2914

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EMPIEMA

DEL

SENO MAXILAR

TESIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ENRIQUE ROFFO

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE OBRAS DE J. A. BERRA, BOLÍVAR 455

1896

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EMPIEMA

DEL

SENO MAXILAR

TESIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ENRIQUE ROFFO

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE OBRAS DE J. A. BERRA, BOLÍVAR 455

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

Doctor D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

Vice-Decano

Doctor D. PEDRO MALLO

Académicos Titulares

Doctor D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JOSÉ M. ASTIGUETA
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUEMES

Académicos Honorarios

Doctor D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENCO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI

Secretario Titular

Doctor D. LUIS M. ACUÑA

Pro Secretario

Doctor D. ZENON AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naon.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z Arce.
Histología (teórica-práctica)	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiología general y humana	»	José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	»	Melitón G. 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 su Clínica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Manuel Blancas.
Enfermedaddes de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y su Clínica	»	Domingo Cabred. / B. Solari (interino).
Clínica Quirúrgica	Dres.	Julian Aguilar. / Antonio C. Gandolfo.
Clínica Médica	»	Eufemio Uballes. / Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y su Clínica	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 Canton.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica médica	»	Adolfo Mujica.
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	»	Vacante.
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado.
Higiene pública y privada	Dres.	Enrique Revilla. / Ricardo Schatz.
Patología general y ejercicios clínicos	Doctor	Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca. / Angel M. Centeno.
Patología externa	»	Pascual Palma.
Patología interna	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	Dres.	Carlos Malbran. / José Badía.
Medicina operatoria	Doctor	Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	»	Alfredo Lagarde (en ej'cicio)
Enfermédades de niños y su Clínica	Dres.	Antonio F. Piñero. / Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Francisco Barraza. / Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	Doctor	José A. Esteves.
Enfermedades mentales y su Clínica	»	Vacante.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo. / Alejandro Castro. / Diógenes Decoud.
Clínica médica	»	Abel Ayerza. / Julio Mendez. / Francisco Sicardi (en ejerc.)
Obstetricia y su Clínica	Doctor	Luis F. Vila.
Medicina legal	»	Francisco de Veyga.
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante.
Farmacia práctica	»	Vacante.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury
Laringología, otología, rinología	»	Wenceslao Tello
Obstetricia para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera
Odontología	»	Vacante.

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO Dr. MANUEL BLANCAS

Señor Presidente :

Señores Profesores :

Antes de retirarme de la escuela, en que tan sabios consejos he recibido de mis distinguidos maestros, quiero hacer presente mi gratitud hacia ellos, y en especial al Dr. Obejero, que me ha dirigido en este trabajo, que como última prueba presento á vuestra consideración, así como al distinguido académico Dr. Manuel Blancas, que me hace el honor de acompañarme en este acto.

El objeto de este trabajo no es hacer innovaciones, sino el de reunir en conjunto todo lo que hasta hoy se conoce sobre la afección de que trato, y lo que me ha sido posible observar durante año y medio, en el consultorio dirigido por el distinguido profesor Dr. Obejero.

Al mismo tiempo, deseo hacer resaltar un método operatorio, de los tantos que hasta hoy se han seguido, método que, como se puede ver en las observaciones que adjunto, ha sido adoptado para todas ellas, y

es el que hoy siguen la mayor parte de los cirujanos.

El empiema del seno maxilar, señores profesores, es, como bien lo sabéis, la producción de pus en dicha cavidad.

Dividiré este trabajo, para su más fácil estudio, en los capitulos siguientes, á saber:

1° Anatomía del seno maxilar ó antro de Highmoro.

2° Variedades de forma del antro.

3° Histología de la mucosa del seno.

4° Historia del empiema ó sinusitis maxilar.

5° Etiología del empiema maxilar.

6° Anatomía patológica del empiema.

7° Síntomas.

8° Diagnóstico.

9° Pronóstico.

10° Complicaciones.

11° Tratamiento.

12° Indicaciones y contraindicaciones de cada tratamiento.

13° Observaciones.

Anatomía

El seno maxilar, ó antro de Highmoro, es la más amplia de las cavidades accesorias de las fosas nasales, y está situado lateralmente con relación á ellas.

La cara ósea que limita el seno por su parte superior, constituye el suelo de la órbita.

Considerando al seno maxilar como formado por una pirámide triangular, se han tomado por base de ella diversas caras. Así, por ejemplo, Tillaux considera como base la cara superior ú orbitaria; otros, como Velpeau, Deschamps, etc., han tomado por base la pared interna ó nasal del seno.

Zuckerkandl elige por base la pared interna, porque su comunicación con las fosas nasales la hace más importante que las demás.

Considerando, pues, con estos autores como base la pared interna, las demás que forman la pirámide son: la superior ú orbitaria; la anterior ó facial; y la póstero-externa ó tuberosidad maxilar

El vértice de la pirámide está colocado al nivel de la apófisis zigomática del maxilar superior. Las paredes internas ó bases que son verticales, y que están colocadas frente una de otra, constituyen las paredes laterales de las fosas nasales.

Los bordes de la pirámide están formados por la unión de sus caras. De todos ellos, el que está formado por las paredes facial y nasal es el más ancho y el más notable por su relación con las apófisis dentarias y los alveolos.

El ancho de este borde permite considerarlo como el suelo del seno maxilar, ó sea la pared inferior de dicho seno.

Describiré ahora cada cara por separado.

Pared anterior.—La pared anterior del seno está recubierta por las partes blandas de las mejillas, y es accesible al tacto.

Se une en ángulo obtuso con el suelo de la órbita ó pared superior del seno, al nivel del borde infraorbitario, y desciende casi verticalmente hasta las apófisis dentarias.

Esta cara presenta, en su parte superior, cerca del borde infraorbitario, el agujero del mismo nombre, por el cual salen los vasos y nervios correspondientes.

Por debajo de este borde empieza una depresión irregular que es la fosa canina; á veces apenas marcada, otras muy profunda.

Cuanto más profunda sea esta depresión, más estrecha será la cavidad del seno; y cuanto menos marcada, más amplia será dicha cavidad. Hay que hacer notar que la pared interna ó nasal tiene la misma repercusión sobre las dimensiones del antro de Highmoro.

Pared superior.—Es más delgada que la anterior y oblicua de arriba abajo y de dentro á fuera, por más que algunos autores la consideran como horizontal. Se encuentra en esta cara el canal infraorbitario, que es recorrido por el nervio y vasos del mismo nombre.

Pared póstero-externa.—Es más espesa que las dos primeras, sobre todo al nivel de su unión con la pared anterior ó facial; es decir, al nivel de la cresta que va desde la tuberosidad molar al alveolo de la primera molar, y llamada cresta zigomático-alveolar.

Pared interna.—Más delgada que la facial, es convexo-cóncava, y de convexidad dirigida hacia el seno maxilar. A veces esta parte, que concurre á formar el surco lagrimal, hace una gran saliencia en el antro de Highmoro.

Esta pared, que hemos considerado como base de la pirámide, y como cara lateral de las fosas nasales, está en relación de arriba abajo, primero; con las células etmoidales, y luego con toda la altura de los meatos, medio é inferior.

En esta pared existen los orificios del seno maxilar,

que son dos: uno, constante, está situado en la parte anterior, en el infundibulum, y otro, que no es constante, pero que cuando existe está situado cerca de la parte media del canal ó meato medio.

El infundibulum es un conducto ó más bien un canal, que existe por debajo de la extremidad anterior de la concha ó cornete medio, en el punto en que esta extremidad se inclina directamente hacia la bóveda de las fosas nasales, y que pone en amplia comunicación el seno frontal con el meato medio.

