasta que se hiciese completamente superficial, el diagnóstico no ofrecía dificultad alguna,

Llegado á este período se le confundía con otras afecciones.

En el caso de un tumor palpebral fluctuante se puede creer en un absceso del saco lagrimal, pero aquí la situación nos puede sacar de dudas. En efecto, un absceso del saco, se halla situado por debajo del tendón del orbicular ó bien por encima ó debajo en forma de pera; en el caso que se trate de absceso del seno, no obtendremos á la presión sobre el tumor palpebral su reductivilidad, por el hecho de la entrada del pus en la cavidad del seno.

Aún más, practicando una incisión en este tumor é introduciendo un estilete, bajo la bóveda orbitaria, encontramos fácilmente el orificio que pone en comunicación las dos cavidades del absceso.

Puede también confundirse con un tumor duro una exostosis, pero aquí también los antecedentes que nos suministre el enfermo y la trepanación nos permitirán alejar

toda duda; avanzando el tiempo la pared ósea, en el caso de absceso, se va adelgazando hasta permitir la sensación de fluctuación que allí existe.

La mayor dificultad que se presenta al diagnóstico, es en el caso que se trate de un quiste mucoso del seno y á este respecto todos los autores estn ácontestes de que es sumamente difícil sino imposible y algunos manifiestan que no es improbable de que muchos quistes hayan sido tratados como abscesos, sobretodo cuando el líquido evacuado haya sido simplemente mucoso é incoloro.

Laugemberk, relata un solo caso de quiste hidatídico; se trataba de una niña de diez y siete años que tenía desde largo tiempo un tumcr voluminoso en la región superciliar, el que una vez abierto dejó escapar vesiculas hidatídicas que confirmaron el diagnóstico formulado.

Pronóstico

El pronóstico de esta afección debe ser siempre reservado, pues aún cuando muchas veces no ocasione la muerte, su larga duración, las supuraciones prolongadas que ocasiona y la formación de fístulas permanentes, sometem la vida del paciente en un verdadero martirio, pues le obligan á tener constantemente oculta por curaciones una parte de su rostro, sobretodo si dura, como se observan, muchos casos largos años.

Otras veces pueden traer complicaciones inesperadas, como en el caso de la abertura en la cavidad craneal, que arrastra fatalmente la muerte.

En conclusión el pronóstico debe hacerse siempre grave, no sólo por el sitio que ocupa y por las lesiones crónicas que deja, sino por las complicaciones á que puede dar lugar.

Aun mismo la intervención es peligrosa, como es fácil comprenderlo, por el órgano importante que ahí se encuentra, porque una lesión, por insignificante que sea en el cerebro, pueda traer, no solamente trastornos, sino la muerte.

Tratamiento

Al ocuparnos del tratamiento de los abscesos, trataremos de los métodos paliativos que en los casos de inflamación benigna han dado buen resultado, para llegar al tratamiento quirúrgico que es el más importante y al que hay que recurrir siempre para obtener un resultado verdaderamente satisfactorio en la enfermedad de que nos ocupamos.

Hoy día que la cirujía gracias á los conocimientos que sobre los bacterios y los medios que para combatirlos tenemos á nuestro alcance, ocupa un lugar prominente; el tratamiento no es más rutinario y temerario como lo era antiguamente en que, se dejaba á los abscesos abrirse camino por sí solos al exterior, ó si se intervenía, era en aquellos casos en que la fluctuación evidente anunciaba la destrucción de las paredes óseas y que el pus no tenía otra barrera que franquear sino una débil y tenue película.

El temor que existía entre los antiguos para recurrir

inmediatamente á la intervención quirúrgica, era sobretodo por las complicaciones que traía como consecuencia la punción ó incisión de los obscesos, pero ahora con los medios que tenemos á nuestro alcance, ella no ofrece temor ninguno y los pacientes que tienen la desgracia de sufrir, no se ven expuestos á sufrimientos interminables y á llevar durante su vida una supuración que no sola mente les dañaba á su organismo en general, sino que los hacía objeto de repulsión y los obligaba á un aleja miento de la sociedad.

