Año 1909 N.° 1942

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Médicas

Contribución al estudio de la trombo-flebitis del seno lateral

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Antonio R. Zambrini

Ex-Interno del Hospital San Roque 1902 - 09

Ex-practicante del Servicio del Profesor E. V. Segura 1905-09

«LA CIENCIA MEDICA»

Librería y Casa Editora de A. Guidi Buffarini

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

1909

Contribución al estudio de la trombo-flebitis del seno lateral

AÑO 1909 N.° 1942

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Médicas

Contribución al estudio de la trombo-flebitis del seno lateral

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Antonio R. Zambrini

Ex-Interno del Hospital San Roque 1902-09

Ex-praticante del Servicio del Profesor E. V. Segura 1905-09

«LA CIENCIA MEDICA»
Librería y Casa Editora de A. Guidi Buffarini
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS DE LA ACADEMIA

Presidente

Dr. D. Eufemio Uballes

Vice-Presidente

Dr. D. Pedro N. Arata

1. Dr. D. José T. Baca
2. » » Rafael Herrera Vegas
3. » » Jacob de Tezanos Pinto
4. » » Eufemio Uballes
5. » » Pedro N. Arata
6. » » Roberto Wernicke
7. » » Pedro Lagleyze
8. » » José Penna
9. » » Luis Güemes
10. » » Eliseo Cantón
11. » » Enrique Bazterrica
12. » » Antonio C. Gandolfo
13. » » José M. Ramos Mejía

Secretario

Dr. D. Jacob de Tezanos Pinto

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vice decano

Dr. Antonio C. Gandolfo

Concejeros

Dr. D. Eliseo Cantón
» » Luis Güemes
» » Enrique Bazterrica
» » Antonio C. Gandolfo
» » José M. Ramos Mejía
» » Baldomero Sommer
» » Gregorio Araoz Alfaro
» » José R. Semprun
» » Abel Ayerza
» » Jaime R. Costa
» » Eufemio Uballes
» » Francisco Sicardi
» » Telémaco Susini
» » Nicasio Etchepareborda
» » Eduardo Obejero

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo)
» » Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoologia Médica	» Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Jaime R. Costa
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología teórico-pretica	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín Lopez Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (en ejerc.)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio A. Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Horacio Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Guemes con lic.
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología Interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Genito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

Profesores Honorarios

Roberto Wernicke
Juan R. Fernandez

Profesores Extraordinarios

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía Patológica	» José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde » José F. Molinari
Clínica Médica	» Patricio Fleming
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell » Avelino Gutierrez
Clínica Dermatog. Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves » José R. Semprun
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pedriática	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Alfredo Lanari
Botánica Médica	»	Rodolfo Enriquez
Histología	»	Julio G. Fernández
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte Alois Bachmann
Higiene Médica	»	Felipe Justo
Clínica Ginecológica	»	Jaime Salvador
» Oto-rino-laringológica	»	Eliseo V. Segura
Patología externa	»	Carlos Robertson Ricardo S. Gómez
» interna	»	Ricardo Colon
Clínica Oftalmológica	»	Enrique Demaría
» Quirúrgica	»	Francisco Llobet Marcelo Viñas Marcelino Herrera Vegas José Arce
» Neurológica	»	Mariano Alurralde
Medicina Legal	»	Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Luis Agote David Speroni
» Obstétrica	»	Enrique A. Pardo Enrique Zarate Arturo Enriquez Alberto Peralta Ramos
Clínica Pediátrica	»	Manuel A. Santas Mamerto Acuña Genaro Sixto
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos titulares
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y mineralogía.	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada . » . . .	» Miguel Puggari
Química orgánica aplicada.	» Francisco Barraza
Farmacognósia y posología razonadas . .	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.	» Ricardo Schatz

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Farmacognosia y posologia razonada . .	Dr. Juan A. Dominguez

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica . .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . . .	

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. . . .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clínica Obstetrica . . .	Ubaldo Fernández J. C. Llames Massini

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal .	N. Etchépareborda

PADRINO DE TÉSIS:

DR. ELISEO V. SEGURA

PROFESOR SUSTITUTO
DE CLÍNICA OTORINO - LARINGOLÓGICA

Á LA MEMORIA DE MI MADRE

A MI PADRE

Á MIS HERMANOS

Al doctor Eliseo V. Segura

Al unir vuestro nombre á mi pobre trabajo, hubiera deseado hacer algo que fuera digno del maestro, tarea muy superior á mis fuerzas; pero quien como Vd. me ha tratado siempre con tanta benevolencia, sabrá una vez más perdonar y aceptar la dedicación de ésta tésis.

A vuestro lado, durante varios años he aprendido lo que sé de la especialidad á que me dedico, y en Vd. hallé más que al maestro y jefe severo, al amigo que con bondad é indulgencia, con sanos consejos y sabia enseñanza, me dió á conocer no solo lo que á la medicina se refiere, sinó también, como se retempla el carácter y se lucha y se triunfa en la vida profesional·

Aceptad pues el primer trabajo de vuestro discípulo, que por lo mismo de ser el primero debe estar desprovisto de valor científico y creedme que en mi vida olvidaré lo mucho que os debo, y con trabajo y constancia trataré de ser digno del maestro, que me honra siendo mi padrino de tésis.

Introducción

No pretendo presentar en este trabajo ninguna novedad respecto á la afección que lo ocupa; solo tiene el mérito de que siendo una complicación relativamente rara, he tenido la suerte de observar varios casos durante mi internado, como practicante del servicio del profesor Doctor Segura y he intervenido directamente en su tratamiento y curación, ya ayudando á operar á mi distingnido maestro, ya, debido á su exquisita galantería operándolos yo mismo bajo su sabia dirección.

Sobre lo que quiero insistir, por la convicción que he ádquirido en la observación de casos análogos, que comprueban lo que siempre he oído decir á mi maestro y se pone en práctica en su servicio de oto-rino-laringología del Hospital San Roque, es en la necesidad de la intervención precoz amplia y radical.

Desde el momento que una otitis media supurada, ya sea aguda ó crónica, sale de su marcha habitual y toma un giro anormal, en cuanto

empiezan síntomas que nos hacen solo sospechar una complicación local de cualquier naturaleza, hay que interveuir pronto ampliamente.

Nunca, nunca se causará un perjuicio al portador de una afección de esta naturaleza interviniendo quirúrgicamente pues ya su enfermedad anterior, su otitis media, justifican la intervención en esta forma, y no es posible tampoco dismínuirle las probabilidades de éxito con respecto á su vida, por el temor sumamente lejano, y lo mencionamos por no ser absolutos, de una intervención en blanco, cosa que incomparablemente no tiene proporción de ninguna especie relativamente al enorme beneficio que se le produce interviniendo pronto enérgicamente en una complicación que juega con la vida del paciente y cuyo éxito depende hoy exclusivamente de la oportunidad de la intervención.