Constituye en su conjunto un surco redondeado, que abraza la eminencia del promontorio, ó bola etmoidal, y en el fondo del cual se percibe, por debajo y un poco por delante de este último, un orificio alargado ó redondo que conduce al seno maxilar.

Por debajo y más hacia atrás, en la parte en que el canal se ensancha y casi se borra, existe, en algunos casos, una segunda abertura, que conduce igualmente al seno

El orificio de comunicación entre el seno maxilar y las fosas nasales, es conocido bajo el nombre de ostium maxilar. El proceso maxilar de la apófisis unciforme desempeña un gran rol en la formación de sus bordes.

Este proceso se suelda al techo del seno maxilar. A una cierta distancia, por delante del proceso maxilar, el borde inferior de la apófisis unciforme se suelda por intermedio de laminillas óseas al hueso lagrimal ó unguis y á la ampolla etmoidal.

Es de este modo que el borde inferior de la apófisis unciforme, sus pequeños procesos, y el borde lateral de la ampolla etmoidal limitan una hendidura alargada que es el ostium maxilar. Su forma definitiva le es dada por la mucosa, que entra también en la formación de los bordes del ostium maxilar.

Para ver el ostium maxilar en toda su extensión, hay que abrir el seno y examinar su pared interna. De este modo se ve que el ostium maxilar se encuentra siempre colocado justamente por debajo del suelo de la órbita, por detrás de la eminencia lagrimal, y que su tamaño y forma son variables.

En muchos casos es de forma elíptica, en otros es casi redondeado. A veces está dividido en dos partes por una cresta de la mucosa.

Variedades de forma del antro

He considerado el antro maxilar como teniendo una forma triangular; y en efecto, en muchos casos esta comparación es bastante exacta.

Ahora bien: debo hacer notar que en muchos sujetos los dos antros concuerdan en volumen y forma; y, sin embargo, existe una verdadera asimetría.

El antro de Highmoro puede ser más ancho ó más estrecho que lo normal.

Según Zuckerkandl, el ensanchamiento del antro es debido:

I. A un descenso del suelo del seno, ó á una excavación profunda de la apófisis alveolar. (Excavación alveolar).

II. A una excavación del piso nasal, cuando la excavación alveolar se extiende entre las láminas de la bóveda palatina. (Excavación palatina).

III. Por dilatación del antro en la apófisis frontal

del maxilar superior ó por la formación de excavación entre los canales nerviosos que hacen gran saliencia en la región infraorbitaria. (Excavación infraorbitaria.)

IV. Por un desarrollo considerable de la cavidad ahuecada en la apófisis zigomática del hueso supramaxilar ó hueso molar. (Excavación molar).

V. Por la penetración de una célula neumática de la apófisis orbitaria del palatino en la cavidad del antro de Highmoro. La estenosis del antro es debida:

I. A la reabsorción incompleta del tejido esponjoso del maxilar al nivel del suelo del seno.

II. Al acercamiento de las paredes facial y nasal del maxilar.

III. A una depresión considerable de la fosa canina en la cavidad del antro.

IV. Al espesamiento de las paredes del antro.

V. A la combinación de todas estas condiciones.

VI. A una saliencia considerable de la pared externa de la nariz en el seno maxilar.

VII. A la retención de los dientes.

VIII. A la elevación muy marcada del paladar.

Otro caso, que no es raro observar, es el de encontrar la región póstero-superior del seno separada de la principal por una lámina ósea. Un estudio minucioso demuestra que no existe una verdadera división del antro en dos, sino un desarrollo considerable de la célula maxilar en una gran célula ósea. El seno

maxilar ofrece aspecto diferente cuando existe una verdadera división.

Se ve entonces que una placa ósea divide el seno en dos partes, que no comunican entre sí, pero que cada cavidad comunica, por separado, con las fosas nasales.

En cuanto á la situación y dirección del tabique, varía en los distintos casos.

La división del seno en dos cavidades por un tabique tiene gran importancia, puesto que, por ejemplo: si el seno está dividido por un tabique más ó menos horizontal, en una cavidad superior y otra inferior, y que la superior sólo está afectada, al perforar por el alveolo, caeríamos en la cavidad inferior, que es justamente la sana, debiendo entonces elegir otro medio para la curación de la cavidad enferma.

Histología

El seno maxilar está revestido por una membrana mucosa, que parece ser prolongación lateral de la mucosa nasal; pero es menos densa que ésta.

Se distinguen en ella varias capas, que no son, sin embargo, netamente separadas las unas de las otras.

La capa superficial está formada por una red fibrilar, que contiene en sus mallas células redondeadas. Su cara libre está recubierta de epitelio vibrátil.

La capa media contiene glándulas que han sido muy bien descriptas por Sappey, y que son de forma y de dimensiones variables.

Se asemejan á las de Meibomius, encontrándose al lado de ellas glándulas simples. Estas glándulas son menos numerosas que en la mucosa nasal.

El epitelio superficial se continúa bajo forma de células cilíndricas en los conductos escretores de las glándulas, y sólo sobre un cierto trayecto.

La capa más profunda está desprovista de glándulas, es más densa y más rica en células fusiformes que las otras partes de la membrana.

Esta capa está inmediatamente en relación con la pared ósea, y hace el papel de periostio interno.

Se desprende normalmente con facilidad la mucosa del seno por todas partes, salvo al nivel, donde ésta se continúa con la mucosa de las fosas nasales.

Historia

El estudio de las afecciones del seno maxilar ha recibido gran impulso después de la comunicación de Ziem en el año 1896.

Lichtwitz, en un artículo sobre la frecuencia del empiema escribía: no existe ningún síntoma patognomónico del absceso del antro de Highmoro. Esto induciría á creer que los antiguos poco conocían las enfermedades de que el seno maxilar era el sitio. Si las conocían, es difícil explicarse cómo una afección tan frecuente como el empiema ha podido escapar, á la observación de los médicos antiguos, antes de que su frecuencia fuese demostrada por los trabajos de Ziem.

Sin embargo, hace un siglo y medio, las enfermedades del seno maxilar eran muy bien conocidas y tratadas por los métodos que hoy todavía algunos de ellos emplean.

La diferencia consiste sólo en los líquidos que servían para la inyección.

No eran solamente ideas confusas las que tenían en esa época al respecto, sino opiniones muy avanzadas, como lo prueba un escrito de Bordenave inserto en las *Memorias de la Academia Real de Cirugía.*

Los antiguos habían notado que la membrana que tapiza el seno maxilar es muy susceptible de experimentar un infarto mucoso; la supuración, la ulceración, la caries y fístulas podrían ser la consecuencia de ese estado.

Bajo el punto de vista anatómico, la abertura del seno, después de la extracción de un diente, había sido también observada .

En cuanto á la etiología de esta afección, era la que aun hoy se admite para la gran mayoría de los casos de empiema.

La carie de los dientes, dice Bordenave, es la causa de casi todas las enfermedades del seno maxilar, y de las que afectan las partes circunvecinas.

La única diferencia es que en la etiología los antiguos no hacían mención del origen nasal de la afección.

Las complicaciones que produce á veces la sinusitis, eran perfectamente conocidas, puesto que Bordenave decía: Si la abertura del seno está libre, la supuración se derrama en parte en ciertas posiciones y sobre todo cuando el enfermo está acostado del lado opuesto al lado afectado, ó aun el enfermo podrá procurar la salida del pus por diferentes posiciones que

reconocerá convenientes ó aun por fuertes espiraciones.

Cuando la abertura natural del seno no está libre la materia contenida en él se altera, obra sobre las paredes del seno y se abre camino, destruyendo los huesos; así se forma una salida para un derrame purulento. y la enfermedad produce generalmente una fístula.