Tratamiento paliativo ó médico.—Cuando la afección se caracterice, sólo por el coriza, que no exista sino una pequeña inflamación de la mucosa y que el infundíbulum ofrezca todavía una permeabilidad que permita el desagüe del seno, este tratamiento ha sido usado y sus resultados han coronado en muchos casos, las esperanzas que se tenían al acusarle. Sin embargo, no debemos abusar de él, pues muchas veces la enfermedad sigue su marcha lenta y progresiva, hasta terminar en la formación de un empiema, en cuyo caso sería, no solamente inútil, sino perjudicial, pues requeriría una intervención mas rápida y radical.

Los remedios empleados son tan numerosos como ineficaces y la mayoría permanecen relegados al olvido, y si algunas veces se les menciona, es solamente para hacer notar la confusión é incertidumbre que reinaba en la antigüedad; nos ocuparemos sólo de enumerar aquellos que

pueden prestarnos alguna utilidad y que en realidad son muy reducidos. Estos son, las inyecciones nasales y las fumigaciones.

En efecto, por medio de las inyecciones calientes, vemos muchas veces que se restablece la comunicación momentáneamente interrumpida entre el seno y las fosas nasales y que el líquido encerrado en aquel hace su salida permitiendo el alivio del paciente y la curación del absceso; otro tanto sucede con las fumigaciones.

Si con todos estos medios, el dolor persiste y se hace cada vez más violento, debemos hacer uso de los opiáceos y los diversos analgésicos que tenemos á nuestro alcance y que muchas veces sirven para aliviar, el síntoma que más molesta al paciente.

Tratamiento quirúrgico. La primer precaución del cirujano debe ser la de dar amplia y fácil salida á la colección purulenta; ésta se puede efectuar ya sea por las vías naturales ó por la región frontal media.

Para el primer procedimiento, es decir, la salida del pus por la nariz, el cateterísmo es el usado y recientemente el Doctor Raugé, en el Congreso Médico Internacional, celebrado en Roma, se ha ocupado extensamente de este tema y después de largas consideraciones al respecto, formula las dos siguientes preguntas;

¿El cateterismo es posible? ¿Es siempre ventajoso?

A la primera de estas preguntas dice, no se puede responder de una manera categórica, es necesario tener en

cuenta la conformación individual que hace variar mucho las dificultades operatorias, como es igualmente temerario afirmar que el cateterismo sea siempre igualmente fácil.

Efectivamente, éste se hace sin dificultad en los sujetos cuyo conducto esté suficiente abierto, cuyo cornete se desprenda de la pared y en que la fisura etmoidal, ofrezca un pasaje suficiente. Pero en condiciones inversas no se puede alcanzar el orificio sino á costo de fracturas que se hacen, ya sea sobre el cornete medio ó sobre la apófisis unciforme.

Respecto á la segunda pregunta, se han emitido diversas opiniones y una de ellas es que el lavaje de una cavidad ríjida practicada por un solo orificio y sin ninguna contra abertura, era fatalmente mal hecho, aun cuando en manos de distinguidos especialistas, se hayan obtenido brillantes resultados, no sólo como medio de exploración, sino como método curativo.

Raugé, rechaza por consiguiente el cateterísmo forzado como le llama Richet, por los destrozos que hace en los tejidos que atraviesa y que le hacen ciertamente más peligroso que la abertura artificial en un sitio elegido de antemano.

Una vez establecido el diagnóstico y que el tratamiento médico ha sido negativo, se debe sin vacilar recurrir inmediatamente á la intervención quirúrgica, que tiene por objeto, no solamente detener los accidentes inmediatos, sino también prevenir las diversas complicaciones que

dijimos podían presentarse, en el curso de la afección, tanto oculares, como cerebrales.

Al procederse á la intervención, los métodos á seguirse varían según los diversos grados de resistencia de la pared del absceso. Así en muchos casos vemos que el enfermo recurre al médico, cuando ya la pared ósea se halla en parte ó totalmente destruida y el contenido del absceso separado del exterior por una débil capa cutánea ó una tenue laminilla, sin resistencia alguna.

En este caso una simple incisión basta para dar salida á la colección purulenta.

Otras veces la pared ósea es bastante gruesa y dura para permitir la acción del escoplo y en este caso es necesario una intervención más delicada y laboriosa, pues se debe practicar una incisión perpendicular á la raíz de la naríz y otra horizontal, formando con la primera un ángulo recto; una vez puesta al descubierto una cierta superficie de tejido óseo, y raspado el periostio correspondiente, se practica la trepanación, para poder penetrar en el interior del seno. Se raspa esta cavidad, se limpia con soluciones antisépticas y se trata de dejar una amplia comunicación para permitir el derrame de los productos de supuración.

