



Año 1915.

Núm. 2930

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Tratamiento de la sinusitis maxilar

por el

MÉTODO ENDO - NASAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RICARDO BRACHT



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
2070, CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES

Mic. B. 20.12

Tratamiento de la sinusitis maxilar

por el

MÉTODO ENDO - NASAL

Año 1915.

Núm. 2930

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Tratamiento de la sinusitis maxilar

por el

MÉTODO ENDO - NASAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

P O R

RICARDO BRACHT

LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"
CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
2070, CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

- | | | | |
|-----|---|---|-----------------------|
| 1. | » | » | EUFEMIO UBALLES |
| 2. | » | » | PEDRO N. ARATA |
| 3. | » | » | ROBERTO WERNICKE |
| 4. | » | » | PEDRO LAGLEYZE |
| 5. | » | » | JOSÉ PENNA |
| 6. | » | » | LUIS GÜEMES |
| 7. | » | » | ELISEO CANTÓN |
| 8. | » | » | ANTONIO C. GANDOLFO |
| 9. | » | » | ENRIQUE BAZTERRICA |
| 10. | » | » | DANIEL J. CRANWELL |
| 11. | » | » | HORACIO G. PIÑERO |
| 12. | » | » | JUAN A. BOERI |
| 13. | » | » | ÁNGEL GALLARDO |
| 14. | » | » | CARLOS MALBRAN |
| 15. | » | » | M. HERRERA VEGAS |
| 16. | » | » | ÁNGEL M. CENTENO |
| 17. | » | » | FRANCISCO A. SICARDI |
| 18. | » | » | DIÓGENES DECOUD |
| 19. | » | » | BALDOMERO SOMMER |
| 20. | » | » | DESIDERIO F. DAVEL |
| 21. | » | » | GREGORIO ARAOZ ALFARO |
| 22. | » | » | DOMINGO CABRED |
| 23. | » | » | ÁVEL AYERZA |
| 24. | » | » | EDUARDO OBEJERO |

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONTI
3. » » OLHINTO DE MAGALHÃES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. PEDRO LACAVERA

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES

- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » ABEL AYERZA
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

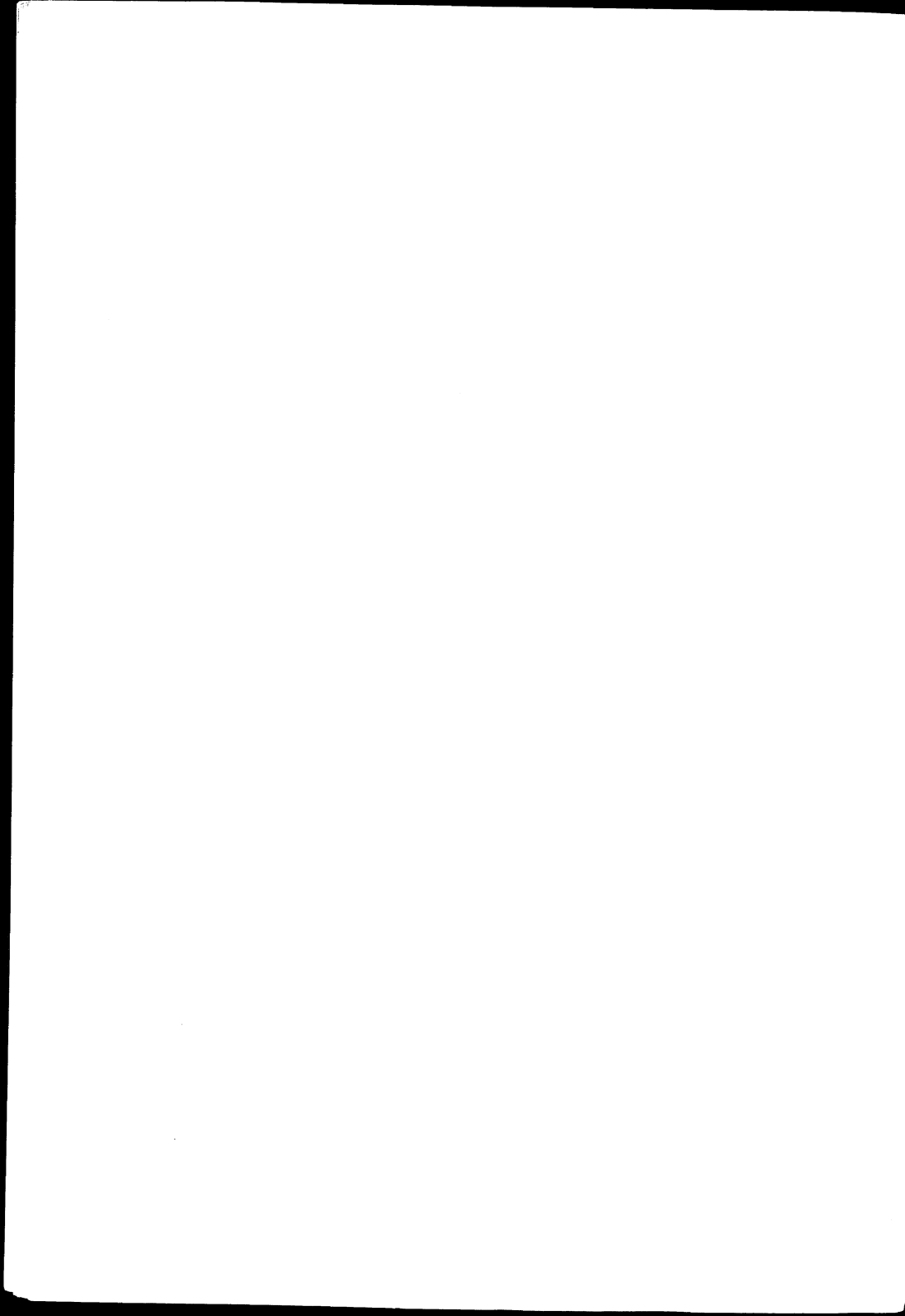
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)

- » » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUVENCIO Z. ARCE
» PEDRO N. ARATA
» FRANCISCO DE VEYGA
» ELISEO CANTON
» JUAN A. BOERI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAZONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOSE ARCE
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOT
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	(Vacante)
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AVERZA
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	{ » MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	„ JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	„ LEOPOLDO URIARTE
Clinica Ginecológica.....	„ JOSÉ BADIA
Clinica Médica.....	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Dermato-sifilográfica.....	„ PATRICIO FLEMING
Clinica Neurológica.....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
	„ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clinica Psiquiátrica.....	„ BENJAMIN T. SOLARI
Clinica Pediátrica.....	„ ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Quirúrgica.....	„ FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	„ RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica.....	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica.....	„ JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	" GUILLERMO F. FEBER
Histología.....	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Anatomía Descriptiva.....	" EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana.....	" FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	" FELIPE JUSTO
	" MANUEL V. CARBONELL
Semeiología.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Topográfica.....	" R. SARMIENTO LASPIUR
Anat. Patológica.....	" JOAQUÍN LLAMÉIAS
Materia Médica y Terapéutica.....	" JOSÉ MORENO
Medicina Operatoria.....	" ENRIQUE FASOCHETTO
Patología externa.....	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO P. CASTRO
" Dermato-sifilográfica.....	" NICOLAS V. GRECO
	" PEDRO L. BALIZA
" Genito-urinaria.....	" BERNARDINO MARAINI
	" JOAQUÍN NIX POSADAS
Clínica Epidemiológica.....	" FERNANDO R. TORRES
Patología interna.....	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLAHO
Clínica Oftalmológica.....	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCEH
Clínica Oto-rino-laringológica.....	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
" Quirúrgica.....	" MIGUEL STSINI
	" JOSÉ M. JORGE (hijo)
	" JOS. ARCE
	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHUTRO
	" LUIS AGOTE
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO MORSALINE
	" RAFAEL BULLRICH
Clínica Médica.....	" BENACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSÉ DESTEFANO
	" RAÚL R. GOYENA
	" MANUEL A. SANTAS
Clínica Pediátrica.....	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" JAIME SALVADOR
Clínica Ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CHIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
Clínica Obstétrica.....	" FAUSTINO J. TRONCÉ
	" JUAN B. GONZÁLEZ
	" JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	" JUAN A. GABASTORI
	" V. JOAQUÍN GNECCO
Medicina legal.....	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas...	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	DR. 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	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas....	» PASCUAL CORTI
Física farmacéutica.....	» OSCAR MHALOCK
Química orgánica.....	DR. TOMÁS J. RCMÍ
Química analítica.....	SR. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica.....	» LEIS GUGLIALMELLI
	DR. JUAN A. SANCHEZ
	» ANGEL SABATINI

Padrino de tesis :

Doctor EDUARDO OBEJERO

Académico de la Facultad de Medicina

Director de la Asistencia Pública

Profesor titular de Oto - rino - laringología

A LOS MÍOS

Señores académicos:

Señores consejeros:

Señores profesores:

Al ocuparme del “Método Endo-nasal” no es mi propósito presentaros un procedimiento original, como sirviendo de base a la presente tesis. Mi intención es tan sólo dar a conocer el método que he empleado, siguiendo las sabias indicaciones de mi distinguido maestro Dr. Eduardo Obejero, con el convencimiento de que el feliz resultado de un procedimiento operatorio no depende únicamente de la elección de una fácil vía de acceso, sino también en su mayor parte, de los detalles de la técnica empleada en el curso de la intervención.

El único motivo que me guía al proponérslo a vuestra consideración, es la convicción que abrigo de que este método puede llenar ampliamente las indicaciones de una cura radical.

Para llegar a este resultado he necesitado acompañar a la descripción de dicho procedimiento de los capítulos que le anteceden, tratando de reunir en ellos las ventajas e inconvenientes de los demás métodos existentes.

Tócame manifestar mi eterno reconocimiento a mi estimado profesor Dr. Eduardo Obejero, por las sabias lecciones y sanos consejos que a diario he recibido y además por el alto honor que me dispensa acompañándome en la presente tesis.

Al profesor suplente Dr. Juan de la Cruz Correa, a los Dres. Enrique Galiano, Felipe Basavilbaso y demás médicos del servicio de oto-rino-laringología del Hospital Nacional de Clínicas, mi mayor reconocimiento por las atenciones recibidas y por las pruebas de estimación y de afecto que me han dispensado.

A mi distinguido jefe de clínica y amigo doctor Juan Layera, mi mayor gratitud por haberme prestado su valioso concurso en la ejecución del presente método.

ETIOLOGÍA DE LAS SINUSITIS MAXILARES

El capítulo de la etiología en las enfermedades del seno maxilar reviste una gran importancia práctica. Merced a su perfecto conocimiento, no es posible precisar las indicaciones del tratamiento operatorio. Dos factores pueden actuar en la formación de estos procesos:

- a)* Las causas intrínsecas y
- b)* Las causas extrínsecas.

INFLAMACIONES INTRÍNSECAS

Las sinusitis agudas, son muy frecuentes en el curso de la influenza. Rivière cree que la infección del seno, es casi de regla en el curso de estas epidemias. Esto nos explicaría, los caracteres variables de gravedad, las intensas cefaléas y la pro-

longación de las convalecencias como se observa a menudo. El bacilo de Pfeiffer queda durante mucho tiempo acondicionado en esta cavidad, hasta el momento en que hace notar su presencia por las numerosas complicaciones que engendra. Aun no se ha podido investigar, si la infección sinusal comienza con la inflamación producida en el interior de la misma cavidad o si es propagada del exterior.

J e a n t i ha observado varios casos de esta última naturaleza. K i l l i a n publicó hace algunos años un caso de sinusitis maxilar consecutivo a la hipertrofia de un cornete, que se inició con grandes escalofríos, decaimiento general y fiebre elevada.

S t. H i l l a i r e menciona dos casos de sinusitis consecutivos a un taponamiento de la cavidad nasal.