Es así como se ha obrada en el servicio del Profesor Segura y por esto es que á pesar de una estadística muy pequeña, no hayamos tenido que lamentar ningún fracaso, y si muy al contrario, un completo éxito ha coronado todas las intervenciones de este género, es debido única y exclusivamente, podemos decirlo, á su oportunidad.

Antes de cerrar esta intraducción quiero recordar mi gratitud por lo mucho que deben mis conocimientos, á los distinguidos profesores de la

Facultad de Medicina y á la Gran Escuela, el Hospital San Roque, en donde he pasado toda mi vida de estudiante y en cuyos médicos he tenido sabios maestros y muchos y muy buenos compañeros y amigos entre sus practicantes.

Etiología

La etiología de la trombo-flebitis del seno lateral tiene estrechas conexiones con la de la mastoiditis aguda, de la cual es una complicación, la que á su vez no es más que la misma de la otitis media supurada. Es pues indispensable remontarnos á la etiología de las supuraciones del oido medio para hacer un capítulo que responda al título que lo encabeza.

La microbiología de estas afecciones no ofrece interés especial pues se encuentran microbios de los más diversos piógenos algunos, otros no.

En la primera serie hallamos: todas las variedades de estafilococos, estreptococos, neumococos. En la segunda, el bacilo de Koch, el de Laeffler y el piocianicos--y añadiremos á estos algunos proteos y fermentos que dan á veces á estas supuraciones una fetidez característica.

Como se vé la aplicación de la bacteriología no tiene para las afecciones que nos ocupa la importancia, bajo el punto de vista de diagnóstico y pronóstico que tiene en otras armas de la medicina, además de que es difícil se encuentre

una sola especie de microorganismos en cualquiera de las afecciones supurativas del oido medio.

La etiología de la otitis media aguda, primera etapa de las afecciones infecciosas del oido medio, siendo muy compleja, es menester de cierto orden para describirla con claridad.

Empezando por las causas predisponentes debemos tener presente en primer término la edad. Generalmente los niños son mucho más atacados que los adultos; la inmensa mayoría de los enfermos de otitis media crónica supurada que acuden á los consultorios de la especialidad y hacen remontar su afección á los primeros años de su vida, lo confirma.

Todas las afecciones crónicas naso-faringeas que dificultan la libre aereación de la caja trae una congestión permanente de la mucosa que la hace apta para inflamarse á la menor ocasión; las vegetaciones adenoides juegan á este respecto en los niños un rol importantísimo.

Ciertas estaciones del año, primavera, otoño influyen para la producción de afecciones de esta naturaleza.

Entre las causas locales, la trompa de Eustaquio es la intermediaria; ya se trate de un simple coriza agudo ó faringitis de una irrigación nasal. un taponamiento prolongado la infección se propaga por la trompa por continuidad de la mucosa.

La infección por vía externa solo es posible en caso de cuerpo extraño del conducto ú otro factor que ha producido la ruptura del tímpano. Entre las causas generales tenemos en primer lugar las enfermedades infecciosas; la escarlatina, la viruela, el sarampión, la influenza, la coqueluche, la fiebre tifóidea, la sífilis traen fácilmente supuraciones del oído, algunas muy graves, como las preducidas por la escarlatina ya directamente por su agente específico ó ya por las lesiones faringeas que le son propias.

Una vez instalada la otitis media aguda, después de su proceso la evolución de la enfermedad es variable: 1º, la curación completa que depende de mucho de un tratamiento eficaz y racional y que no deja ninguna clase de reliquias; 2º, cuando la supuración ha sido un poco larga, ó quedan modificaciones anatómicas. adherencias en los huececillos ó perforaciones del tímpano; ambas cosas traen una disminución de la audición y la perforación una puerta de entrada á nuevas infecciones; 3º. ya sea por falta de un tratamiento apropiado ó por la presencia de otros factores que escapan á la investigación con los medios comunes, la otitis pasa al estado crónico persistiendo la supuración indefinidamente; 4º, un obstáculo eualquiera se opone á la salida del pus por su drenaje natural, el conducto auditivo en el transcurso de una otitis aguda ó aún crónica y la mastóide reacciona, tenemos entonces una

de las complicaciones de la otitis media aguda, la mastoiditis aguda.

Los obstáculos en cuestión pueden ser: cualquier cuerpo extraño que ocupe el conducto, una perforación pequeña mal situada ó una hinchazón de la mucosa de la caja que cierra la desembocadura del áditus ad antrum. Como el antro participa en mayor ó menor grado de las lesiones de la caja, al hacerse cavidad cerrada se exalta la virulencia de la afección y aparecen en seguida los síntomas de esta complicación tan frecuente: fiebre, dolor, edema, aumento de volúmen, etc.

Este foco purulento evoluciona de varias maneras, si no se interviene á tiempo: 1º, en la mayoría de los casos, se fragua una salida al exterior, haciéndose una fístula detrás del pabellón; 2º se dirige hacia adelante levantando el periostio y el tegumento de la pared posterior del conducto; 3º, caso más raro que los anteriores y dependiendo de una configuración especial de la apófisis, se abre en la punta de ella al nivel de la incersión del músculo digástrico formando una colección purulenta cervical y subcraneana profunda; 4º, por causa de la dificultad de fraguarse una vía al exterior generalmente en una apófisis muy ebúrnea, la infección se propaga hacia el endo-cráneo y tenemos entonces el abceso extra dural, el cerebral ó cerebeloso ó la trombo-flebitis.

Creemos conveniente hacer un repaso anatómico á la ligera de los senos de la dura madre.

La forma de estos vasos, triangular al nivel del seno longitudinal superior, eliptico al nivel de los senos laterales, redondo el cávernoso es susceptible de modificarse por la gran depresibilidad de sus paredes y como carecen de válvulas permite la sangre escaparse en las dos direcciones á la simple presión del dedo.

Al nivel de la protuberancia occipital interna, el seno lateral derecho que es el más voluminoso, se continúa con el longitudinal superior; el lateral izquierdo con el seno recto. Es raro que el seno lateral de un lado se continúe á pleno canal con el del lado opuesto, generalmente están simplemente unidos en su orígen por una pequeña vena.

De la protuberancia occipital interna los senos laterales se dirigen por un trayecto sinuoso hacia el agujero desgarrado posterior, donde cada uno de ellos, se continúa con la vena yugular interna correspondiente. En el momento donde alcanza la cara posterior de la roca, el seno lateral que entonces se dirige de atrás adelante, desciende verticalmente formando un codo ó rodilla, después se dirige hacia el agujero desgarrado.

Es en esta parte descendente del seno que responde estrechamente por su pared anterior

á la pared posterior del antro mastóideo, se encuentra por consiguiente, directamente expuesto á la infección auricular una vez que la pared ósea en cuestión haya sido destruída por el proceso patológico. La cara posterior del seno á este mismo nivel está en relación estrecha con el cerebelo y lo que explica la trasmisión frecuente de la infección del seno al cerebelo.