Hay que intervenir quirúrgicamente desde que el diagnóstico está hecho.

En todos los casos, dice Bordenave, la indicación principal para obtener una curación absoluta es la de evacuar el pus; se debe recurrir á diversos procedimientos y variarlos según las circunstancias. Las vías de acceso en el seno que se han seguido son múltiples; no hablaré aquí de ellas, porque lo reservo para cuando hable del tratamiento del empiema maxilar.

Enumeraré sólo estas vías, que son: Tratamiento por la abertura natural del seno; el arco alveolar como segunda vía, y como tercera la fosa canina.

Estas dos últimas eran las dos únicas conocidas y usadas, hasta que en el año 1765 Jourdain, en una memoria que presentó á la Academia de Medicina, hizo notar la posibilidad de introducir una sonda en el seno por su orificio natural de abertura en las fosas nasales. En esta ocasión Allouel, recordó que desde 1739, este método había sido empleado por su pa-

dre con éxito; pero como el hecho no había sido publicado, el honor del nuevo método le correspondió á Jourdain. La Academia nombró una comisión encargada de estudiar este método operatorio.

Esta comisión dedujo de sus experiencias sobre diez sujetos, es decir, sobre veinte senos, que la mayor parte de las veces se penetraba al seno; no por su orificio natural, sino por una ruptura de la pared del seno que en ese sitio es muy delgada. De aquí se deduce que si es posible penetrar en el seno, por el orificio natural, puede suceder muy á menudo que se introduzca la sonda por una abertura hecha accidentalmente con la sonda entre el cornete etmoidal y el inferior.

Estos accidentes fueron suficientes para que el informe de la comisión fuese poco favorable al cateterismo del seno por su orificio natural ó método de Jourdain.

Por esta breve historia se ve que hace un siglo y medio las afecciones del seno maxiliar eran perfectamente diagnosticadas, operadas y curadas.

Etiología

Las dos grandes causas por las cuales se infecta el seno son: 1° causa de origen dentario; 2° de origen nasal.

Origen dentario. — Las primeras dos molares, que son las que están mas en relación con el seno maxilar, son las que causan más fácilmente las sinusitis, sin que esto quiera decir que los otros molares no puedan ser causa de esta afección. En el consultorio de la sala 5ª dirigido por el Dr. Obejero, se han observado varias veces sinusitis, con carie de la última molar.

Las periostitis alveolo-dentarias pueden también dar lugar á una infección del seno maxilar, lo mismo que las caries; sobre todo en el caso en que la pared ósea, que separa el fondo alveolar de la cavidad del antro ó seno de Highmoro, es sumamente delgada, ó que la raíz molar penetra hasta dicho seno.

Origen nasal.—En los corizas agudos, en aquellos en los cuales el enfermo siente dolor en la cara y pesadez de cabeza, casi siempre los senos están atacados. Pasa la sinusitis junto con el resfrío, pero una sucesión de corizas, ó uno infeccioso, pueden terminar por afectar el seno.

La infección del seno maxilar puede derivar de la supuración proveniente de otros senos que estén enfermos, como ser: el seno frontal, el esfenoidal y el etmoidal. La del seno frontal, es la que más fácilmente infecta el seno maxilar, porque la abertura del primero es contigua á la del segundo, y ambas se vierten en el mismo infundibulum.

Antes se consideraba como causa de la sinusitis maxilar á las mixomas de la nariz; pero hoy debemos considerar á éstos como secundarios de la sinusitis. La degeneración mixomatosa de la mucosa nasal es producida por los líquidos que se derraman en caso de sinusitis maxilar, continuamente en esa región.

Anatomía patológica

Se conoce muy poco, sobre las verdaderas lesiones de la mucosa, en el empiema del antro de Highmoro, no sólo por la falta de piezas anatómicas, sino también de constatación directa.

Según Zuckerkandl, se puede admitir teóricamente un estado catarral de la mucosa, una infiltración edematosa de esta membrana, su supuración y su reblandecimiento por sitios.

El Dr. Aguilhon admite para los casos rebeldes una alteración de la capa perióstica y la producción de secuestros; pero, como hace notar Luc, esas lesiones no han sido encontradas por otros autores. Como vemos, los datos que poseemos para la anatomía patológica de esta afección son muy inciertos.

Síntomas

Existen casos de empiema ó sinusitis maxilar, en que los enfermos no se dan cuenta de la afección, y que sólo consultan al médico porque les supura la nariz ó porque las fosas nasales están obstruídas, siéndolo en esos casos por pólipos. Con los medios actuales de examen, se consigue descubrir el mal antes de que llegue á los casos extremos, en los cuales se produce hinchazón de la mejilla, seguido de adegalzamiento de la pared ósea, y su abertura fistulosa, cosa que por suerte sucede rarísimas veces. En el consultorio del Dr. Obejero se ha observado un solo caso de este género, con abertura fistulosa del paladar óseo ó sea de la pared inferior del seno. (Véase Obser. 5ª).

Como síntomas del empiema tenemos: Derrame fétido é intermitente, por el orificio anterior de la fosa nasal correspondiente, ó rinorrea unilateral, pro-

duciéndose más comunmente y en más abundancia caando el enfermo inclina la cabeza, hacia adelante y abajo, ó cuando se acuesta sobre el lado opuesto á aquel en que el seno está afectado.

Otro síntoma aunque subjetivo, y que experimentan casi todos los enfermos, es la percepción de mal gusto ó mal olor (cacosmia).

Sabemos que se percibe el olor, por la bóveda nasal ó sea por la parte superior de ella, de allí que cuando los senos frontal ó etmoidal están atacados de sinusitis, casi siempre el sentido del olfato está suprimido. y entonces el enfermo no tiene la percepción de que antes he hablado. En la sinusitis maxilar el enfermo percibe el mal olor, porque la parte superior olfativa, ó bóveda nasal, está indemne en esta afección.

Otro síntoma es el enrojecimiento de la mejilla, que es bastante común observarlo, y por último, aunque menos importante, el dolor del lado enfermo con irradiaciones diversas

Diagnóstico

La mayoría de los autores distinguen con Zuckerkandl, en el seno maxilar, colecciones mucosas ó sero-mucosas (mucoceles), y purulentas (empiemas), pero según Gradenigo, aunque no se puede negar esa división, tal distinción, en general, no puede ser establecida de un modo neto.

El cuadro anátomo-patológico más común es el siguiente: la cavidad del antro está ocupada por una masa viscosa de color amarillo verdoso y filante, tan densa, que generalmente no se consigue dividir ni aun con un fuerte chorro de agua.

Al microscopio se ve que esa masa está compuesta, en proporciones variables, por células epiteleales, mucus, glóbulos de pus y una inmensa cantidad de micro-organismos, especialmente bacilos.

La mucosa que tapiza la cavidad aparece hinchada, amarillenta y sobre su superficie se notan manchas

rojizas debidas á una delicada inyección vascular y en general á equimosis más ó menos extendidas.

La hinchazón y el color de la mucosa son debidos á la infiltración por un líquido citrino. La infiltración no está distribuída uniformemente, y es mayor en la parte anterior é inferior de la cavidad del antro, es decir, allí donde la mucosa más laxa, puede alcanzar el espesor de un centímetro, y simular verdaderos quistes.

Por medio de un corte, se reconoce que el líquido no está coleccionado en una cavidad quística, pero sí entre las mallas de un tejido conjuntivo laxo, saliendo á veces en tal abundancia por la superficie de corte, que puede ocupar en parte la cavidad del seno maxilar.

Los caracteres enumerados sirven, según Gradenigo, para distinguir las colecciones mucosas, ó seromucosas, de las purulentas ó verdaderos empiemas.