Existen numerosas publicaciones de sinusitis, como complicación de la erisipela, escarlatina y otras enfermedades infecciosas.

INFLAMACIONES EXTRÍNECAS

Entre las inflamaciones sinusales de causa extrínseca, las infecciones dentáreas desempeñan el papel más importante.

Propagación dental: Los admirables trabajos de anatomía patológica de Z u c k e r k a n d l sobre el seno maxilar, nos dan hasta cierto punto la clave de estas infecciones, permitiéndonos identificar su origen.

Según Zuckerkandl, el piso del seno maxilar está levantado en muchos casos por las cavidades alveolares, dichas cavidades pueden estar solamente separadas de la pituitaria sinusal por su fina lámina ósea. Puede suceder también que las muelas y sus raíces penetren directamente en la cavidad sinusal. Fácilmente se comprende que los procesos patológicos radicados en las partes mencionadas, puedan propagarse sin vencer grandes obstáculos a la mucosa sinusal.

Menos frecuentes son las observaciones en las cuales la infección dentárea, haya logrado provocar una infección sinusal atravesando una espesa capa ósea. En el curso de una carie dentárea con periostitis del reborde alveolar y de su vecindad, puede originarse un empiema del seno maxilar. En la gran mayoría de los casos se trata de un absceso periostal que se abre libremente en el seno o que además de infectar el seno, vuela parte de su contenido al exterior.

En ciertas y determinadas circunstancias, el tratamiento de las caries dentáreas puede determinar la formación de empiemas del seno maxilar.

Partsch dice al respecto: “El tratamiento de las muelas enfermas, puede originar la inflamación aguda de la cavidad sinusal, cuando la sonda de nervios introducida por el canal radicular, arrastra a su paso el manantial pútrido situado en la parte inferior de la muela enferma, hacia la cavidad sinusal”.

La colocación de coronas sobre muelas incompletamente saneadas constituye una fuente importante de sinusitis. Un distinguido cirujano de la ciudad de Mendoza a quien tuvimos oportunidad de examinar el año pasado presentaba una sinusitis maxilar originada en la forma que acabamos de señalar.

La literatura de la especialidad cuenta con numerosos casos en los cuales, una carie dentárea, un traumatismo, así como también una osteo-mielitis supurada del maxilar, determinaron necrosis de una parte del reborde alveolar, ocasionando consecutivamente la infección purulenta del seno.

Interesante nos parece la comunicación de Herzogs, quien describe el siguiente caso: Al

tercer día del tratamiento de una raíz dentárea en un enfermo afectado de periostitis, se originó un absceso que incindido dió lugar a un enorme derrame de pus; Herzogs penetra sin dificultad en la cavidad sinusal, atravesando un espesor de 6 a 7 milímetros.

Ruptura de una colección purulenta del maxilar en la cavidad sinusal (quiste del maxilar). — Este accidente sucede muy raras veces, generalmente los quistes del maxilar se abren en la cavidad bucal o en la fosa nasal. Su diagnóstico no ofrece mayores dificultades, debido a la gran tumefacción de las partes blandas y a la existencia de pus en el meato medio.

Infecciones consecutivas a traumatismos. — Las heridas traumáticas de los senos maxilares, originan a menudo la infección de los mismos. La infección se propaga siguiendo la línea de fractura hasta la pituitaria que tapiza el seno maxilar, una gran hemorragia acompaña a esta clase de fracturas.

De las alteraciones que sufre la sangre acumulada en la cavidad sinusal se origina una inflamación seguida de transformación purulenta de las

coágulos. Este proceso es análogo al que se verifica en el tabique nasal en el cual la fractura de los huesos o cartílagos se acompaña de una hemorragia abundante, originándose más tarde la infección de los coágulos.

Las heridas de bala originan también infecciones, que son determinadas por las hemorragias o por el proyectil que no ha sido extraído; estas infecciones debemos considerarlas en el orden de los empiemas traumáticos. Los cuerpos extraños pueden provocar reacciones inflamatorias.

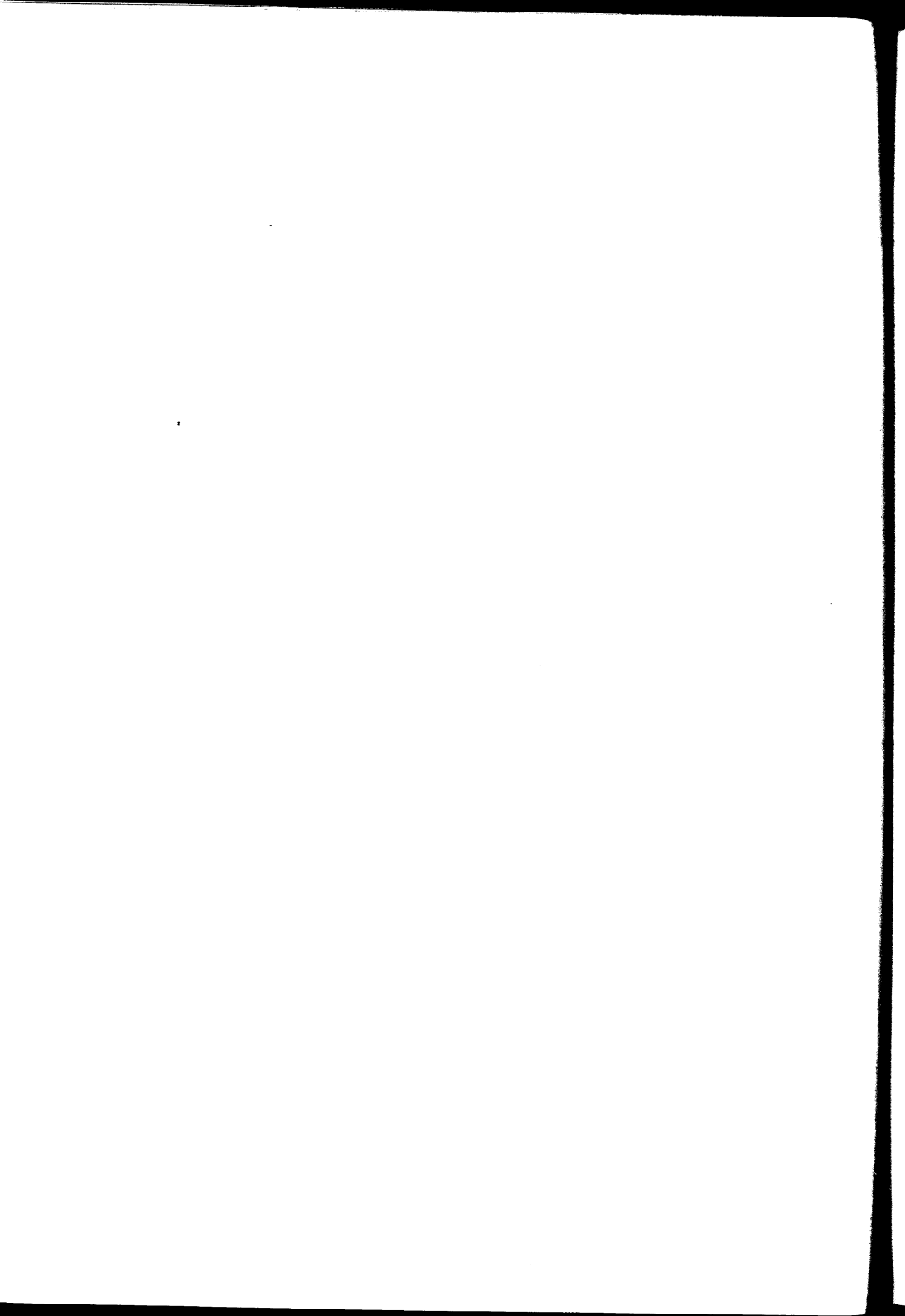
Empiema en los tumores del seno maxilar. — Los tumores malignos de la cavidad sinusal determinan con frecuencia una empiema del mismo. Estos empiemas se caracterizan por la fetidez extraordinaria de su olor y también por la naturaleza de su secreción que se presenta mezclada con sangre.