Al nivel del codo el seno lateral recibe el seno petroso superior que comunica en su orígen con el seno cavernoso, de modo que el seno cavernoso puede ser infectado en caso de supuración auricular.

Existen vías anastonóticas que unen los senos entre ellos ó con las venas extra-craneanas que es importante conocer tanto por la propagación como por la compensación que encuentra en ellos la sangre detenida en su curso normal.

El seno coronario une el seno cavernoso de un lado al del lado opuesto; la gran vena anastonística de Trolard que liga el seno petroso superior al seno longitudinal superior; los senos occipitales posteriores que van cada uno de una extremidad á otra del seno lateral correspondiente.

La vena mastóidea que salía del seno lateral hacia su porción media atraviesa la pared craneana al nivel de la parte posterior de la región mastóidea y va á echarse en la vena occipital; la vena condilea que une el seno lateral con los

plexos peri-vertebrales etc., pero los principales son los lagos sanguineos que sítuados de cada lado del seno longitudinal superior, comunican anchamente una parte con él y por otra parte con las venas del díploe.

Resulta de lo que precede que la supuración de la apófisis mastóidea puede traer directamente una flebitis del seno lateral por causa de las relaciones anatómicas estrechas que existen entre ellas.

Esta afección se puede observar en cualquiera edad, sin embargo hay un ligero porcentaje á favor de los niños; haremos notar también que se encuentra con más frecuencía á la derecha que á la izquierda y que las mujeres son menos atacadas.

Es raro que esta complicación se produzca en los casos de otitis aguda. Se precisa que el seno venoso más ó menos denudado por la carie osea haya estado en contacto de un medio más ó menos séptico por algún tiempo. Sin embaago esta denudación de la vena no es siempre necesaria para la trombo-lebitis y es el caso de recordar las anastónosis del seno lateral.

Así, por ejemplo, una flebitis de las venas laberínticas del seno petroso inferior puede extenderse al mismo,

---

Anatomía Patológica

En todos los casos que he tenido ocasión de observar así como en la mayoría descriptos por los autores, la trombo-flebitis ótica empieza en el punto en que está intimamente relacionado el seno con el antro, es decir en su porción descendente. Sin embargo hay que dejar consignado que en el caso de lesiones óseas en el piso de la caja la trombosis puede desarrollarse desde un principio al nivel del golfo de la vena yugular.

Una vez infectado el vaso se produce en él el proceso común de la trombosis. Se modifican las paredes por causa de una endo-flebitis que concluye por coagular la sangre á su nivel. A veces esta trombosis puede quedar parcial y no traer la oclusión del vaso, pero en la mayoría de los casos se oblitera completamente y por consiguiente se suspende la circulación en su interior. Tanto en uno como en otro caso esta trombosis puede concluir en una piohemia

por el transporte en la circulación de las partículas sépticas desprendidas del cóagulo.

La trombo-flebitis es casi siempre obliterante; una vez el trombus formado sufre una serie de modificaciones: se decolora, toma un aspecto fibroso, laminado y se adhiere más ó menos á la pared del vaso, mientras que sus extremidades que es por donde va creciendo el cóagulo, son aún cruóricas y presenta una forma afilada. Una etapa más avanzada de su evolución es la transformación en pus, es la supuración del cóagulo. La porción central que es la primera formada, es á su vez la primera que sufre la transformación puriforme que se extiende hasta constituir un verdadero abceso intra venoso.

Aunque su porción central esté ya supurada la trombosis se extiende aún á sus extremidades; es así que nacida en la parte descendente del seno lateral, la trombosis se extiende hacia abajo hasta la vena yugular y aún los afluentes, la vena facial, el seno petroso inferior; por arriba remonta hacia el confluente de Heróflo para ganar de alli en ciertos casos el seno longitudinal superior cuando la afección es del lado derecho; el seno recto, si es del lado izquierdo.

Hasta aquí hemos descrito el proceso de la trombosis en sí, aislado, pero no debemos olvidar otros factores y otras lesiones que han precedido ó seguirán á dicho proceso.

Un categoría ha sido ya mencionada: osteitis fungosa, colesteatoma, abceso extra dural en medio del cual está el seno lateral, despojado de toda protección sinó ya infectada.

Como lesiones secundarias de vecindad hay que mencionar la lepto meningitis, el abceso encefálico más generalmente cerebeloso, alteraciones inflamatorias de los nervios vecinos adenitis cervicales y flemones profundos del cuello que acompañan tan á menudo cuando la trombosis ha pasado á la vena yugular.

Las lesiones secundarias metastáticas consecutivas al transporte en el torrente sangíneo de las partículas sépticas destacadas del trombus, presenta una predilección marcada sobre un órgano determinado: el pulmón. Esta localización tan frecuente se explica sin embargo bien porque los capilares del pulmón son los primeros que se encuentran al paso de dichas partículas. Se producen infarctus sépticos, terminando por consiguiente en abcesos, extremadamente numerosos situados sobre todo en las bases. No es raro que un pio-neumo tórax complique la situación.

Después de la localización pulmonar de las metástasis, las que le siguen son las bolsas mucosas y serosas, las vainas tendinosas, las articulaciones, el tejido celular sub-cutáneo y los músculos.

Más raras son las embolias en el riñón bazo y el hígado; añadiremos aún como caso poco común, los abcesos encefálicos metastáticos al lado opuesto ó abcesos laringeos.

Sintomatología y Diagnóstico

La sintomatología de la trombo flobitis intra craneana es muy compleja; es producida por varios agentes; la infección sanguinea, la irritación y la compresión, anula la inflamación de los centros nerviosos, disturbios de circulación nerviosa, lesiones metastáticas etc.

Existe grande diferencia de un sujeto á otro y aún en el mismo sujeto la sintomatología varía mucho según la faz de la enfermedad.

Tres faces presenta el cuadro clínico de esta complicación de las supuraciones del oído medio.

El principio de los accidentes es en general brusco y ruidoso. En el curso de una otorrea que evoluciona desde años atras sin dolor y sin fiebre, estalla subitamente un dolor de cabeza en la parte mas posterior de la region mastóidea y acompañado á menudo de vómito y fiebre; esta fiebre tiene una marcha muy significativa: escalofrios intensos durante los cuales la temperatura se eleva hasta 40 y aún hasta 41 grados, seguidos de una sensacion de calor in-

tenso después de sudores profusos y en fin un descenso rápido de la temperatura á la cifra normal. De modo que simula un ataque franco de fiebre palúdica. Estos accesos se repiten en el día de una manera muy irregular en cualquier hora, no siempre la misma temperatura y el número de ellos muy variable.

El estado general del enfermo es parecido al de toda infecciosa grave: *facies grippe,* tinte terroso ó sub-icterico, abatimiento profundo, pero conservación de la inteligencia. La influencia sobre las funciones digestivas se conoce por la inapetencia absoluta, estado nauseoso, diarrea y vómitos; la lengua, primero blanca viscosa se hace despues seca *rôtie.*

En nuestros casos no hemos tenido ocasion de observar un cuadro clínico tan claro y manifiesto que nos hiciera pensar de primera intención una trombo-flebitis. En casi todos se hizo diagnóstico de mastoiditis aguda con complicación intra craneana.