En los verdaderos empiemas, la secreción francamente purulenta, líquida, grumosa se derrama en la fosa nasal correspondiente, determinando allí lesiones secundarias de naturaleza variada, mientras que en las sinusitis sero-mucosas no se encuentra en general ninguna alteración de la mucosa nasal, así como de las paredes óseas de la cavidad del antro, y del borde alveolar del maxilar.

En los verdaderos empiemas existen casi siempre lesiones alveolares ó nasales. Clínicamente, según

Gradenigo, esa forma de sinusitis puede escapar á un diagnóstico cuando no se abre el seno ampliamente, puesto que un lavaje explorador no consigue disgregar la masa viscosa de la secreción.

La falta de lesiones óseas, la frecuente bilateralidad de la afección, hacen probable que tales colecciones sean producidas, según la hipótesis de Zuckerkandl, por la difusión á la mucosa del seno, de un proceso inflamatorio, de la mucosa nasal; ésta cura, mientras que la mucosa del seno queda crónicamente inflamada.

Los medios de que se dispone para el diagnóstico de una sinusitis maxilar son:

I. Al examen rinoscópico se constata la existencia de pus en el meato medio.

II. Existencia de mayor ó menor cantidad de mixomas.

III. Otro medio de diagnóstico consiste en el cateterismo del seno por su abertura natural, aunque no es fácil de practicar.

IV. La posición del enfermo. Al inclinar la cabeza hacia adelante, ó al acostarse del lado opuesto al enfermo, aumenta la salida de pus por la nariz (Signo de Fränkel).

V. Punción exploradora de la pared inferior del seno, acompañada de aspiración y lavaje.

VI. Por último; como medio más fácil y más seguro de diagnóstico, tenemos la iluminación bucal del seno

por transparencia, por medio de una lamparita eléctrica, ó método de Hering; que está basado en la opacidad que adquiere el arco infraorbitario, en los casos que existe una sinusitis maxilar.

Este método se practica de la manera siguiente: En una cámara oscura y estando el enfermo convenientemente sentado, se le coloca en la boca una lamparita eléctrica.

Se hace cerrar la boca al enfermo, de modo que toque el aparato, no con los dientes, sino con los labios solamente. Puesto en funcionamento el aparato eléctrico, si el seno está sano, aparecerá perfectamente iluminado, notándose, sobre todo por debajo del párpado inferior de cada lado, un creciente luminoso.

En el caso de que uno de los senos esté enfermo, no se iluminará y desaparecerá por consiguiente el creciente luminoso infraorbitario.

Lermoyez hace notar que no hay que llevar la lamparita á una gran incandescencia, si se quiere apreciar mejor la diferencia de transparencia luminosa de ambos lados.

Davidsohn agrega otro signo objetivo, que consiste en la falta de transparencia, ó sea en la falta de resplandor ocular, del fondo del ojo, del lado en que el seno maxilar está enfermo.

Otro signo es la percepción luminosa que tiene el enfermo, á cada cierre de la corriente; percepción

que será nula para el lado en que el seno maxilar esté afectado. Haciendo mirar fijo al enfermo, si éste es medianamente inteligente, nos podrá decir si percibe ó no luz, por la cara inferior del globo ocular, á cada cierre de la corriente. Este es, en fin, el medio de diagnóstico más fácil y seguro que tenemos á nuestro alcance.

Pronóstico

La sinusitis maxilar no es una enfermedad peligrosa, puesto que no compromete jamás la vida de las personas que padecen de ella.

Puede suceder, sin embargo, que algunos enfermos descuiden la afeccion á tal punto, que si no llega á comprometer su vida, por lo menos les cause una gran incomodidad, una notable deformidad, y exige un tratamiento muy largo, y operaciones más ó menos dolorosas, para su curación.

Las consecuencias en estos casos, por suerte muy raros, son: la separación de las paredes del antro, su carie, la caída de los dientes, y la perforación de la bóveda palatina seguida de necrosis de toda la mitad del paladar óseo y caída de todos los molares. (Véase observación núm. 5 de la sala 5ª del hospital de Clínicas). Salvo, pues, estos casos raros, la afección, como antes he dicho, no ofrece gravedad alguna.

Complicaciones

Las complicaciones de la sinusitis maxilar más frecuentes son: La hipertrofia del cornete medio, con degeneración mixomatosa del mismo; las granulaciones al nivel del hiatus semilunar, ó sea los pequeños pólipos; el coriza caseoso, y los pólipos mucosos. La rinitis hipertrófica, y los pólipos mucosos son las complicaciones más frecuentes.

Del lado de la cara se observa: el eczema del vestíbulo de la nariz y el eczema pilaris del labio superior.

Se observan también perturbaciones gástricas, á causa de que en la posición de acostados los enfermos tragan el pus, que cae continuamente en la garganta, por el naso-farinx.

Como complicaciones más raras debemos citar: la perforación de la bóveda palatina, seguida de necrosis del paladar óseo en una de sus mitades, y caída

de todos los molares del mismo lado. (Véase Obser. 5ª).

Por último; el baño permanente de pus, del naso-farinx, hace posible la infección del oído, por medio del orificio de la trompa de Eustaquio.

Una complicación rara, y que ha sido observada una sola vez por el Dr. Scheppegrell de New Orleans (1896), es la producción de hemorragias, al perforar por la vía alveolar, hemorragias que se producen también cada vez que se renueva el taponamiento, y que son tan abundantes que simulan la hemofilia.

El autor cree que son debidas á un estado angiomatoso de la mucosa del seno en el punto trepanado. En el caso observado por él no existían signos de hemofilia.

Tratamiento

Tres son las vías que se pueden elegir, para penetrar en el seno maxilar, ó antro de Highmoro: la via nasal, la fosa canina y la vía alveolar.

Por la via nasal tenemos dos métodos de tratamiento: 1° El cateterismo é irrigación del seno por el orificio natural de comunicación de éste con la fosa nasal correspondiente.

2° La perforación por el meato inferior seguida de irrigación.

El primero, es decir, el cateterismo del seno por su orificio natural, se practica por medio de la cánula de Hartmann, que tiene la forma siguiente: es un tubo de dos milímetros de diámetro, acodado en ángulo recto á un centímetro de su extremidad, terminado en el otro extremo en forma de una pequeña pera, y doblado en su mitad en ángulo obtuso.

La acodadura de la extremidad distal se hace en

el plano horizontal; debiéndose entonces poseer dos cánulas encurvadas una á la derecha y otra á la izquierda.

A la extremidad terminada en forma de pera, se adapta una jeringa inglesa, cuya extremidad se sumerge en el líquido antiséptico que se desea emplear para la irrigación.

Para practicar el cateterismo, se desliza la extremidad acodada de la sonda á lo largo de la pared externa, dando vuelta hacia arriba el pico de su curvatura. En cierto momento una falta de resistencia indica al operador el encuentro de una depresión; hace entonces girar de 90° el pico de la sonda, llevándolo hacia fuera, y con un poco de costumbre, se consigue hacerlo penetrar en el orificio del seno.

El primer cateterismo es muy difícil de practicar.

Se tiene la confirmación de que la sonda está en buena posición por la salida por ella de un pus fétido, líquido y aun á veces caseoso. Una vez penetrado en el seno se inyecta por medio de la jeringa adaptada á la cánula un líquido antiséptico y á pequeños chorros. Se continúa la irrigación hasta que el líquido salga perfectamente limpio.

El cateterismo del seno maxilar no es siempre posible practicarlo; hay que tener en cuenta la conformación de la región en cada individuo en particular. Es fácil, relativamente, practicarlo en aquellos sujetos cuyo meato medio es muy abierto, cuyo cor-

nete medio se destaca bastante de la pared, y en aquellos en que la fisura etmoidal ofrece un pasaje suficiente.