Empiemas consecutivos a lesiones sífilíticas o tuberculosas del maxilar. — Se conocen varios casos de sífilis terciaria que han determinado empiemas de la cavidad sinusal. Esta lesión va acompañada de necrosis extendidas de la pared nasal.

La tuberculosis del seno maxilar es muy rara; habitualmente se trata de manifestaciones secundarias, en casos de tuberculosis general o de tuberculosis de los órganos vecinos. Aun no se ha podido comprobar la tuberculosis primitiva. En los casos de tuberculosis secundaria existía una lesión tuberculosa del reborde alveolar, la cual había sido producida por una extracción dentárea, originándose más tarde una amplia comunicación entre la cavidad bucal y el seno maxilar.

En los casos que relata *Grünwalds*, se produjo una supuración de las paredes de la cavidad sinusal que se había propagado del maxilar sin infectar la pituitaria.

Weimberger publicó un caso de tuberculosis primitiva del seno. Se trataba de una lesión tuberculosa de la cavidad bucal que se produjo consecutivamente a la perforación de la pared inferior del seno cuya mucosa estaba completamente tuberculizada.



SINTOMATOLOGÍA

Para poder emprender más fácilmente el estudio del cuadro sintomático múltiple y complejo de la inflamación sinusal, analizaremos separadamente los síntomas subjetivos y los objetivos.

SÍNTOMAS SUBJETIVOS

Los síntomas subjetivos pueden manifestarse directamente en la cavidad sinusal o en las regiones vecinas. Algunas veces estos síntomas locales suelen ser acompañados de perturbaciones generales.

SINTOMAS LOCALES

Dolor.—La sensibilidad de las paredes del seno maxilar constituye un síntoma poco común. Sin embargo los empiemas agudos provocan intensos dolores.

El dolor no se manifiesta en todas las sinusitis, pues en un gran número de casos en los cuales se ha producido un empiema sinusal ,consecutivo a un coriza agudo, o a un ataque de influenza, este síntoma no se ha presentado.

Generalmente este síntoma existe en dos clases de inflamaciones:

1.º — En los empiemas egudos de origen dentáreo, en los cuales la supuración de las paredes de la cavidad determina una periostitis del macizo alveolar y del maxilar superior.

2.º — En los empiemas agudos consecutivos a una influenza grave o a una infección eripelatosa. Especialmente en este último caso se produce un dolor muy acentuado en el maxilar (dolor parietal). Este dolor se exagera por la presión.

El dolor puede ser continuo en algunos casos y en otros presentarse en determinados momentos del día bajo la forma de accesos neurálgicos. Este dolor se asemeja mucho a las neuralgias de los nervios supra-dentáreos. La intensidad del dolor varía: algunas veces se traduce por una sensación molesta en la región ocupada por los molares superiores. Los enfermos acusan la sensación de que sus dientes se hubiesen alargado. Casi siempre se puede mi-

tigar el dolor por medio de la punción exploradora o por el vaciamiento del seno al través del orificio maxilar, pero la sensibilidad dolorosa no desaparece sino al cabo de algunos días.

Los dolores neurálgicos del nervio infra-orbitario se irradian al trigémino, presentándose entonces bajo la forma de una jaqueca frontal intensa.

Muchas veces los empiemas sinusales, sólo producen dolor en la región frontal bajo la forma de accesos periódicos, que se repiten varias veces al día, sin que una prolija investigación del laberinto etmoidal pueda darnos la clave. *Hartman* y *Killian* han insistido mucho acerca de la importancia de estas neuralgias. *Hartmann* no admite que en estos casos exista constantemente una sinusitis frontal, mientras que *Killian* sostiene que la participación del seno frontal, es mucho más frecuente de lo que se cree, en la producción de estos dolores.

No faltan pruebas para poder formular una opinión definitiva al respecto. Sin embargo, la cefalea frontal debía figurar en primer término entre los síntomas más importantes del empiema sinusal, sin que exista ninguna relación entre este dolor y las infecciones del seno frontal o de las celdas etmoidales.