Por eso es que se encuentran casos de trombosis del seno lateral con una sintomatología muy poco manifiesta; así la fiebre es casi contínua de 39 á 40 grados que acompañada de bazo grandé, estado tifóideo y hasta manchas rosadas, hacen muy posible la confusión con una dotienenteria.

Nuestros casos, por ejemplo, ninguno poseía visibles disturbios de la circulación venosa,

ni aún el cordon duro y doloroso de la yugular trombosoda, pero si, la temperatura característica.

La trombosis que comporta la obliteración completa del seno lateral, trae sin embargo algunas veces por su extensión á la yugular signos físicos bastante apreciables.

Edema en la parte posterior de la apófisis mastoide; cordon duro en la profundidad del cuello en el trayecto de la yugular, doloroso á la presion; adenitis de vecindad, contractura del cuello del lado de la lesion; por la modificación de la circulacion la yugular externa turgescente cuando lo trombosis llega hasta el sitio donde desemboca en la yugular interna.

La auscultación profunda del cuello revelaría la desaparición del ruido del soplo venoso profundo (signo de Yoss).

Cuando la duración de la enfermedad lo permite aparecen aún nuevos signos por la intervención de los otros senos, *flebitis cavernosa* que trae exoftalmia, edema de los párpados, de la region ciliar y parte de la frente, signos físicos que suelen reproducirse en el lado opuesto por causa de la fácil propagación de la trombosis de un seno cavernoso á otro: *flebitis longitudinal superior* dificil de diagnosticar pero sospechable sobre todo cuando hay turgescencia considerable de las venas del cuero cabelludo por

causa de la mala circulación venosa intra craneana.

Por razones de vecindad se pueden recoger síntomas emanados del neumo-gástrico: dísnea, retardo de pulso, perturbación de la voz. Cuando hay trombo-flebitis del seno cavernoso tambien aparecen síntomas debidos á la compresion ó inflamación de algunos de los nervios que están intimamente ligados. Estos nervios son el motor ocular común, el patético, el oftálmico y el motor ocular externo que lo atraviesa.

Debido al transporte del torrente circulatorio y el enclavamiento sobre diversos puntos del organismo de las partículas infecciosas destacadas del bazo trombosado aparecen una nueva categoría de síntomas metastáticos La lesion consecutiva á la invasion del parenquima pulmonar es raramente notable: lo mas común es que se traduzca por algunos rales en las bases.

La marcha de la afección es sumamente variable, lo mismo que su duración. Hay enfermos que sucumben en una semana, generalmente su afección es de forma cerebral por el progreso rápido de la trombosis que trae la supresión de la circulación intra-craneana. Otros duran varias semanas; forma piohémica que termina con la muerte por complicaciones metastáticas.

Otras veces es una complicación encefálica, un abceso cerebeloso que concluye con la vida

del enfermo, ó una forma septicccemica aguda con todos los síntomas de una intoxicación general.

El dignóstico es por lo consiguiente muy dificil; y sobre todo si se espera la aparición de síntomas claros; de poca utilidad será para el enfermo; el tratamiento, la intervención, sería muy tarde.

En esta afección como en muchas otras la precocidad de diagnóstico es indispensable; afortunadamente antes ya de la lesión venosa muchas veces otra afección nos obliga á intervenir: la mastoiditis aguda. Más aún, como se ve en alguno de nuestros casos, se ha diagnosticado y se ha curado la trombo-flebitis dias después de la operación de la mastoiditis.

Como esta afección estalla solo en el curso de una otitis media aguda ó crónica, es dificil confundirla con otras fiebres infecciosas graves.

Los signos locales retro-auriculares que por lo menos siempre nos indican una reacción mastóidea nos encaminan ya al diagnóstico.

La fiebre netamente de caracter netamente piohémico, el edema y dolor en la región mas posterior de la apófisis mastoidea son ya signos locales que nos obligan á pensar en una complicación intra-craneana de esta naturaleza; pero solo la denudación del seno, la punción exploradora es la que nos puede dar el diagnóstico preciso.

Siempre entonces que en el curso relativamente tranquilo de una otitis media aguda ó crónica, siempre que esa tranquilidad sea alterada por síntomas violentos como los indicados mas arriba, en particular por la temperatura, por la rijidez de la nuca, por el edema de la región, por el estado tifóideo sin otra explicación, todo lo cual constituye un conjunto que responde la mayor parte de las veces á una complicación intra craneana de las afecciones supuradas del oído medio, debe procederse con toda rapidez, con toda energía á la intervención quirúrgica con la seguridad que nunca nos arrepentiremos de esta resolución. Y aún por ejemplo, suponiendo que no existiera una verdadera trombosis, encontraríamos la comprobación del cuadro sintomático en complicaciones pertenecientes todas á la región como se observa á veces en los casos de piohemia de origen ótico sin trombo flebitis del seno, por obsorción de las venas mastóideas en cuyo caso el único tratamiento razonable y de probable éxito ¿no es acaso la extirpación del foco infeccioso del cual parten toxinas para todo el resto del organismo?

Tratamiento

Veinte años atrás se consideraba la afección que nos ocupa irremisiblemente fatal, inaccesible á los conocimientos de cirujía.

Desde entonces es que se empieza á ensayar métodos operatorios, tímidos al principio pero que se hacen gradualmente más audaces.

Actualmente está bien dilucidado.

1° que se debe intervenir siempre.

2° que se debe intervenir lo más pronto posible.

3° que se debe intervenir lo más ampliamente posible.

No se puede sin embargo negar que queda aún mucho que hacer para obtener resultados absolutamente satisfactorios. Los resultados que dejan que desear y que se encuentran muy á medudo, no dependen de la dificultad de los métodos operatorios, no dependen tampoco del terreno de la operación que ofrece grandes peligros; ellos provienen al contrario de la insuficiencia de los medios de diagnóstico en los cuales

se funde la certidumbre de la existencia de tal afección. Se sabe muy bien las dificultades que presenta el diagnóstico de la trombo-flebitis y es incontestable que el período de la enfermedad durante la cual se efectúa la operación, ejerce una influencia capital sobre el resultado del tratamiento y cuanto más rápidamente se ha extirpado el foco mórbido más probabilidades habrá de éxito.

No hace mucho tiempo aún se consideraba la apertura de la apófisis mastóidea no solamente como un remedio profiláctico contra las complicaciones cerebrales é infecciosas, sino aún como un medio suficiente en ciertos casos á detener ciertas complicaciones que comienzan. Actualmente esta manera de ver, ha cambiado enteramente, pues la experiencia ha enseñado que la abertura solo de la apófisis mastóidea, no basta para alejar las complicaciones de las otitis purulentas; puedo algunas veces salvar la vida del enfermo en el período inicial de las complicaciones: pero la mayor parte de las veces es insuficiente para alejar un foco mórbido de la cavidad craneana.