En las condiciones inversas, no se puede penetrar en el orificio natural del antro sino á costa de pequeñas fracturas, que obran sobre el cornete medio, ó sobre la apófisis unciforme.

En cuanto al segundo método, ó sea la perforación por el meato inferior, se practica por medio del trócar de Krause.

Este trócar es curvo, de ocho centímetros de longitud y de cinco milímetros de diámetro.

Para perforar el seno, Krause penetra en la parte profunda del meato inferior, teniendo la punta del instrumento dirigida hacia arriba y afuera. Una vez practicada la perforación, se saca el vástago del trócar y se adapta á su cánula, que permanece en sitio, una jeringa llena con una solución antiséptica tibia ó simplemente con agua salada hervida.

Se continúa la irrigación, como en el método anterior, hasta que el líquido, que sale por el orificio natural del seno, que sirve de contraabertura, sea completamente claro.

Se insufla entonces aire en la cavidad, para secarla lo mejor posible; hecho esto se adapta á la cánula el pico de un pulverizador de Kabierske, lleno de iodoformo ó de iodol y se tapiza la cavidad del antro con una capa de estos polvos antisépticos. Este tratamiento se renueva cada dos días.

Estos dos métodos están hoy abandonados por dos razones principales, que son: la dificultad para practicar el cateterismo por el orificio natural del seno, y la perforación por el meato inferior; y la segunda es que estas vías no ofrecen un punto declive para la fácil salida del pus. En efecto, el pus para eliminarse tiene que seguir un trayecto ascendente, porque el orificio de comunicación del seno con la fosa nasal correspondiente está colocado muy por encima del bajo fondo de la cavidad del antro de Highmoro. Estas razones han hecho que se reemplace estas vías por la alveolar.

La tercera vía de penetración en el antro de Highmoro es la que sigue Desault ó sea la perforación por la fosa canina. Para practicar este método se atrae primeramente la comisura labial, por medio de un separador romo, hacia arriba y atrás, y se coloca en el fondo del vestíbulo de la boca del mismo lado á operar un tapón de algodón para absorber la sangre que salga durante la operación. Al contrario de las vías nasal y alveolar, esta operación como es muy dolorosa exige que sea practicada bajo la acción del cloroformo. Desault aconseja llevar la cloroformización sólo al estado de seminarcosis del paciente, estado que, suprimiendo el dolor y estando conservados los reflejos permite al enfermo escupir la sangre que saliendo durante la operación, caería en sus vías aéreas si estuviese completamente cloroformado.

Además, una anestesia completa exigiría una inversión exagerada, de la cabeza hacia atrás, y á causa de esto, la hemorragia operatoria sería tan abundante, que la intervención no podría ser terminada correctamente.

Una vez tomadas todas estas precauciones, se traza una incisión horizontal al nivel del surco gíngivo-labial superior, que va desde la raíz del canino hasta la primera molar, interesando la incisión igualmente al periostio.

Este es desprendido en seguida, en toda la extensión de la fosa canina, evitando llevar el desprendimiento demasiado arriba, para no herir al nervio infraorbitario. Se tapona la herida, hasta que todo derrame de sangre haya cesado, y que la pared ósea quede bien á la vista.

Entonces por medio de una tijera de extremidad cortada en bisel ó cuña y muy cortante, para atacar la mucosa del seno sin desprenderla, se desfonda la pared anterior del seno, que en general es delgada. El orificio así practicado, se agranda con una cureta, hasta que admita fácilmente la entrada de un dedo.

Sucede á veces que una vez abierto el seno se llena de una cantidad tan grande de sangre, que llega á salir por la boca y la nariz; se levanta entonces al enfermo, se le inclina la cabeza hacia adelante y se rellena con rapidez la cavidad del seno con gasa ioduroformada, lo que basta en general para detener la

hemorragia. Si la cantidad de sangre que sale es mínima se puede explorar con el dedo las paredes del seno. Si se encuentran crestas óseas que dividen el seno se las destruirá con la cureta ó con la pinza cortante. Se practica después un lavado antiséptico de la cavidad y se rellena con una larga mecha de gasa iodoformada. Se renueva la curación cada tres días.

La cuarta vía es la alveolar.—Para penetrar en el seno por esta vía, se aprovecha un molar enfermo si lo hay, y si no se saca la primera gran molar ó la segunda premolar, por ser la que está en la parte más anterior y declive del seno. Se procede después á la perforación del alveolo, teniendo en cuenta antes el grado de hundimiento del paladar con relación á las encías. Se puede medir aproximadamente la cantidad de alveolo que hay que perforar, según la distancia que existe desde la bóveda palatina hasta el borde alveolar.

Se perfora dirigiendo siempre el perforador de abajo hacia arriba y de fuera adentro, porque si se mantiene vertical, en vez de llegar al seno, se perforaría la pared externa de él y se vendría á salir con el instrumento al nivel de la mejilla.

Se reconoce cuándo se ha penetrado con el instrumento, en la cavidad del antro de Higmoro, porque desaparece la resistencia que ofrecía el hueso. Estos perforadores tienen además ún punto de detención

para evitar que con el esfuerzo se llegue á perforar la pared orbitaria. Se emplea primero el perforador más pequeño, que tiene al rededor de 5 milímetros de diámetro, y una vez la perforación terminada con éste, se agranda con uno de ocho milímetros, que es el más grande; de este modo se pueden hacer después fácilmente las curaciones.

Una vez perforado el alveolo se hacen amplias irrigaciones del seno, por medio de cánulas acodadas, y con diversos líquidos antisépticos, debiéndose preferir los líquidos no cáusticos, porque como salen en parte por el orificio de comunicación del seno, con la fosa nasal correspondiente, siendo cáustico el líquido inyectado, daría lugar á una irritación de la mucosa nasal, y aun más á una cauterización que es necesario evitar.

Una vez terminada la irrigación con una solución débil antiséptica, se tapona por el alveolo, la cavidad del antro, con gasa iodoformada, renovándose la curación cada cuatro ó cinco días, no habiendo necesidad de renovarla antes, porque la gasa mantiene en la cavidad del seno una atmósfera antiséptica. Antes se usaba cerrar el alveolo, después del lavado antiséptico, con clavijas pequeñas, ya sea de marfil, de caoutchouc, y aun de metal.

Estas han sido hoy abandonadas, y reemplazadas por la gasa iodoformada.

En cuanto á los medicamentos cáusticos ó anti-

sépticos empleados antes, habría que recorrer la larga lista de ellos para darse cuenta de todos los que se han usado, ya sea bajo forma líquida ó bajo forma de polvo en insuflaciones.

Indicaciones y contraindicaciones de cada tratamiento

Se puede precisar de una manera bastante neta, las indicaciones de cada uno de los métodos operatorios descriptos.

Bajo el punto de vista del pronóstico existen, según Lermoyez, tres categorías de sinusitis ó empiema maxilar.

I. Empiemas que curan en pocos días, después de algunos lavajes antisépticos; casos que no son muy raros.

II. Empiemas incurables; que producen en el enfermo fístulas permanentes, y lo condenan á lavajes indefinidos; son los casos en que la intervención ha sido muy tardía.

III. Empiemas tenaces pero curables, que es la forma habitual.

He aquí cómo debe conducirse el tratamiento en todos los casos, según Lermoyez.