La mayoría de los casos de empiema sinusal no se acompañan de cefaleas, pues en muchos casos los dolores de cabeza, obedecen tan sólo al estado depresivo que engendra esta enfermedad.

Flujo nasal purulento. — Este síntoma se presenta en forma muy variable y es interpretado de diversos modos por los enfermos. En un gran número de casos el derrame es unilateral y traduce la infección del seno correspondiente.

Cuando un absceso periostal se abre en la cavidad sinusal, origina un derrame inodoro, que es substituído más tarde, por una secreción de olor penetrante. En este momento es solamente cuando los enfermos se aperciben de su enfermedad.

El derrame de los empiemas agudos en el curso de una influenza, es generalmente sin olor y pasa desapercibido para los enfermos.

En los empiemas crónicos, la secreción purulenta puede existir sin que los enfermos se den cuenta de ella, éstos acusan tan sólo una obstrucción nasal que la atribuyen a una coriza, sin embargo la inspección de la cavidad nasal nos muestra con frecuencia la existencia de una secreción purulenta.

No pocas veces se quejan los enfermos de un

coriza agudo que han sufrido durante varias semanas sin atribuirle mayor importancia, hasta que en un momento dado, la secreción que se ha vuelto purulenta, les hace consultar un especialista. Este hecho se explicaría, porque el empiema sinusal puede traducirse durante un largo intervalo de tiempo, por una secreción muco-purulenta y solamente en los ataques de obstrucción nasal es que su naturaleza cambia transformándose en purulenta. La secreción que los enfermos clasifican de normal nos ilustra sobre la evolución más o menos latente del empiema sinusal.

En los casos crónicos muy a menudo no se produce ninguna secreción y los enfermos rechazan obstinadamente la idea de una infección nasal; sus quejas se concentran sobre los síntomas aparentemente localizados en la faringe.

La expectoración de algunas masas mucosas por la mañana, son los síntomas a los cuales los enfermos atribuyen mayor importancia.

El hecho de que la secreción se vuelque muy a menudo en la faringe puede explicarse de dos maneras:

1.º — A consecuencia de la hipertrofia del cornete inferior.

2.º — Por la obstrucción del conducto nasal por pólipos.

La existencia de un ostio accesorio hace que el pus tenga tendencia a derramarse en la parte posterior; lo que se explicaría por la situación periférica del ostio accesorio con relación a la abertura natural del seno.

En el decúbito dorsal del cuerpo, el pus se vuelca casi exclusivamente en el naso-farinx; de ahí que los enfermos se quejen de que amanecen con su garganta llena de secreciones.

Perturbaciones olfatorias. — Que los enfermos y sus vecinos noten el fétido olor de sus secreciones es un hecho que no debe sorprendernos; pero lo que nos llama la atención es que solamente los enfermos lo aperciban.

En algunos caso se produce una mínima secreción que no se derrama al exterior y sin embargo los enfermos, acusan un olor terriblemente fétido.

Este olor les impide muchas veces comer o beber y para muchos enfermos, este síntoma constituye una causa de depresión melancólica.

Este olor lo describen los enfermos, como semejante al olor emanado de las cloacas, otras veces lo comparan al olor de la paja quemada.

La aparición brusca de este síntoma se explicaría, por el derrame del pus contenido en el seno, en la cavidad nasal.

El olor fétido subjetivo (*cacosmia subjetiva*) es frecuentemente el único síntoma que experimentan los enfermos en el curso de su empiema.

Conjuntamente con la cacosmia subjetiva, debemos mencionar la pérdida parcial o total del olfato; la pérdida del olfato es a menudo determinada por el crecimiento hipertrófico de la mucosa nasal y por las formaciones mixomatosas que obstruyen la fisura olfatoria.

La pérdida del olfato, no es característica del empiema sinusal, es tan sólo una consecuencia de la supuración y tiene la misma importancia que la dificultad respiratoria ocasionada por la degeneración de la mucosa.

Obstrucción nasal, eczema del conducto, epistaxis. — La obstrucción nasal, es un síntoma común, en las supuraciones agudas o crónicas del seno maxilar. Su existencia se concibe fácilmente si se piensa, que la mucosa nasal participa muy a menudo de las inflamaciones de la mucosa sinusal, determinando la formación de pólipos e hipertrofias.

La obstrucción nasal puede ser motivada también, como fácilmente se comprende, por el estancamiento nasivo de pus.

La secreción purulenta, produce un eczema del vestíbulo nasal. Este eczema es exclusivamente determinado por la irritación crónica de la piel y sólo cura cuando se hace un tratamiento adecuado del empiema que lo produce.

Las heridas del conducto constituyen una puerta de entrada para los gérmenes de la erisipela; Killian ha observado dos casos de supuración crónica del seno maxilar, que durante cinco años se complicaba dos veces por año de erisipela de la cara. Después del tratamiento quirúrgico del empiema del seno, la erisipela no volvió a presentarse.

Sucede algunas veces que al desprenderse las costras acumuladas en la parte anterior del septum nasal se originan hemorragias abundantes, que a pesar del tratamiento local, recidivan con frecuencia. Estas costras son el resultado del estancamiento y desecación del líquido purulento en esta parte de las fosas nasales.

Estos últimos síntomas que acabamos de mencionar no son característicos del empiema sinusal, pues suelen presentarse también en otras afeccio-

nes. Los procesos inflamatorios de las vías respiratorias superiores, así como los síntomas gástricos que vamos a describir más adelante, suelen también presentarse en todas las afecciones nasales; pero la sinusitis maxilar por la gran cantidad de pus que produce, predispone singularmente a las perturbaciones que hemos mencionado.

SINTOMAS GENERALES

Los trastornos generales de la infección sinusal se exteriorizan principalmente por una elevación de temperatura, acompañada por un estado congestivo y de depresión mental.

Fiebre. — En los procesos inflamatorios del seno maxilar, la fiebre es casi siempre determinada por las enfermedades infecciosas que le han dado origen. Las reacciones térmicas obedecen, por lo general, a la influenza, a la escarlatina, y a la erisipela, que son las enfermedades infecciosas que más a menudo se complican de la inflamación del seno.