La siguiente estadística entresacada de Chipault es sumamente elocuente: en 118 casos de trombo-flebitis operados tenemos el siguiente resultado:

— En 37 operados por mastoidectomía solamente hay 16 curados y 21 fallecidos.

— Por mastoidectomía y apertura del seno, 16 curas, 15 muertos.

Con apertura del seno y ligadura de la yugular, 31 curados y 18 muertos.

Este paralelismo tan demostrativo respecto al adelanto de la tecnica operatoria nos obliga á pregonar su resultado tan halagüeño.

Podemos aun decir que la cura de esta terrible complicación de las otorreas por el curetaje del seno y de la ligadura de la yugular constituye una de las mas bellas conquistas de la cirugía en los últimos años, pués la estadística de Körner, más nueva aún que la de Chipault, dá un total de 16 curaciones sobre 20 operados.

Pero es indudable que si todavía hay fracasos no es por otra causa que por la dificultad del diagnóstico. La precocidad de la operación puede asegurar la curación. Las estadísticas no serían tan lamentables si se pudiera operar temprano enfermos que han perdido días y semanas algunas veces tratándolos por una fiebre común, una fiebree tifoidea, una otitis con reacción meníngea, etc.

Dos casos distintos pueden ocurrir en la intervención de una trombo-flebitis.

1° En el curso de una otitis aguda.

2° En una otorrea crónica.

En el primer caso el cuadro de una septicemia, grandes escalofríos, oscilaciones térmicas, metastasis, periféricas pueden aparecer siendo

el fruto de una otitis aguda particularmente virulenta, de una mastoiditis injertada sobre esta otitis ó de la flebitis. Siempre es una inyección cuyo punto de partida es la caja.

La conducta quirúrgica sería la siguiente: 1º Paracentesis del tímpano, para evacuar, y drenar la caja y esperar uno ó dos días si nada apremia; 2º trepanación de la apófisis si los accidentes persisten y 3º denudación y exploración del seno; si está sano cerrar y esperar; si está dudoso esperar uno ó dos días y si al cabo de este tiempo la piohemía continúa evolucionando, punción ó incisión del vaso; si se encuentra el seno enfermo ligadura de la yugular seguido de la apertura del seno.

En los casos en que se debe intervenir en el curso de una otitis media purulenia crónica la piohemia es una complicación de una otorrea fétida muy antigua.

Subitamente y muchas veces en el curso de una influenza ó de una enfermedad infecciosa, cesa la supuración hasta entonces habitual, aparece una cefalea con escalofríos, fiebre á grandes oscilaciones, dolor de la apófisis ó en su parte posterior, signos de mastoiditis; son síntomas en favor de una flebitis del seno lateral.

Dos casos pueden ocurrir: la flebitis es clara, los síntomas no dejan duda, la presión á nivel de la escama del occipital determina el

grito de la piohemia de Laurens que se arranca aún, á un enfermo semi comatoso el empastamiento cervical se unen á los síntomas arriba numerados- La conducta operatoria es la siguiente: ligadura de la vena, apertura de la apófisis y del seno.

Si la flebitis es probable solamente, el caso más frequente en clínica, es más prudente, trepanar primero, explorar el seno y ligar la yugular si es necesario. Como la clínica nos pone casi siempre en presencia de accidentes sépticopiohémicos de origen auricular cuya interpretación no es nunca clara, es este procedimiento el más comunmente seguido y que nosotros hemos adoptado en los casos en que hemos tenido ocasión de intervenir.

Los detalles de la operación tal como la describe Laurens y que es la exposición mas clara que he encontrado á este respecto, se agrupan en los tiempos siguientes:

1.º trepanación de la apófisis y de la caja algunas veces.

2.º denudación del seno.

3.º exploración.

4.º ligadura de la yugular.

5.º incisión y curetaje del seno.

6.º drenaje.

Primer tiempo: Es ya bastante conocido, una simple trepanación del antro mastóideo y de la caja del tímpano.

Es indispensable hacerla por varias razones: 1º es la vía mejor y la más fácil; las lesiones mastóideas están directamente ligadas á las lesiones del seno y cureteando las fungosidades de la apófisis quitando los secuestros y los focos de osteitis de la pared interna se es á menudo conducido sea sobre el seno trombosado, sea sobre, un abseso extradural peri-sinusal. 2º El curetaje del antro mastóideo de la células de la caja debe ser hecha antes de la exploración del seno lateral para no volver allí una vez abierto este último para no dejarlo en contacto de un foco fétido é infeccioso.

Trepanando se recordará sobre todo si se está en presencia de una trombo-flebitis que complica una antigua otorrea, que la apófisis tiene muchas probabilidades de pertenecer al tipo ebúrneo, por consiguiente pocas células, antro muy pequeño, profundo, el seno muy próximo á la pared posterior del conducto acompañado casi siempre por una proscidencia de la dura-madre.

Segundo tiempo: Denudación del seno. Dos casos pueden presentarse: el seno puede estar denudado ya por las lesiones, ó nó.

Primer caso: si las lesiones son evidentes se ensancha simplemente la cavidad peri-sinusal con la pinza gubia. Si hay un vasto abceso extra dural hay que abrir ampliamente la gotera sigmóidea para limpiar y desinfectar completa-

mente el foco infeccioso. Como lo hemos dicho en otra parte, es la parte descendente la mas atacada.

Segundo caso: el seno no está denudado por consiguiente hay que descubrirlo. Hay que recordar lo siguiente: casi siempre el seno pasa á algunos milimetros de la pared posterior del antro; algunas veces el seno proscidente pasa delante del antro tanto más cuando la apófisis es más ebúrnea. Terminado el *primer tiempo* es necesario por pequeños golpes de gubia dirigidos horizontalmente atacar la pared posterior del antro sacando pequeñas virutas óseas. Al cabo de una labor más ó menos larga se pone al desnudo un pequeño punto de la pared del seno, casi siempre el codo. Con una pinza gubia especial nada más facil que agrandar el boquete òseo y denudar el seno en una larga extensión para ver bien la rama horizontal y vertical, cosa muy importante no solo por comparar las regiones sanas del vaso con el territorio enfermo para conocer la extensión de la trombosis, sinó también para que, si después de la apertura del seno se produce una hemorragía sea fácil contenerla por presión y continuar la operación.

Tercer tiempo. Exploración del seno lateral. Es un punto muy importante y muy delicado de la operación del cual puede depender la vida de un enfermo, y que precisa por con-

siguiente el cirujano una decisión rápida. Es generalmente difícil saber si el seno es ó no enfermo; pero hay sin embargo algunos signos racionales que permiten presumir el estado de la cavidad del seno, basados sobre los carácteres objetivos de su pared; color; amarillento; infiltrado de pus, con tinte de hoja seca es un excelente indicio de trombo-flebitis.