En muchas ocasiones esta única intervención es suficiente para que la mejoría del enfermo se pronuncie de día en día y termine con la curación completa.

Respecto á aquellos casos en que el enfermo se presen-

ta al médico solicitando sus conocimientos para librarles de un mal que le mina su existencia, por los continuos sufrimientos á que se vé expuesto, no hemos observado en nuestros nosocomios, ninguno que haya tenido el absceso con un desarrollo tal, que las paredes óseas se hubieran adelgazado, hasta convertirlas en una simple laminilla; todos ellos han requerido un examen detenido, pues las paredes no habían sufrido alteración alguna.

De estos últimos casos, describiremos algunos de ellos más adelante, y nos limitaremos en seguida á exponer algunos de la primera categoría, que han sido observados por varios autores.

Refiere el Doctor Bauyer, que se presentó á su estudio un hombre de veinte y cinco años de edad con un tumor en la región orbitaria que le había aparecido, según le manifestó hacía seis meses. Diagnósticó un pólipo del seno frontal y practicó una incisión sobre el párpado superior, encontrando por debajo una capa cartilajinosa poco resistente cuya abertura dejó escapar un líquido blanco sin olor. El estilete penetró en el seno por una abertura de bordes contorneados haciendo saliencia en la órbita. Mechas y lociones emolientes; obteniendo poco tiempo después la curación completa.

Pero no siempre estas lesiones son tan simples, pués muchas veces traen desórdenes óseos considerables, necrosis y secuestros que requieren operaciones suplemen-

tarias, destinadas á facilitar la salida de esos cuerpos ezträños y á este respecto Riberi narra el siguiente:

"Hombre de veinte y cuatro años, buena salud, ingresó al hospital con una inflamación del seno frontal izquierdo; diversos antiflogísticos que se le aplicaron no impidieron la supuración, que sobrevino al cabo de un mes.

La supuración apareció cerca de la raíz de la naríz por una pequeña abertura que se cerró seis días después volviendo nuevamente á inflamarse de tal manera que fué necesario practicar una incisión que dejó salir una gran cantidad de pus, que apesar de los lavajes continuados, no cesaba, como tampoco los vivos dolores que experimentaba el enfermo.

Reagravándose día por día el estado del enfermo se resolvió intervenir enérgicamente para facilitar la salida del pus. Al efecto se le hicieron cauterizaciones con el hierro rojo en el trayecto fistuloso para destruir las fungocidades y dejar más expedito el camino; en los primeros días, se notó una leve mejoría, expulsando diez días después varias esquirlas óseas.

Hecha la exploración con el estilete, se sentía la presencia de una nueva esquirla en el seno, que no se podía extraer á causa de su volumen.

Como la supuración y los dolores continuaran, se procedió á la dilatación del trayecto fistuloso, que permitió la salida del cuerpo extraño y con éste la curación del enfermo en poco tiempo.

Pasaremos ahora á ocuparnos de los comprendidos en la segunda categoría, es decir, de aquellos que se presentan á la observación del médico, acusando simplemente un dolor ó sensación de peso en la región frontal, pero que á la inspección visual y al tacto, no ofrecen nada de anormal, que sus huesos se encuentran, á lo menos los extremos, intactos.

Observación primera.—Gabino Sarbuco, de cincuenta años de edad, italiano, comerciante, que ocupa la cama nº. 15 de la sala 5ª., ingresó al hospital el 26 del mes de Julio, quejándose de un dolor bastante molesto sobretodo del ojo derecho y de la hinchazón que presentaba en ambos párpados.

Interrogado respecto á sus antecedentes hemos obtenido los siguientes:

Hereditarios:—Ninguno que pueda preocuparnos, todos buenos.

Individuales:—En su infancia tuvo sarampión y otras dolencias inherentes á la edad; á los diez y ocho años una gonorrea y chancros que por los datos que suministra fueron blandos, permaneciendo después completamente sano hasta fines del año próximo pasado, que empezó á sentir las molestias que actualmente le obligan á recurrir á este establecimiento en busca de alivio.