Ante todo se advertirá al enfermo, sobre todo si tiene un empiema antiguo, que será librado de todos aquellos síntomas que le estorban, pero que probablemente el tratamiento de su sinusitis durará mucho tiempo sin que se pueda precisar ningún plazo. Se procede después de la manera siguiente:

I. Si se trata de un empiema reciente consecutivo á un coriza, sin lesión dentaria, se puede probar el lavaje por el orificio natural del seno, lo que ahorra al paciente una operación. Sin embargo, esta ventaja está contrabalanceada por varios inconvenientes, á saber: dificultad de encontrar el orificio; presión demasiado débil de la irrigación, á causa de la delgadez de la cánula; ausencia de contraabertura para la salida del líquido irrigado; y por último, imposibilidad de que los grumos de pus puedan salir entre los bordes del orificio y la cánula.

Suponiendo que estos inconvenientes se salven, si al cabo de quince días no se produce ninguna mejoría se debe abandonar este tratamiento, reemplazándolo por uno de aquellos en que se practica la abertura del seno.

II. La abertura por el meato inferior es un procedimiento que lo mismo que el anterior es difícil de practicar y que puede ser considerado como un succedáneo muy imperfecto de la abertura por la vía alveolar.

Clínicamente no tiene más que una ventaja: respe-

tar la integridad de la dentadura; no existe pues más que una indicación: el rechazo absoluto del enfermo de dejarse sacar un molar á condición, bien entendido, de que todos sus dientes estén sanos.

Los inconvenientes que presenta son varios.

a) La perforación es difícil, penosa y provoca á menudo una hemorragia seria; *b*) á cada curación es necesario reintroducir la cánula al tanteo, lo que es una maniobra dolorosa.

c) Por último, los lavajes no pueden ser practicados sino por el médico; inconvenientes que no presenta la vía alveolar de que trataré después.

III. *La trepanación por la fosa canina*, que permite una amplia abertura del antro maxilar está indicado: *a*) En todos los empiemas cerrados *b*). En aquellos empiemas que han resistido á otro tratamiento largo tiempo aplicado.

No se debe, pues, usar este tratamiento desde el primer momento, pues la operación es dolorosa, y exige ser practicada bajo la acción del cloroformo, inconveniente que no presenta tampoco la vía alveolar.

IV. El último procedimiento operatorio es la abertura del seno por la vía alveolar.

Es el procedimiento clásico, aplicable en la inmensa mayoría de los casos, y el que más ventajas ofrece. Veamos cuáles son:

a) Es de una ejecución fácil é inofensiva.

b) Abre la cavidad del seno en un punto declive;

lo que no permiten los procedimientos por la vía nasal.

c) Permite al enfermo hacerse él mismo las irrigaciones, y tan á menudo como le sea posible.

d) Facilita el taponamiento del seno.

Sin embargo, algunos autores, le atribuyen los siguientes inconvenientes:

a) De que expone al seno, á la infección secundaria, por la penetración de alimentos; peligro que es fácil de evitar haciendo usar al enfermo un obturador alveolar ó taponando el seno con gaza iodoformada.

b) De que necesita la extracción de un diente á veces sano.

c) Por último, de que no permite un curetaje amplio de la cavidad enferma.

Este es el método que se ha seguido en todos los casos observados en el consultorio de la sala 5ª dirigido por el Dr. Obejero, y cuyas historias adjunto al final de mi trabajo.

Según Lermoyez, antes de decidirse á abrir ampliamente el seno maxilar, del cual ningún tratamiento más simple no ha podido detener la supuración, es necesario buscar con cuidado la existencia de un empiema frontal ó etmoidal, que podría estarlo infectando continuamente, derramándose en él el pus que viene de dichas cavidades. Muchas sinusitis maxilares rebeldes son debidas á esta causa.

Cualquiera que sea el método empleado para abrir el antro de Highmoal, es indispensable según el mismo autor, mantener en un estado perfectamente acéptico, las cavidades nasal y bucal que comunican con él. En el método alveolar esto no es necesario, porque se tapona con gaza iodoformada la cavidad del seno.

Observaciones

De los numerosos casos de sinusitis maxilar observados en el consultorio de la sala 5ª del Hospital de Clínicas dirigido por el Dr. Obejero enumeraré sólo aquellos que he seguido durante todo el curso de su tratamiento.

OBSERVACION I

Empiema del seno maxilar izquierdo

J. L., 28 años, argentina.

Su enfermedad empezó con dolores en el lado izquierdo de la cara, que duraron más ó menos un mes. Tenía al mismo tiempo la percepción de mal olor. Poco después le comenzó á salir pus por la fosa nasal izquierda, pus que al principio salía mezclado con sangre.

Se presenta al consultorio el 5 de Junio del año

pasado. Al examen, se nota pus en el meato medio, y practicada la iluminación bucal del seno, resultó positiva.

Es operada en el mismo mes, sacándosele dos raigones y un molar, perforando en seguida el alveolo de este último.

Se hacen irrigaciones del seno con una solución boricada, y se tapona la cavidad del antro con gaza iodoformada.

Estas curaciones se hacían cada tres días.

En Octubre del mismo año salió completamente curada; lo que se comprobó por el examen ulterior.

OBSERVACION II

Empiema del seno maxilar izquierdo

A. P. de C., 48 años, italiana.

Su enfermedad empezó por una gran sensación de frío del lado izquierdo y dolores de ese lado.

Poco tiempo después la enferma notó que le salían á menudo gotas acuosas por la nariz, gotas que cuando ella se sonaba fuerte se mezclaban con pus. Se presentó al consultorio en Enero del año pasado. Practicado el examen rinoscópico primero, se notó no sólo que había pus en el meato medio, sino también la existencia de un pólipo (mixoma) en el mismo lado, es decir, el izquierdo. La iluminación bucal eléctrica del seno es positiva. Al otro día se extrae

el pólipo, y la primera gran molar del lado izquierdo, y sale inmediatamente por el alveolo una regular cantidad de pus. Esto último nos prueba que las raíces de dicho molar penetraban hasta el seno maxilar.

Se agrandó el alveolo por medio del perforador; se hicieron irrigaciones y taponamiento de la cavidad maxilar día por medio y quedó curada en Marzo del mismo año. Examinada quince días después de haber sido dada de alta, no se notaba ya pus en el meato medio, y la iluminación del seno izquierdo dió igual transparencia de él que del derecho.

OBSERVACION III

Empiema seno maxilar izquierdo

A. E., 43 años, argentina.

Empezó su afección en Agosto del año pasado con un dolor de cabeza que á veces se localizaba del lado izquierdo de la cara.

Viene por primera vez al consultorio de la sala 5ª el 10 de Octubre del año pasado, quejándose de sentir mal olor. Examinada perfectamente el mismo día no se nota pus en el meato medio al examen rinoscópico. La primera gran molar está cariada. La iluminación bucal del seno es positiva.

Día 15, Octubre 1895. Al examen rinoscópico nuevamente practicado se nota pus en el meato medio.

Día 20 de Octubre. Habiéndose sacado la primera gran molar, el estilete penetró hasta el antro.

Se agranda entonces la abertura alveolar por medio del perforador, y sale una pequeña cantidad de pus. Se practica como en los otros casos, irrigaciones con ácido bórico, y taponamiento con gaza iodoformada cada tres días. Al cabo de un mes, la enferma mejoró tan notablemente, que creyéndose sana, dejó de ir al consultorio.

En Enero del corriente año vuelve por segunda vez al consultorio. Los dolores, según la enferma, se han atenuado desde el día de la primera operación y la sensación de mal olor ya no existe.

En Febrero se provoca la cicatrización de la abertura alveolar por medio de gálvano-cauterizaciones repetidas, por considerarla sana.

Poco tiempo después reaparece la sensación de mal olor, debiéndose practicar al fin del mes de Febrero la reapertura alveolar con el perforador.

Se continúan como al principio, las irrigaciones y el taponamiento día por medio.