Normalmente el color del seno es de un azul subido, pero algunas veces esta colovación no varia á pesar de la alteración del vaso; por eso es importante de denudar en gran extensión el seno para apreciar la menor variación de coloración. Movimientos pulsátiles del seno. Normalmente en cada movimiento respiratorio se vé una pulsacion del seno. En los casos de seno trombosado no se le vé latir pero este dato, aislado, no tiene importancia pués muchas veces sin estar trombesado tampoco se le ve latir. La consistencia de la pared del seno es renitente y elástica al estado normal; trombosado es dura al tacto.

Así pues un seno de pared amarillenta, desprovisto de latidos, y de consistencia dura tiene probabilidades de una flebitis, mientras que un seno azul, pulsatil depresible es facilmente un seno sano.

Estos datos no tienen suficiente valor como para concluir nada de ellos y como hay gran interes de conocer el estado del seno, es nece-

sario en estos casos dudosos tener un signo de certidumbre y recurrir á una exploración mas directa: á la punción ó á la incision.

La punción debe ser muy asepticamente hecha á fin de evitar la infeccion del seno si está sano. La aguja será introducida paralelamente al seno pues si se la pusiera perpendicularmente á el se correría el riesgo de atravesar la otra pared del seno y aún punzar el cerebelo.

A veces es nccesario hacer repetidas punciones.

Hay algunas causas de error; la aguja puede no haber pasado el trombus y retirarse completamente vacía; otras veces se retira la geringa con sangre habiendo sin embargo un trombus, pero parietal.

A pesar de estos errores posibles la punción es de gran valor y dá á menudo resultado eficaz.

La incision ofrece mas peligro; exigirá un taponamiento consecutivo de varios días, propio para crear un cóagulo; por otra parte, en la mayoría de los casos, la pared venosa es ya enferma y el taponamiento favorecerá la propagación de la inflamación; siendo la pared sana puede infectarse por la curacion en contacto de un foco careado y supurante.

No obstante estos inconvenientes la incision es recomendable· Se la hace con un bisturí pequeño muy afilado en un largo de 4 ó 5 milí-

metros. La inisión es permitida: 1º Si la ligadura de la yugular ha mostrado la trombosis de ese vaso; 2º Si la pared externa del seno tiene un tinte francamente amarillento indicando pus; 3º Si siendo dudoso por los signos objectivos del seno, el estado del enfermo muy grave y hay premura en hacer diagnóstico cierto. En caso de duda (como nosotros hemos hecho en dos de nuestros enfermos) mejor es esperar y no abrir sinó cuando otros datos lo indique.

Cuarto tiempo — Ligadura de la yugular. Hay que hacerla debajo del coágulo, en práctica donde se pueda pues la ligadura no puede ser determinada que en el curso de la operacion. En tres puntos se puede hacer la ligadura: 1º encima del tronco tirolinguo facial; 2º, debajo; 3º, cerca de la confluencia de la yugular.

Una sola línea operatoria es común á los 3 puntos de ligadura parte del hueco del ángulo de la mandíbula pasa por el intervalo de los dos cabos del extremo cleido-mastoido y termina un traves de dedo sobre la clavícula Sobre esta línea se hacen los inciones para descubrir la yugular: una arriba, larga estendida del ángulo de la mandibula á la division de lós dos cabos musculares debajo permite la ligadura encima y debajo del tronco tirolinguo facial. La otra corta se practica hacia abajo entre las dos inserciones del externo y se prolonga sobre la clavícula.

Ligadura arriba — Decúbito dorsal, cabeza en ligera extension y vuelta del lado sano, operador del lado enfermo. Palpar y reconocer la situacion del conducto laringo-traqueal, el relieve producido por el borde anterior del externo cleido-mastóideo, la ranura intermediaría entre estos dos planos. Sobre el borde anterior del externo mastoideo, larga incision de la piel, extendida desde el ángulo de la mandibula en alto al intervalo de los dos cabos del músculo abajo. Division del cutaneo. Haciendo camino sección de las venas entre dos ligaduras. Debajo del cutáneo, se cae sobre la vaina aponeurôtica del músculo que se hiende en la dirección de la incision cutánea. Puesto al desnudo el borde anterior del externo que se diseca, se arroja hacía afuera con un separador. Entonces dos cosas: la vena yugular está sana ó está trombosada.

No hay flebitis—En este caso, el musculo estando bien reclinado, no se encontrará ningún ganglio voluminoso, no hay abceso no hay infiltracion de los tejidos. Reparar con el dedo la carotida, ponerla al descubierto si es necesario y trabajar con la sonda acanalada que libra y muestra un grueso vaso de azul oscuro, á paredes lisas é inchandose durante la expiración

Se puede ligar debajo del tronco tirolinguo facial ó por encima. Es preferible ligar por arriba de modo de evitar el reflujo de los productos septicos por las vías colaterales. Como sea,

librará la yugular por golpes de sonda, arriba, abajo, adentro y afuera; durante todo este tiempo tiene bajo los ojos la carótida que late hacia adentro y el grueso nervio neumogástrico situado entre los dos vasos y detrás. Si algunos órganos cruzan la vena y estorban la maniobra, reclinarlos y cortarlos entre dos pinzas. Cargar enseguida la vena y ligar sólidamente sin tomar el vago en la ligadura. Poner otro hilo á 3 centímetros encima del primero y cortar el segmento venoso intermediario. En realidad una ligadura sola es suficiente. Sutura de la herida en toda su longitud.

Hay flebitis y peri-flebitis. La ligadura más difícil que precedentemente, la investigación de la yugular más delicada. Hay que dejarse guiar por las lesiones, sobre todo por los ganglios. En efecto reclinado el externo cleido-mastóideo se se aperciben infiltraciones edematosas, algunas veces, raras, abcesos profundos, casi siempre gruesos ganglios reblandecidos, supurados. Se destacan todos estos elementos y se encontrará un cordón duro, blanco amarillento: es la vena enferma.

Puede ser reducida sobre todo en los casos antiguos á un pequeño cordón; otras veces es una bolsa purulenta en la cual se ha entrado sin darse cuenta; otras veces adhiere fuertemente á la carótida de la que es difícil desprenderla. En

este caso es mejor hacer una ligadura abajo, cortar, desprender la vena de abajo arriba.

Ligadura abajo. En la línea operatoria incisión de cuatro traveses de dedo que sobrepase la clavícula. Sección de las capas superficiales, pequeñas venas, aponeurosis. Disociar enseguida de abajo arriba, el cabo external del externo mastóideo de su inserción clavicular; se cae enseguida sobre la yugular que puede estar escondida por ganglios inflamados.

Ligadura como precedentemente.

Quinto tiempo. Incisión y curetaje del seno. Debe abrirse el seno donde parezca más enfermo, con un bisturi. Se cortará francamente según su gran eje y sobre una longitud de 2 á 5 centímetros, evitando de hacer penetrar mucho la lámina del instrumento á fin de no herir y traspasar la pared interna.