El Doctor Lagleyze, á quien recurrió primeramente, por la dolencia de la vista, después de un detenido examen lo envió al consultorio del Dr. Obejero, afin de que

se le instituyera, en esa Clínica especial, el tratamiento quirúrgico adecuado para curar la afección que clasificó de empiema del seno frontal derecho.

El Doctor Obejero, no encontró del lado del aparato olfatorio, como del auditivo nada de anormal; examinando los párpados se vió que el derecho presentaba en su borde superior una pequeña abertura por donde fluía pus. Creyendo que esa dolencia debía explicar todos los fenómenos que presentaba nuestro enfermo, se trató de explorar esa abertura, encontrándose efectivamente que el estilete esplorador que se empleó se dirigía en todas direcc ones, pero principalmente hacia arriba y adentro, prueba evidente de que ese trayecto fistuloso respondía á algún foco de supuración existente en el frontal, dada la sensación que trasmitía el instrumento. Afin de asegurar aún más el examen que nos suministraba el estilete se procedió á la iluminación, encontrándose opacidad completa del lado derecho, contrastando con la claridad que se observaba del lado contrario

En vista de esto se formuló el diagnóstico de empiema del seno frontal derecho, resolviendo por consiguiente la intervención quirúrgica, en vista de los insucesos que se obtiene con los lavajes.

Dispuesta la operación y llenados todos los requisitos de la disinfección para dejar completamente aséptica la región, después de cloroformizado el enfermc, el Dr. Obejero practicó, partiendo de la raíz de la naríz dos incisio-

nes, una de cuatro ó cinco centímetros costeando el borde ciliar y otra de la misma dimensión hácia arriba; levantado el colgajo así formado, raspado el periostio se trepanó el frontal en una superficie de cuatro ó cinco centímetros, encontrándose una cavidad llena de pus. Estraído este se notó una pequeña abertura en la parte superior del tabique que divide normalmente á los dos senos, con la particularidad que el izquierdo, como lo había demostrado la iluminación no contenía pus; lavada y convenientemente raspada la cavidad, se rellenó con gaza iodoformada y se practicó un vendaje, dejándole en esta forma unos días para ver si el pus se reproducía.

Debemos hacer notar la particularidad de que no se ha podido encontrar comunicación alguna con la nariz, es decir, que el más prolijo examen de la región. no ha logrado descubrir el canal fronto-nasal.

Cuando al levantar la curación se encontró la vasta cavidad limpia y que todos los tejidos presentaban un aspecto normal, el Dr. Obejero concibió la esperanza de poder obtener la adhesión del colgajo con su periostio sobre la tabla interna del frontal-

Para que la aplicación fuera lo más exacta posible, con pinzas cortantes se quitó lo que quedaba de la tabla interna del frontal y la mayor parte del arco superciliar, (muy saliente en este individuo) se biselaron los bordes de manera á formarle al colgajo una suave pendiente hasta el fondo de la cavidad, se suturaron los bordes y

con un vendaje prolijamente hecho se dejó al enfermo con su curación por espacio de ocho días.

Cuando se levantó por primera vez esta curación, se encontró con que el colgajo estaba perfectamente adherido y no había ni una gota de pus en el algodón que la cubría.

Se quitaron las sunturas y se renovó la curación seca por otros ocho días, al cabo de los cuales, se dió al enfermo de alta perfectamente curado con una cicatriz lineal, muy poco visible y con nna lijera depresión en la región frontal del lado operado.

Observación segunda: —Feliza Marco, argentina, veinte y cuatro años, bordadora.

Antecedentes hereditarios:—Buenos.

Antecedentes personales:—Manifiesta haber sufrido en la primer infancia de coqueluche y sarampión, que dejó como consecuencia una supuración de la naríz, la cual se hizo más pertinaz y molesta, cuando tenía once años.

Recurrió á varios médicos y cada cual le instituyó el tratamiento que juzgó necesario, pero sin obtener resultado satisfactorio alguno.

El veinte y nueve de Noviembre del año 1893, hastiada de tantos tratamientos que se le habían aconcejado, resolvió consultar un especialista en la materia, á fin de que se le hiciese la intervención que creyese conveniente para librarla de este mal que le hacía la vida insoporta-

ble por la continua y abundante supuración que manaba de su nariz.