En el empiema crónico, la ausencia de fiebre constituye la regla general en estos casos; la elevación de temperatura revela que el proceso infeccioso

se ha extendido a los órganos vecinos. Estas complicaciones se producen sin que el proceso local esté vinculado a la enfermedad infecciosa. En el empiema agudo una elevación de la temperatura puede responder a la propagación del proceso infeccioso, sin que sea posible distinguir si la fiebre obedece a las distintas complicaciones o a la enfermedad infecciosa misma. La temperatura febril no ofrece en estos casos, rasgos característicos que nos indiquen la causa que la ha motivado.

La fiebre responde en muchos casos a la ruptura del empiema en los órganos vecinos (habitualmente en la órbita o en la cavidad craneana).

El cuadro térmico se caracteriza por una temperatura oscilante con remisiones matinales y exacerbaciones vesperales; otras veces presenta grandes analogías con la curva febril de la piohemia o de la septicemia.

Estado congestivo. — Este estado surge raras veces de una manera espontánea, por lo general se presenta en individuos predispuestos.

El estado congestivo se inicia después de las comidas, con una gran depresión de espíritu, congestión de la cara, de los párpados y taquicardia.

Grünwald ha constatado una marcada intolerancia por el alcohol y el tabaco en éstos enfermos. El abuso de estos últimos provoca estados congestivos que generalmente persisten durante algunos días.

Las emociones producen en estos enfermos un desequilibrio psíquico temporario, que se traduce por inestabilidad del carácter y pérdida de la memoria.

Los enfermos y muchos médicos, califican estas perturbaciones con la denominación genérica de neurastenia, empleando toda una serie de medicamentos sin resultado, hasta que la casualidad los lleva al consultorio de un especialista competente, quien establece el verdadero origen del mal.

En las observaciones de Grünwald, sobre este estado congestivo se citan varios casos en los cuales los síntomas psíquicos y gástricos dominaban por completo el cuadro clínico, ocultando la verdadera causa que los determinaba. Los enfermos acusaban en los casos mencionados: congestión de la cara, especialmente después de las comidas, palpitaciones dolorosas y dormían con un sueño intranquilo que los dejaba fatigados durante el día. Uno de estos enfermos sufría de un empiema del seno maxilar iz-

quierdo y de una sinusitis frontal del mismo lado, sin que jamás acusara síntomas locales.

En todos estos enfermos, los síntomas congestivos desaparecieron después del vaciamiento quirúrgico del empiema; lo que nos prueba que las perturbaciones nerviosas eran exclusivamente producidas por la enfermedad sinusal.

Estado depresivo. — Al ocuparnos de los estados congestivos, hemos dicho que las palpitaciones cardíacas constituían un síntoma del cuadro congestivo. Las palpitaciones cardíacas comienzan al mismo tiempo que los demás síntomas congestivos, para desaparecer con ellos.

Los estados depresivos están estrechamente vinculados a los accesos por congestión y los síntomas que los caracterizan se encuadran y suceden con una cierta regularidad. En todos los estados de congestión se observa siempre síntomas de psiquiatenia.

A causa de la intensidad de los accesos y de la frecuencia de su repetición, los enfermos duermen mal, se vuelven irritables y se sumergen en la abulia y la depresión melancólica.

En las formas graves, puede iniciarse una verdadera psicosis (melancolía). H a j e k, nos refiere

una observación muy curiosa al respecto: “tratábase de una enferma de 72 años de edad, afectada de un empiema del seno maxilar, a raíz del cual fué intervenida, evacuándose todo el pus que contenía; la enferma de resultas de la operación se afectó de tal manera, que no pudiendo resistir a la idea que la obcecaba *de que tenía su cuerpo en estado de descomposición*, se arojó al Danubio, pereciendo ahogada. Todas estas formas de trastornos psíquicos no deben sorprendernos, pues sabemos por K r a f t E b b i n g que “las lesiones orgánicas, son una condición de la psicosis”.

La naturaleza de estas lesiones aun no se ha podido comprobar, pues no se trata de lesiones anatómicas, puesto que los trastornos desaparecen después de la evacuación del pus. Algunos autores los atribuyen a un derrame de sangre o de linfa en las meninges, otros creen que son producidos por la reabsorción de pus.

SÍNTOMAS OBJETIVOS

Presencia de pus en la fosa nasal. — Dentro de la gran variabilidad del cuadro sintomático de la sinusitis maxilar, la presencia de una secreción pu-

rulenta, o mucopurulenta en la cavidad nasal constituye uno de los síntomas más frecuentes.

En muchos de los casos crónicos, a pesar de no haberse podido extraer pus, del seno por medio del sondaje, basta una simple mirada de la fosa nasal para poder constatar la existencia de una secreción purulenta en el meato medio. Si se limpia este último la secreción vuelve a surgir de nuevo. En los casos crónicos la supuración aparece bajo la forma de costras espesas y decoloridas de un olor sumamente fétido.

La rinoscopia posterior nos permite señalar la existencia de pus, en los casos en que esta secreción, no pudiendo salvar los obstáculos que existen en la parte anterior de las fosas nasales, se vuelca en la faringe. Muy sospechosa resulta en estos casos la circunstancia de que, además de la presencia de pus en el meato medio, existan pólipos e hipertrófias de la mucosa la mitad anterior del cornete medio. Estos hallazgos hablan en favor de una supuración de las cavidades que se abren en el meato medio y especialmente del seno maxilar, obligándonos a localizar el foco purulento.

La ausencia de pus en la cavidad nasal en el momento del examen, puede inducir a error. En ningún otro empiema ocurre con tanta frecuencia

como en el del seno maxilar, pues encontrándose su orificio natural en el sitio más elevado del seno, puede suceder que la cavidad sinusal contenga pus, derramándose únicamente cuando éste se llena completamente.

El mecanismo que hemos mencionado puede variar en los casos en que existan ostios accesorios, en tales circunstancias el pus fluye antes de la cavidad merced a la situación menos elevada en que se encuentran dichos orificios con respecto al ostio maxilar.