19 de Marzo, 1896. Desde hace diez días todo ha desaparecido; la abertura alveolar está cerrada y la iluminación bucal del seno da igual grado de transparencia de ambos lados. Es dada de alta en este día completamente curada.

OBSERVACION IV

Pólipos de ambas fosas nasales y empiema maxilar doble

M. E., 28 años, vasca francesa.

Antecedentes: Desde la edad de 12 años le salía abundante cantidad de pus por la nariz.

En el año 94 consultó á un médico, el cual le extirpó unos pólipos, quedando, según dice la enferma, curada por espacio de un año, al cabo del cual le apareció nuevamente la supuración nasal. Fué entonces al consultorio del Hospital de Niños, donde la operaron en Febrero del año pasado, perforándole ambos senos por la vía alveolar. Después de un mes de tratamiento en dicho hospital, se resuelve venir al consultorio de la sala 5ª del Hospital de Clínicas el día 25 de Marzo del año pasado.

Estado actual: Marzo 20 del 95. La parte superior de las fosas nasales en ambos lados están llenas de pólipos. En el sitio de la primera gran molar de ambos lados, que ha sido sacada existen trayectos fistulosos estrechos que dejan pasar un estilete muy fino y por los cuales sale pus.

La iluminación bucal de ambos senos da opacidad del arco infraorbitario de los dos lados.

Marzo 22 del 95. Se perforan ambos senos por la cavidad alveolar en el sitio ocupado por los trayectos fis-

tulosos, practicándose en seguida una amplia irrigación de ambos senos con una solución bórica, saliendo junto con el líquido inyectado una gran cantidad de pus.

Se taponaron en seguida los senos con una larga mecha de gaza iodoformada, y se renuevan las curaciones como en los demás casos cada tres días.

En Julio del mismo año salió curada completamente, lo que se comprobó por el examen ulterior.

No existían ya pólipos, y á la iluminación bucal de los senos, ambos aparecían perfectamente transparentes en la parte correspondiente al arco infraorbitario.

OBSERVACION V

Empiema seno maxilar izquierdo

V. R., 53 años, argentino. Entró á la sala 5ª, cama núm. 3, el día 19 de Diciembre del 95.

Antecedentes: Hacen 35 años recibió un golpe de puño sobre la región del maxilar superior izquierdo. Un año despues comenzó á salirle pus por encima del segundo incisivo izquierdo, formándose como consecuencia un trayecto fistuloso que persistió hasta Octubre del año 1894.

Desde esa época ha sufrido dolores continuos.

Entra á la sala en Diciembre del año pasado.

Al examen se nota una abertura del paladar óseo

al nivel de la segunda gran molar izquierda y á distancia de un centímetro y medio por dentro de ella. La mucosa del paladar está desprendida y necrosada en ese punto, y el estilete penetra fácilmente en el seno.

En Enero del corriente año se agranda, por medio de la cureta, la abertura fistulosa del paladar, teniendo ahora el tamaño de una moneda de dos centavos. En el mismo mes se hace la escisión de la mucosa, pudiendo apreciarse la necrosis del hueso subyacente.

La introducción del dedo pequeño por la abertura hasta la cavidad del antro, revela la existencia de un gran número de fungosidades, pequeños secuestros, rugosidades y aristas, principalmente en la pared anterior del seno. Se practica un raspado de dicha cavidad con la cureta, seguido de irrigaciones antisépticas y previa insuflación de polvos de iodoformo, se rellena la cavidad con gaza iodoformada.

Habiéndose aliviado, el enfermo quiso volver á su punto de residencia; pero la falta de cuidado lo empeoró y tuvo que volver á la sala el 9 de Marzo del corriente año.

En esa época presentaba la cavidad del antro ampliamente abierta por el lado del paladar, siendo lisa y supurando poco.

La pared interna del seno se ha destruído también, de modo que por la abertura del paladar se ve una gran parte del cornete inferior izquierdo.

Día 11 de Marzo del 96. Nuevo curetaje de la cavidad y extirpación de algunos molares del mismo lado.

Día 29. La parte de paladar óseo así como los molares y caninos que quedan de ese lado están flotantes y se resuelve hacer la extirpación de todas esas partes; perdiendo entonces el enfermo toda la mitad izquierda del paladar óseo así como los caninos y molares de ese lado. En cuanto al paladar blando, se encuentra todo ulcerado.

Las partes extirpadas se mandan examinar al laboratorio de la sala 9, dirigido por el Dr. Wernicke, por sospecharse una afección maligna.

El resultado del examen de las partes óseas no dió ningún dato; y el de las partes blandas, no lo he podido conseguir.

En este estado el enfermo resuelve abandonar definitivamente la sala, por lo que no se puede saber qué fin ha tenido.

OBSERVACION VI

Empiema seno maxilar derecho

L. G., 27 años, argentino.

Antecedentes: A los 15 años recibió un golpe en el lado derecho de la cara, á consecuencia de una caída del caballo, quedándole desde entonces dicho lado aumentado de volumen.

En Julio del año pasado tuvo una postemilla por encima del canino del lado derecho.

Quince días después comenzó á salirle pus de los contornos de dicho canino; se lo hace sacar y en ese estado se presenta por primera vez al consultorio el día 12 de Noviembre del año pasado.

Al examen se notaba el lado derecho de la cara aumentado de volumen; la ausencia del canino del mismo lado, por cuyo alveolo sale pus.

La iluminación bucal del seno derecho es positiva.

Se perfora el alveolo y como en los demás casos se hacen irrigaciones boricadas y taponamiento con gaza iodoformada cada tres días.

A fines de Enero del corriente año es dado de alta completamente curado, lo que se comprueba por un nuevo examen del enfermo.

OBSERVACION VII.

Empiema seno maxilar izquierdo

J. C. A., 44 años, español. Entró á la sala 5ª, cama número 3, el día 4 de Marzo del corriente año.

Antecedentes: Nulos.

Este enfermo presentaba una úlcera vegetante del dorso de la nariz en comunicación con el interior de la misma, y un tumor obturando la fosa nasal izquierda, que resultó ser una gran mixoma. El cornete in-

ferior del lado izquierdo estaba hipertrofiado y propulsado hacia adelante.

La iluminación bucal del seno izquierdo resulta positiva.

Se le extraen varios mixomas, se raspa la úlcera y se gálvano-cauteriza el cornete.

Sospechándose que la úlcera fuese de naturaleza sifilítica, por más que el enfermo no daba antecedentes al respecto, se puso en práctica el tratamiento mercurial. Este dió excelente resultado, puesto que la úlcera y la fístula curaron con ese tratamiento.

En cuanto al seno, que fué examinado en diversas ocasiones, se notaba que cada vez aparecía más claro y cuando el enfermo salió de alta, el seno enfermo se iluminaba tan perfectamente como el sano.

Este caso es interesante porque, como se ve, el enfermo curó con tratamiento mercurial y la extracción de unos mixomas, sin necesitar del sacrificio de un diente ni de irrigaciones y taponamiento como en los demás casos.

OBSERVACION VIII

Empiema seno maxilar derecho

J. C., 50 años, española, partera.

Antecedentes: En Enero del año pasado empezó á salirle líquido por la nariz, que aumentaba cada vez que la enferma inclinaba la cabeza hacia adelante. El líquido era fétido.

Estado actual: Se presenta á este consultorio el 5 de Junio del año pasado.

Persiste la salida de líquido, de olor fétido, por la nariz.

Al examen bucal se notan los dos pequeños molares, y los caninos del lado derecho cariados.

La iluminación del seno da opacidad del lado derecho.

Se le extraen los dos molares, se perfora uno de los alveolos por donde sale gran cantidad de pus.