Con tal motivo vió al Dr. Obejero, quien después de oír la historia, que le hacía la enferma de su mal, le hizo un examen minucioso de las fosas nasales, encontrando que éstas se hallaban obstruídas por pólipos que fueron extraídos y como quedasen libres éstas, del cuerpo extraño, se encontro, con la ayuda del estilete y de la iluminación eléctrica, un punto por donde fluía la supuración y que no era otro que el infundíbulum, por lo que diagnosticó un empiema del seno frontal.

En vista de la eneficacia del tratamiento le aconsejó la intervención que fué aceptada por la enferma.

El 17 de Agosto de 1894, se le practicó la trepanación del seno frontal izquierdo, encontrándose que no había sino vestigio del tabique medio, el que había sido destruído por la supuración. Después de un cierto tiempo de prolijos cuidados, la supuración empezó á disminuir, pero no con la rapidez que era de desearse, por lo que se resolvió, el seis de Noviembre, prácticar una nueva intervención del mismo seno que le alivió momentáneamente.

La enferma creyéndose curada se retiró al campo para restablecerse, pero ya sea por el abandono que hizo del método que se le había instituído ó por la poca prolijidad que observara, lo cierto es, que el 23 de Octubre del año 1895, se presentó nuevamente, con su afección en un grado de desarrollo como al principio; dispúsose entonces

practicar una intervención más amplia, encontrándose, en las células etmoidales anteriores, un foco de pus, que era el productor del mal.

Se limpió perfectamente, se rasparon las celulas, ensanchándose el canal-fronto-nasal izquierdo y rellenados después de gaza. Mejoró otra vez la enferma, pero no sanó, debiéndose recurrir más tarde á suprimir casi toda la pared anterior del seno, lo que le ocasionó un alivio tal, que en estos momentos la supuración es casi mínima y hace abrigar esperanzas de una curación radical.

Observación tercera. Manuel González, de treinta y cinco años de edad, español, con diez de residencia en el país.

Antecedentes hereditarios. El padre era un gran bebedor y según lo que manifiesta el enfermo, murió de una afección hepática; la madre y hermanos sanos.

Antecedentes individuales. En sus primeros años recibió en dos ocasiones y con intervalo de cinco años un violento golpe sobre la región frontal. En las dos veces tuvo pérdida de sangre por la herida ocasionada y por la naríz, habiendo traído como consecuencia, una anemia bastante pronunciada, que persistió mucho después del accidente.

Manifiesta haber habitado siempre, parajes frios y húmedos. Presenta en el cuello infartos ganglionares que no han llegado nunca á la supuración, siendo considerado como de temperamento linfático, por todos los médicos

que le han observado. No ha tenido nunca costras impitiginosas del cuero cabelludo, de los oídos ó de los alrededores de las narices; no se resfría casi nunca y no ha tenido jamás hemóptisis.

Sin embargo dice, que desde la edad de doce años poco más ó menos, ha tenido un coriza habitual que le ha obligado á sonarse frecuentemente dando expulsión á mucosidades abundantes y grisaceas; estas nunca han sido fétidas y jamás se ha comprobado el ozena. Este coriza le ha persistido, desde aquella edad, reagravándose en las épocas frías y húmedas, desapareciendo en las estaciones calurosas y con la permanencia en parajes secos no ha tenido pólipos.

A la edad de veinte años, viruela, pero que no produjo modificación alguna del lado de las fosas nasales, á los veintiun años, ataque, según los datos, de accesos de pseudo angina de pecho, que se reproducían periódicamente cada mes, siendo precedidos en los primeros dos ó tres días de coriza intenso. Estos ataques con un tratamiento apropiado, se fueron haciendo más distanciados y en el momento actual le sobrevienen raramente.

No ha tenido sífilis ni reumatismo articular agudo.

Hace dos años que el derrame por las narices se hizo rápidamente más abundante, mas espeso y nunca purulento; consultado un especialista, éste, prévio examen, diagnosticó una hipertrofia de la mucosa nasal, que fué cauterizada con el galvano cauterio.

Quince días después de estas cauterizaciones, fenómenos dolorosos se manifestaron en la región frontal, enseguida tumefacción, acompañada de edema del párpado derecho. Practicada la incisión con el bisturí, dió salida á una gran cantidad de pus y la supuración persistió durante dos ó tres meses, con los caracteres de un pus flegmonoso, pero sin presentar ningún secuestro.