Se puede hacer evacuar el pus de la cavidad sinusal de dos maneras: haciendo inclinar la cabeza del enfermo hacia adelante o hacia atrás. En consecuencia el orificio del ostio maxilar pasa a ocupar un lugar menos elevado en la cavidad, facilitando de esta manera la salida del pus. De ahí las manifestaciones de los enfermos que su fosa nasal se les llena de pus cuando agachan su cabeza, y por la misma razón es que en el decúbito dorsal durante el sueño, el pus se acumula en cantidad en la faringe, concretándose en espesas costras que son expulsadas o deglutidas a la mañana siguiente.

Hipertrofias atípicas del meato medio. — Con la mayor frecuencia, se encuentra en los empiemas

crónicos del seno maxilar, la existencia de pólipos e hipertrofias en el meato medio. Estas hipertrofias adoptan en la gran mayoría de los casos formas características. Además de los pólipos que disimulan la cavidad del meato medio, el cornete se presenta considerablemente abultado especialmente en su mitad anterior, adquiriendo muchas veces el doble de su tamaño normal. Esta apariencia reposa en el hecho de que la hipertrofia se desarrolla principalmente en la concavidad del cornete. Estas hipertrofias, como tuvimos ocasión de hablar ya, no son características del empiema sinusal, sino que suelen presentarse en cualquier proceso inflamatorio que provoque la formación de una gran cantidad de pus.

Tumefacción del maxilar. Abscesos externos. —

Con la mayor frecuencia, se encuentra en los empiemas crónicos del seno maxilar, la existencia de pólipos e hipertrofias en el meato medio. Estas hipertrofias adoptan, en la gran mayoría de los casos, formas características. Además de los pólipos que disimulan la cavidad del meato medio, el cornete se presenta considerablemente abultado, especialmente en su mitad anterior, adquiriendo muchas veces el doble de su tamaño normal. Esta apariencia re-

posa en el hecho de que la hipertrofia se desarrolla principalmente en la concavidad del cornete. Estas hipertrofias como tuvimos ocasión de hablar ya, no son características del empiema sinusal, sino que suelen presentarse en cualquier proceso inflamatorio que provoque la formación de una gran cantidad de pus.

Tumefacción del maxilar. Absesos externos. — La tumefacción del maxilar, se ha constatado muy raras veces. Con mayor frecuencia se le encuentra acompañado una periostitis alveolo-dentárea que conduce por un lado al empiema del maxilar, y por otro a la tumefacción de la mejilla. La inflamación edematosa de la mejilla, se ha constatado en los casos de un empiema agudo consecutivo a una erisipela o a un ataque de influnza. Se han observado algunos caso de exoftalmia, consecutivos a una infiltración del tejido celular retro-bulbar originados por el empiema del seno maxilar.

Moldenhauer ha constatado en un enfermo afectado de empiema el seno maxilar, una rubefacción transitoria de las mejillas que se presentaba después de las comidas o del uso del alcohol o del tabaco. Avelis ha publicado casos análogos de

edema de la mejilla y de la pituitaria. En los empiemas agudos, la pared de la fosa canina se vuelve sensible a la presión. Este síntoma se presenta por lo general en los empiemas de origen de dental, en los cuales el dolor se debe al proceso de periostitis que se ha propagado al piso de la cavidad sinusal.

Sumamente raros son los absesos externos que acompañan a los empiemas del seno. Según las observaciones clínicas debemos admitir que por lo general se trata de absesos periostales de las capas superficiales externas, mas bien que de rupturas de las paredes del seno maxilar en el curso de un empiema.

Dilatación de las paredes del seno maxilar. — Esta dilatación había sido considerada como un síntoma cardinal del empiema del antro, hasta que Z i e m, por primera vez en una célebre publicación, demostró que este síntoma era una excepción y que la ausencia de dilatación constituía la regla general. Esta opinión ha sido confirmada por todas las publicaciones posteriores. Las asimetrías existentes, han sido una causa de error en este sentido.

Cuando existe una dilatación de la pared facial se comprueba a menudo también, un abovedamien-

to de la pared. Hartmann ha observado una dilatación de la lámina membranosa del meato medio, que vió desaparecer después del vaciamiento de la cavidad sinusal. Zuckerkandl ha constatado en el cadáver, un gran número de casos en los cuales la lámina membranosa había adoptado la forma convexa, penetrando profundamente en el meato medio. El abovedamiento del meato medio es producido por la obstrucción temporaria del ostio maxilar.

Estado del reborde alveolar del maxilar superior.

— Muy a menudo nos encontramos con tumefacciones periostales. Estas tumefacciones podemos considerarlas: como un accidente en el curso de una sinusitis o bien como la causa de la enfermedad sinusal; esto último ocurre con la mayor frecuencia. Ya hemos tenido oportunidad, al ocuparnos de la etiología, de analizar cuán estrecha es esta relación.

Habitualmente la existencia de una raíz en malas condiciones, con o sin tumefacción periostal basta para establecer una relación causal entre esta última y el empiema del seno maxilar.

En aquellos casos de empiema agudo de la cavidad sinusal propagado de muchas enfermas, pode-

mos encontrar la mayoría de las veces una tumefacción del perióstio o una abertura fistulosa que conduce directamente al seno. En otros casos la relación causal, se podrá establecer después de la extracción de la muela enferma.

Los ataques agudos consecutivos a una influenza, determinan una rubefacción y entumecimiento de la encía del lado enfermo, que se hace muy sensible a la presión.

EXPOSICIÓN DE LOS DISTINTOS MÉTODOS OPERATORIOS

En el presente capítulo nos proponemos efectuar un pequeño resumen de los distintos métodos operatorios, para abordar el seno maxilar, reservándonos el próximo para ocuparnos solamente del método endo-nasal.

El seno maxilar es de las cavidades accesorias de la nariz la que más ha aprovechado de los adelantos de la cirugía.