El coágulo puesto á desnudo se toma con una pinsa y se extrae primero el cabo yugular. Cuando el golfo de la yugular está desembarazado la hemorragia es mínima; el seno petroso superior é inferior trombosado de ordinario, no dan que poco ó nada de sangre, lo que no es igual cuando se destapa á cureta, el confluente de Herófilo y sobre todo si el coágulo se fragmenta. Sale entonce un enorme chorro de sangre negra que importa detenerlo lo más pronto posible. Un taponamiento á gasa es suficiente.

Sexto tiempo. Drenaje. Estando el seno lím-

pio y desembarazado de los coágulos se vuelve al cabo superior de la yugular cuando el curetaje del cabo inferior del seno no ha dado sangre.

Dos casos se presentan: 1°, el cabo superior de la yugular sangra, lo que indica que los afluentes no están trombosados; no hay más que ligar y suturar; 2°, el cabo inferior encierra un coágulo ó está vacío: hay una trombosis á nivel del golfo.

Hay que establecer entonces un drenaje transsinuso-yugular con el fin de arrastrar partículas sépticas.

Puede hacerse por sondaje, curetaje ó lavaje.

El cateterismo es el medio más simple y mejor empleado. A traves del cabo superior de la yugular se introduce una sonda acanalada, un estilete romo á una sonda Nélaton que se dirija hacia el golfo. Esta maniobra basta algunas veces para desprender coágulos.

El curetaje sucederá al cateterismo en caso de fracaso. Será hecho de la yugular hacia el golfo con una cureta larga, muy prudentemente manejada é introducida lo más arriba posible hasta el encuentro de la resistencia formada por la fosa yugular.

El lavaje es un excelente procedimiento de desinfección y basta en muchos casos. Se le hace del seno á la yugular, se introduce una cánula

á la luz del vaso y se inyecta una solución de suero artiticial ó agua oxigenada. Si el lavaje no pasa es peligroso insistir.

En cuanto á las curaciones y cuidados consecutivos los detallaremos conjuntamente con la descripción de los casos clínicos.

Historias Clínicas

E. E., 8 años, argentino, del Rosario de Santa Fé.

Antecedentes personales y hereditarios sin interés.

Enfermedad actual. Hacen doce días se despertó á altas horas de la noche acusando fuertes dolores aunque intermitentes, en su oído derecho. Al día siguiente, el dolor apaciguose algo en intensidad, pero se había hecho más extenso y persistía en toda la región mastóidea. Alta temperatura alcanzando á veces á 40° con fuertes escalofríos. El médico que lo asistía (en el Rosario) le indica fomentos calientes sin lograr calmar sus dolores; indícale luego hielo con el mismo resultado.

No encontrando mejoría resuelven hacer una paracentesis; salen unas gotas de sangre; 5 días después impieza á supurar en pequeña cantidad.

Siguen los escalofríos y la temperatura alta; después de cada escalofrío salían algunas gotas de pús que se suprimían en los momentos de acalmia. Como la situación del niño se agravaba

por momentos, los padres resuelven traerlo á Buenos Aires.

Estado actual. Gran depresión general, cierto grado de inconciencia y estupor, estado tifóideo, mastoide dolorosa á la presión y edematosa, ligera rigidez de la nuca. Temperatura sumamente irregular con grandes oscilaciones en el día yendo desde bajo de la cifra normal hasta 40° y más con grandes escalofríos. Pulso frecuente, por momentos irregular.

El exámen al espéculo dá muy pocos datos que agregar, tímpano rojo, pequeña perforación en el lugar de elección por donde sale pequeña cantidad de pus. Diagnóstico: mastoiditis aguda con complicación intra-craneana. Se resuelve intervenir inmediatamente.

Operación. Febrero de 1906. Bajo anestesia clorofórmica se trepana á escoplo y martillo la apófisis mastóidea. Hay pequeña cantidad de pús seroso que infiltra todo el hueso. Se ensancha la cavidad del antro, también con pús, y se descubre una gran porción del seno lateral que está muy tenso. Se hace una punción pero dá sangre solamente. En la base de la apófisis también se trepana profundamente y se encuentra pús. Se tapona la amplia apertura con gasa iodoformada.

Hay en el día un ligero descenso de temperatura, pero el estado general no mejora gran cosa. Inyección de suero artificial, cafeina, etc.

Al día siguiente se levanta la curación que está de muy buen aspecto El estado general no varía.

El día después se hace nuevamente punción al seno y se retira unas gotas de pús. Con pinzas y tijeras se abre el seno y se curetéa ampliamente.

El mismo día el cuadro térmico mejora notablemente; la temperatura desciende cerca de la normal, no tiene oscilaciones ni hay escalofríos. El estado general se modifica de un modo favorable notablemente.

Los días siguientes continúan en la misma forma. Las curaciones que se hacen diariamente dan un poco de pús que sale del intersticio formado entre la dura-madre y el hueso.

Poco á poco y siendo ya la temperatura normal va mejorando tanto el estado general como su herida operatoria; el enfermo abandona la cama á los 8 días de la operación.

Siendo el estado completamente satisfactorio se permite á los padres llevar el niño al Rosario á terminar su curación.

Un mes y medio después comunica desde esa que la herida ha cerrado perfectamente.

E. S., 14 años, argentina, de la ciudad.

Antecedentes hereditarios sin importancia..

Antecedentes personales. Operada por hipertrofia de las amigdalas tres meses atrás.

Enfermedad actual. Estuvo tres ó cuatro días en cama con caimiento general, anorexia, dolor de cabeza, coriza, temperatura, etc.; diagnosticado influenza. Al declinar estos síntomas empieza á sentir dolores en el oído izquierdo, la temperatura se eleva á 38^2. En su casa le dan un purgante; la temperatura sube hasta 38^5, persistiendo el dolor de oído todo el otro día. Al día siguiente la temperatura sube á 39°.

Estado actual. Se hace exámen del oído y se diagnostica otitis media aguda. En la noche se hace una perforación expontánea que calma el dolor y desciende la temperatura á 38^2.

Al día siguiente la temperatura vuelve á subir; muy inquieta y á media noche delirio.

El día después la temperatura se eleva aún más, vienen grandes é irregulares oscilaciones hasta que, á las 5 de la tarde, sube a 40^7. Sufre un fuerte escalofrío que le hace castañear los dientes y á lo que sigue una abundante transpiración.

El día siguiente no hay escalofríos pero la temperatura siguió su marcha irregular de grandes oscilaciones, repetidas varias veces durante el día. El estado general se agrava y aunque la inteligencia se conserva intacta, hay un estado tifóideo bien franco y rigidez de la nuca. Es en este día que se la examina y en presencia de este cuadro se diagnostica *flebitis del seno late-*

ral y por consiguiente se resuelve operar enseguida.

Operación. Octubre 1906. Bajo anestesia clorofórmica, se trepana la apófisis mastoidea, se curetea el hueso con poco pús y se va á abrir el seno lateral el cual está de un color rojo oscuro. Con tijeras se abre y se encuentra una ulceración y un trombus.