Es en este estado que ingresa al hospital: la tumefacción frontal era bastante marcada, correspondiendo á la parte derecha de la eminencia nasal; la sensación que daba era de una consistencia casi leñosa. Un estilete introducido en el trayecto, penetraba en una profundidad de dos centímetros y llegaba en un punto bastante limitado á encontrar el hueso frontal denudado. Desde la aparición de la tumefacción, la supuración por la naríz desapareció. Además nunca tuvo fiebre, pero acusaba en la región inflamada violentos dolores que le impedían conciliar el sueño; el apetito casi nulo; el estado general bastante malo; el examen de las fosas nasales, no revelaba la presencia de pólipos ni desviación del tabique; la faringe presentaba sólo un poco de frringítis y granulosa.

Es pues en este estado que lo tomamos á nuestro cuidado, disponiéndonos á practicarle la operación, la que se llevó á cabo previa cloroformización, siguiendo el procedimiento que hemos indicado al ocuparnos de nuestro enfermo de la observación primera, es decir: trepanación de la pared anterior del frontal.

El resultado que se obtuvo fué bastante satisfactorio, pues el enfermo, abandonaba el hospital, dos meses después de la intervención, completamente curado.

Observación cuarta. Andrés Roschiff, treinta y cuatro años ,austriaco, jornalero, con doce años de residencia en el país.

Antecedentes hereditarios. El padre reumático; la madre asmática y dos hermanos que tuvo fallecieron á una edad temprana, de neumonia, según el enfermo.

Antecedentes individuales. Ha sufrido de sarampión cuando muy niño; á la edad de ocho años viruelas que le dejaron una inflamación en una de las fosas nasales, que le ocasionaba en las épocas frías y húmedas, una supuración que llegaba hasta producirle escoriaciones de las alas de la naríz. A los quince, fiebre tifoidea; á los diez y ocho, blenorragia; y á los veinte y cinco, chancros, que según datos que nos suministra y vestigios que presenta, en ciertas partes del cuerpo, fueron indurados.

Desde esta época la secreción nasal, que ya de por sí era bastante molesta, le aumentó considerablemente, adquiriendo un olor que le obligaba á vivir en la soledad y que fué lo que le indujo á someterse á tratamiento.

Es en este estado, es decir, supuración copiosa y fétida, escoriaciones de las alas de la nariz, que se presentó al consultorio del Doctor Obejero, quien después de un minucioso examen, practicado con ayuda del espéculum, es-

tilete é iluminación eléctrica diagnosticó un ozena y empiema doble de los senos frontales.

Se le propuso y aceptó la operación, la que se llevó á cabo sin tropiezo alguno.

Se siguió por espacio de un mes, haciendo lavajes abundantes en los senos, se instituyó el tratamiento antisifilítico y la supuración disminuía notablemente, hasta quedar reducida á una mínima proporción el día que se daba de alta, á su pedido, del hospital, pero con la recomendación de concurrir al consultorio externo, cada cuatro días para continuar, no sólo las observaciones, sino también, para ver si la intervención había dado el resultado que se tuvo en vista, al practicarla.

Desgraciadamente el enfermo, como sucede con la mayoría, se hastió de la vida de reclusión que llevó en el hospital y desde su salida no se le ha vuelto á ver, lo que nos hace creer que siga su mejoría acentuándose ó si la supuración persiste debe ser muy insignificante.

Observación quinta. Antonio Paroletti, de cuarenta años de edad, italiano, mecánico.

Antecedentes hereditarios. No se conocen, pues abandonó el hogar desde muy niño.

Antecedentes individuales. En sus primeros años no recuerda haber sufrido mal alguno y recién á los veinte tuvo una blemorragia, la que le persistió durante muchos años en forma de gota.

Refiere que un día del mes de Noviembre del año 1894,

ocupado en sus quehaceres, recibió un rudo golpe en la frente que le dejó sin conocimiento, pero que una vez vuelto en sí por el tratamiento que se le instituyó enseguida, quedó con un dolor en la región contundida, al que no dió mayor importancia, y continuó trabajando sin experimentar otra molestia que una sensación de peso en la región frontal.

Como este peso llegara á causarle en ciertas ocasiones, sobretodo cuando debía tener la cabeza inclinada hácia adelante, una incomodidad tal que le traía oscurecimientos de la vista y en ciertos momentos especies de vértigos, se decidió á consultar un médico el que no dió importancia á su mal y le ordenó una medicación interna que no le aportó beneficio alguno.