Se hacen irrigaciones y taponamientos con gaza como en los demás casos.

Iluminado de nuevo el seno, al mes y medio de tratamiento aparece casi tan iluminado como el sano. Se continúa el tratamiento, y en Septiembre del mismo año es dada de alta completamente curada.

OBSERVACION IX

Empiema seno maxilar izquierdo

A. O., 28 años, española.

Antecedentes: En Julio del año pasado comenzó su enfermedad. Ha padecido mucho de sus muelas, habiéndose hecho sacar dos del lado izquierdo.

El primer síntoma que tuvo la paciente fué la salida de pus por la nariz, que aumentaba cuando inclinaba la cabeza hacia adelante ó que se acostaba del lado opuesto al enfermo.

Poco después le aparecieron dolores del lado izquierdo de la cara. Viene por primera vez al consultorio á fines del mes de Julio del año pasado.

Examen del enfermo: Practicado el examen rinoscópico se constató pus en el meato medio.

Sacado ese pus por medio de un algodón y haciéndole inclinar la cabeza hacia adelante, la cantidad que aparecía era mayor. La iluminación bucal, eléctrica por transparencia del seno, resulta positiva del lado izquierdo, el arco infraorbitario de ese lado aparece opaco, mientras que el derecho está perfectamente iluminado.

Tratamiento: Como le faltan dos molares del mismo lado, se perfora uno de los alveolos, por donde sale pus. Se hacen irrigaciones antisépticas, y taponamiento con gaza cada tres días.

Hallándose casi curada á fines del año pasado abandona el consultorio; pero la falta de tratamiento la empeoró y tuvo que volver al consultorio en Marzo del corriente año.

Es sometida nuevamente al tratamiento y en Mayo quedó curada. A la iluminación bucal del seno se ve que el arco infraorbitario del seno que estaba enfermo está tan claro como el del lado sano. No existe mas pus en el meato medio. Es dada de alta en ese mes.

OBSERVACION X

Empiema seno maxilar izquierdo

J. P., 26 años, argentina.

Antecedentes: Ha padecido desde muy niña de dolores de muelas. Hacen siete años que le empezó la enfermedad, saliéndole pus por la nariz.

Tenía además de vez en cuando dolores en el lado izquierdo de la cara, acompañados de vahidos. Se presenta por primera vez al consultorio en Septiembre del año 1894.

Examen de la enferma: Al examen rinoscópico se notaba pus en el meato medio.

La iluminación bucal del seno da opacidad del arco infraorbitario del lado izquierdo.

Al examen bucal se ve que la primera gran molar está cariada.

Tratamiento: Se le extrae la molar cariada, se perfora el alveolo correspondiente, por donde sale en seguida bastante pus. Como en los demás casos, se hacen irrigaciones y taponamiento de la cavidad enferma cada tres días.

Después de cuatro meses de tratamiento salió completamente curada, lo que se comprobó por un último examen de la enferma.

OBSERVACION XI

Empiema de ambos senos maxilares

L. D. de C., 32 años, italiana.

Esta enferma se presenta al consultorio del Dr. Tello en Noviembre del año pasado, quejándose de percibir un mal olor, y de que le salía una gota líquida de la nariz, y que al sonarse fuerte esa gota líquida se hacía francamente purulenta. Examinada con detención, el Dr. Tello comprueba un empiema doble y opera á la enferma por la vía alveolar.

Le extrae del lado izquierdo la penúltima molar y del lado derecho la primera gran molar. Perfora los alveolos correspondientes, por donde sale en seguida una regular cantidad de pus. Le practica una amplia irrigación y un taponamiento con gaza idoformada de ambos senos.

La enferma siendo pobre se resuelve á venir al consultorio de la sala 5ª, donde continúa el tratamiento impuesto por el Dr Tello, y sale curada al cabo de un mes de tratamiento.

Se comprueba á la iluminación bucal, que no existe ya opacidad de los arcos infraorbitarios y al examen rinoscópico que no existe pus en el meato medio. Es dada de alta.

OBSERVACION XII

Esta última observación corresponde á un caso particular del Dr. E. Obejero:

Señora de 34 años, muy nerviosa, se queja de dolores en el lado izquierdo de la cara. Tiene la piel del pómulo y de la mejilla vecina más roja que la del otro lado.

Al examen rinoscópico se notaba pus en el meato medio y un pequeño mixoma alargado y con pedículo delgado insertado en el borde del infundibulum. A la iluminación, presenta el signo de Hering, es decir, opacidad del seno.

Se extrajo el pólipo y se le sacó la primera gran molar cariada, para proceder á la perforación del seno por la vía alveolar.

La enferma, por un accidente de familia y en gran parte por temor á la operación, dejó pasar diez días. Volvió después al consultorio diciendo que todos los síntomas habían desaparecido.

Efectivamente, el seno se muestra más transparente, no hay pus en la fosa nasal y como nada hiciera urgente la intervención, se le pide que vuelva á los quince días.

Un examen prolijo demostró al Dr. Obejero que la enferma estaba completamente curada.

Un año después se presenta la enferma con síntomas idénticos en el lado derecho. La misma supura-

ción, el mismo mal olor y un mixoma igual al anterior, y también, como aquél, insertado en el borde del infundibulum.

La iluminación muestra el seno derecho completamente opaco, mientras que el izquierdo, que fué el primero enfermo, está perfectamente transparente. Se le extrae, como la primera vez el pólipo, y no habiendo muela cariada, se la deja en observación. En las dos ocasiones la enferma decía que la salida del líquido purulento por la nariz disminuía gradualmente.

Después de repetidos exámenes, que demostraban la mejoría de la enferma, fué dada de alta completamente curada, tres semanas después del primer examen. Como se ve, este caso es notable, porque sin más intervención que la extracción de un pequeño pólipo, la enferma curó.

Estas son en fin las observaciones que completan mi trabajo. En ellas se ve que el empiema maxilar es más frecuente del lado izquierdo.

En cuanto á la curación más ó menos rápida depende de la antigüedad del empiema.

A empiemas antiguos corresponde un tratamiento muy prolongado.

Buenos Aires, Julio de 1896.

E. Roffo.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1ª El mejor tratamiento del empiema frontal es la supresión de la pared anterior del seno.

2ª La abertura del antro mastóideo es el mejor tratamiento de las otorreas crónicas.

3ª El curetaje del naso-farinx es el mejor tratamiento de las vegetaciones adenoideas.

BIBLIOGRAFIA

Zuckerkand.—Anatomie des fosses nasales.

Congreso médico internacional de Roma, 29 Marzo á 5 de Abril del año 1894.

Duplay y Reclus.—Revue de Chirurgie.

A. Gouguenheim.—Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx.

M. Lermoyez.—Therapeutique des maladies des fosses nasales.

Buenos Aires, Julio de 1896.

Sírvanse informar respecto de la admisibilidad de este trabajo, los Sres. Académico Dr. Pedro Mallo y Profesores Dres. Antonio C. Gandolfo y Obdulio Hernández.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.

Luis M. Acuña.

Buenos Aires, Agosto 4 de 1896.

Sr. Decano:

Trascribo 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 Enrique Roffo:

«En el local de la Facultad, á 4 de Agosto de 1896, «reunidos los que suscriben encargados de dicta- «minar sobre la admisibilidad de la tesis presenta- «da por el ex-alumno Enrique Roffo, y que ver- «sa sobre Empiema del seno maxilar», resolvió «admitirla.»

Firmado: Pedro Mallo, Antonio C. Gandolfo, Obduilo Hernández.—Firmado: Zenón Aguilar.

Luis M. Acuña.

Buenos Aires, Agosto 5 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.

Luis M. Acuña.