La ulceración como el coágulo, bastante grandes pero sin llenar la luz del vaso. Se deja escapar cierta cantidad de sangre que lava el foco y se tapona á gasa iodoformada.

El día de la operación y el siguiente fueron aún de temperatura alta y de oscilaciones, explicables por la gran absorción de productos sépticos emanados del foco operatorio, pero á la primera curación la fiebre descendió á la normal y el estado general mejora considerablemente.

Se cambian las curaciones todos los días. Temperatura normal. La enferma deja la cama á los 10 días de la operación y es dada de alta completamente curada poco días después.

H. L. 8 años argentino, de Goronel Suárez.

Antecedentes hereditarios. Sin importancia.

Antecedentes personales. Desde temprana edad sufre de otorrea izquierda. A pesar de un tratamiento racional y constante su supuración

se modificó muy poco, sufriendo de tiempo en tiempo dolores en la región auricular.

Enfermedad actual. Hacen 15 días empieza á sentir fuertes dolores de cabeza, temperatura y mucho dolor en el oído y sobre todo en la región mastóidea á la presión. Hay poca reacción exterior, no hay edema ni rubicundez de la piel.

La supuración ha disminuido algo. El estado general decae poco á poco adquiriendo aspecto tifóideo.

Temperatura sumamente irregular, grandes oscilaciones, alcanzando á veces hasta 41° con grandes escalofríos; delirio febril y apirético. Con este estado de cosas tan alarmante el padre resuelve traerlo á la capital.

Estado actual. Niño en estado de demacración muy pronunciado; fascies tifóidea; cierto grado de inconciencia, pulso frecuente, á ratos irregular; ligera rigidez de la nuca; dolor en la región mastóidea á la presión, cefalalgia; fiebre irregular á grandes oscilaciones, escalofríos; sudores profusos.

Al examen del oído una perforación timpánica de regulares dimensiones en la mitad inferior de la membrama, caja llena de pús seroso. Diagnostícase mastoiditis con complicación intracraneana y se decide operar.

Operación. Abril 1907. Anestesia clorofórmica.

Trepanación del antro mastóideo el cual tie-

ne como las otras células pús en pequeña cantidad, seroso blanquecino; se ensancha la cavidad hasta descubrir el seno lateral. Se curetea toda la cavidad. En este momento de la operación sobreviene un síncope que fué conjurado con cafeina, aceite alcanforado, suero fisiológico. Como el pulso y la respiración no vuelve á un estado tranquilizador se resuelve suspender la operación.

No obstante lo incompleto de la intervención el estado general mejora algo; la temperatura no pasa de 38°,4. Mediante la inyección repetida de suero fisiológico el pulso mejora notablemente.

El día después se levanta la curación, se abre el seno lateral que está trombosado y se curetea perfectamente. Este mismo día el estado local y general cambia muy favorablemente; la temperatura desciende á la normal; la conciencia se aclara perfectamente y el enfermo se levanta de la cama á los 8 dias de la operación.

Se siguen las curaciones á gasa iodoformada y es dado de alta un mes y medio después completamente sano.

P. P. 22 años, italiano, albañil. Con pocos meses de residencia en la República. Soltero.

Antecedentes hereditarios y personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Hacen 10 días que empezó á sufrir fuertes dolores en el oído izquier-

do, sumamente intensos sintiendo al mismo tiempo una sensación de plenitud y zumbidos. Es atendido en el servicio y como se viera al examen otoscópico la membrana timpática roja y abombada, se juzga oportuno una paracentesis. Sale un poco de serosidad y sangre. Los dolores no se alivian.

El cuadro de la temperatura es de una irregularidad manifiesta alternando desordenadamente en las 24 horas temperaturas de 40° y más con descensos por bajo lo normal.

Los dolores del oído continúan, quejándose al mismo tiempo, el enfermo de fuertes dolores de cabeza, mareos, escalofríos, náuseas. Pulso muy frecuente. No hay dolor en la apófisis ni en vecindad ni tampoco rigidez de la nuca.

Estado actual. La situación del enfermo es cada vez más precaria; la temperatura persiste en sus oscilaciones; la conciencia empieza á sufrir; el estado general del paciente es tifóidea; los mareos, náuseas y escalofríos persisten y á pesar de la abertura timpánica no hay drenaje absolutamente por el conducto.

No obstante la ausencia absoluta de dolor en la apófisis, de edema, de rubicundez, de rigidez de la nuca se hace diagnóstico de complicación intra-craneana en una ótitis media, por lo que se resuelve intervenir quirúrgicamente.

Operación — Abril 1908 — Anestesia clorofórmica.

Trepanación del antro pequeño, profundo, sin púS pero con fungósidades escasas. Se descubre la dura madre cerebral escoplando el tegmen antri. Se descubre tambien en gran ex-extensión el seno lateral; hacia adentro y atrás del seno y se ve salir pequeña cantidad de púS.

Se puerza el seno y se retira la mitad de la geringa con púS. Con pinza y tijera se abre el seno el cual está lleno por un trombus purulento y casi líquido. Se curetea toda la cavidad accesible.

Antes de abandonar esta herida operatoria se regulariza la superficie trepanada á cureta y se hace por vía de precaución punciones á través de la dura madre cerebelosa y cerebral: no se encuentra nada. Se tapona la cavidad á gasa iodoformada y sc pasa á ligar la yugular, cuya palpación profunda á través de los músculos relajados por la anestesia clorofórmica da una sensación confusa de cordon indurado.

Hecha la incisión en el lugar de elección y despues de haber aislado y cargado la vena en un hilo de seda se inciude el vaso. Dá pequeña cantidad de sangre; se liga el cabo inferior; se pone un drenaje y se cierra en gran parte la herida.

Los dolores, el malestar general, el estado tifóideo se alivian rápidamente y á los dos días

no hay temperatura ni ninguno de los síntomas antes mencionados.

A los 5 días de su operacion el enfermo paseaba por los jardines del Hospital. A los 8 días la herida de la yugular cerrada por primera intención.

Las curaciones á gasa iodoformada completan la curación de la herida operatoria craneana á los 50 días de la operación.

Buenos Aires, Marzo 15 de 1909.

Nómbrase al señor consejero doctor Eduardo Obejero, al profesor titular doctor Obdulio Hernández y al profesor suplente doctor Marcelo Viñas, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tésis, de acuerdo con el artículo 4.° de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, Marzo 28 de 1909.

Habiendo la comisión precedente, aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta número 1932 del libro respectivo, entrèguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN

R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Es indispensable ligar la yugular en la trombo-flebitis del seno lateral?

EDUARDO OBEJERO

En las fracturas del suelo medio de la base del craneo—indirectas—; cuales son los huesos más generalmente interesados y cual es la vía de la infección meníngea, que casi siempre es la causa de la muerte.

OBDULIO HERNÁNDEZ

Complicaciones viscerales en la trombo-flebitis supuradas de origen ótico.

MARCELO VIÑAS