Su mal continuaba apesar de todo, y un día á causa de un violento estornudo, comenzó á fluir por una de las fosas nasales, una gran cantidad de un líquido mucoso y semejante, como dice el, á la materia, que le alivió del peso que sentía á la cabeza.

Creíase ya curado del mal primitivo, pero observaba que la supuración de la nariz no disminuía y que al contrario adquiría un olor que no solamente le molestaba á él, sino á las personas que le rodeaban, por lo que decidió consultar á un médico el que á su vez le aconsejó recurriese á un especialista, indicándole concurriese al hospital de clínicas.

Siguiendo esa indicación, se presentó al consultorio en

los primeros días del mes de Febrero y examinado se encontró lo siguiente:

Pólipos en la fosa nasal derecha, que una vez estirpados nos revelaron la presencia de un filete de pus en el hiatu medio.

Se diagnosticó empiema del seno frontal derecho y se le propuso, la operación, que fué enseguida aceptada. Dispuesto todo lo necesario, y después de anestesiar al enfermo y desinfectar la región, se procedió á la trepanación, siguiendo el método operatorio que hemos indicado anteriormente y se encontró que efectivamente existía la lesión que se había diagnosticado. Se lavó y raspó la cavidad, se restableció la comunicación del seno con la fosa nasal correspondiente, llenóse de gaza, y se le dejó con un vendaje por espacio de cuatro días, al cabo de los cuales se descubrió y se observó que la herida no había supurado.

Después de retirada la gaza se suturó la herida y se volvió á vendarle dejándole en esta forma por espacio de ocho días. Vencido este término, se retira todo el apósito y se encuentra la herida cicatrizada y sin pus.

Se le siguió observando por varios días y como el enfermo no acusase novedad alguna y la herida se encontrase perfectamente bien, se le dió de alta del hospital, recomendándosele volviera al consultorio, pasado quince dias.

Este como, es costumbre de la mayoría, no concurrió

en la época fijada y recién en los últimos días de Abril, pudimos verle, manifestándonos que no sentía dolencia alguna y que se creía completamente curado, lo que nosotros corroboramos con un nuevo examen.

FRANCISCO BOERI.

BIBLIOGRAFIA

TILLAUX—Anatomía Topográfica.

ZUCHERKANDL—Anatomía de la cabeza.

ALBERT—Tratado de Cirujía y Medicina Operatoria.

KUSS y DUVAL—Fisiología.

POULET y BOUQUET—Patología Externa.

ACTAS DEL CONGRESO MÉDICO—Celebrado en Roma en 1894.

REVISTA INTERNACIONAL—De Rinología, Otología y Laringología. Artículo de M. Lichtwiz. Año 6º nº 4.

KIRMISSÓN—Patología Externa.

PANAS—Maladies de Jeux.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI—Año 1894 nº 106.

OBEJERO—Memoria presentada al Ministerio de Instrucción Pública el año 1895.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I.

Las medidas profilácticas en los puertos no pueden llegar hasta prohibir la inhumación en tierra, de las personas fallecidas á bordo.

II.

El secreto médico es inviolable.

III.

El mejor tratamiento del cáncer, es no hacer nada.

Buenos Aires, Julio 4 de 1896.

Quedan nombrados en comisión para dictaminar respecto de la admisibilidad de este trabajo, los Señores: Académico Dr. Pedro Lagleyze y Profesores Dr. Eduardo Obejero y Dr. Obdulio Hernandez.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.

L. Acuña.

Buenos Aires, Julio 18 de 1896.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada en el día de la fecha por la Comisión encargada de dictaminar respecto á la admisibilidad de la Tesis presentada por el ex alumno D. Francisco Boeri:

«En el local de la Facultad á 18 de Julio de 1896 reunida la Comisión encargada de dictaminar sobre la admisión de la Tesis del ex alumno D. Francisco Boeri que versa sobre "*Estudio y Tratamiento de los abscesos de los senos frontales*" resolvió admitirla—firmados *Lagleyze - Eduardo Obejero—Obdulio Hernandez* .

Firmado—ZENÓN AGUILAR.

L. Acuña.

Buenos Aires. Julio 18 de 1896.

Entréguese al interesado esta tesis para su impresión, fijándose por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.

L. Acuña.