Los primeros trabajos interesantes no comienzan sino al final del siglo XVI, y es Cooper el primero que interviene el seno fundándose en su etiología dentárea. Según Hister fué Cooper el primero que descubrió la vía alveolar, como tratamiento operatorio de los abscesos del seno, preconizó la extracción de un diente y la perforación del alveolo para evacuar el pus.

En el comienzo del siglo XVII, la terapéutica de los abscesos del seno parece dar un gran paso, tanto por la cantidad de procedimientos que se dieron a conocer, cuanto por la introducción de ciertos principios medicamentosos en el interior del seno.

En 1718 *Maestomius*, *Jungler* y *Varnessin* aplican por segunda vez el procedimiento de *Cooper*. Mientras este método ganaba partidarios y parecía hacerse el método de elección de la época, *St. Ives* escogía la vía palpal, pero no habiendo conseguido con su procedimiento los resultados que él esperaba hubo de abandonarlo.

Con *Bordenabe* la vía alveolar vuelve a entrar de nuevo y en una memoria presentada a la Academia de Medicina tiene a generalizarlo. *Bordenabe* preconiza indistintamente la extracción dentárea o la perforación del alveolo.

A partir de esta época los trabajos abundan sobre este tema. *Fouchard* publica un caso de sinusitis curado por la extracción de una muela que había sido rechazada hacia el seno maxilar, provocando a la manera de cuerpo extraño la inflamación del mismo. Desgraciadamente esta observación no es completa y no nos puede ilustrar sobre el estado del diente enfermo.

En 1748 Croissant de Garangeot, señala la curación de un tumor del seno maxilar por ignipuntura.

En 1750 Runge describe con precisión la curación de una sinusitis por la ablación de un canino y la abertura practicada por encima de la encía entre la cara interna de esta mucosa y el maxilar.

De 1753 a 1757 la terapéutica de los abscesos del seno no efectúa progresos sino con Jourdan y Runge, el primero escoge la pared interna del seno, en lugar del reborde alveolar como medio de penetración en el antro.

La influencia de las afecciones dentáreas sobre la génesis de las sinusitis había llamado la atención de los autores de esta época y no es sorprendente encontrar en la literatura médico que los autores aconsejen la extracción del diente enfermo.

El siglo XVIII ha sido igualmente muy fértil para la terapéutica del seno, sobre todo en su primera mitad, mientras que en la segunda, no se menciona sino el nombre de Desault, cuyo procedimiento hizo época en el tratamiento de las sinusitis. Pues es Desault el primero que propone la abertura de la fosa canina. Este procedimiento subsiste aún en nuestros días con la modificación de Sebillau.

El método primitivo de Desault consistía en crear una abertura al través de la fosa canina, por intermedio de la cual se podía inspeccionar el seno y practicar lavajes.

Por este procedimiento no siempre se llegaba a felices resultados y los enfermos estaban expuestos a continuar practicándose lavajes durante un largo tiempo, pues el drenaje por dicho orificio no se hacía sino imperfectamente acumulándose el pus en la parte inferior del seno.

Sebileau le da un vuelo más quirúrgico a esta operación, abre ampliamente la pared anterior del seno, resecaando al mismo tiempo la mitad externa del borde alveolar correspondiente del maxilar para facilitar el drenaje. Indudablemente que esta operación, suprimiendo el piso del seno maxilar y permitiendo la exploración de la cavidad, llena los requisitos de una cura radical. Pero este procedimiento, que es muy molesto para el operado y muy largo por sus consecuencias, no es empleado actualmente sino en los casos donde la inspección bucal se impone, (osteomielitis, necrosis) deja siempre persistir, una fístula supragingival a menudo muy difícil de cerrar ulteriormente.

En 1878 Luc publicó la operación que Cadwell había efectuado unos años antes. Luc fué quien vulgarizó este método operatorio, por esto nosotros lo designaremos con el nombre de Luc.

Este método es ideal en el concepto quirúrgico de la palabra, puesto que efectúa una abertura en fosa canina lo suficientemente amplia para permitir la inspección y el curetaje de la cavidad sinusal, establece luego un drenaje por vía nasal y cierra toda comunicación entre el seno y la cavidad bucal.

El procedimiento de Luc era tan feliz en sus consecuencias, como ingenioso en su concepción, que fué aceptado con entusiasmo por todos los rinólogos y desde el día de su nacimiento se hizo clásico. Curaba en algunas semanas sin dejar cicatriz alguna una supuración del seno antigua y rebelde; se exageró el alcance de sus indicaciones y se le aplicó indistintamente en todos los casos.

Posteriormente Boeningshaus, con el fin de establecer una vasta comunicación entre el seno y la nariz, conserva un colgajo de la mucosa de la pared externa de la fosa nasal, que extiende en el interior del seno. Sutura como Luc la incisión

Kretschmann modifica el método de Luc y lo aplica en la forma siguiente: Además de la

abertura de la fosa canina, prolonga la incisión de la mucosa hasta la línea media poniendo al descubierto el reborde de la abertura piriforme. Desprendiendo entonces la mucosa nasal de la pared interna del seno, crea una vasta comunicación entre estas dos cavidades.

Kretschmann aplica la autoplastia de Boeningshaus y trata, durante las seis primeras semanas, la cavidad por la fosa nasal.

MÉTODOS ENDO-NASALES

El conocimiento más perfecto de la patología del seno maxilar nos viene a demostrar en la época actual, de que no todas las sinusitis requieren para su curación los métodos radicales.

Esta noción contribuyó a hacer decaer un tanto el método Luc, limitando sus indicaciones y haciendo prevalecer, en cambio, la práctica de los lavajes diameáticos aconsejada por Hartmann, Storck y Bayer, quienes la proponían al través del meato medio y de Mickulez, Krause y Michelson, quienes perforaban el meato inferior. Este procedimiento tan sencillo dió un promedio de curación de un 50 o/o.

Los métodos operatorios de Hirsch, Vacher y Claoué dieron también felices resultados. Estas operaciones motivaron controversias extremadamente vivas, pues los partidarios de la

operación de Luc, afirmaban que las curaciones obtenidas por dichos procedimientos se hubiesen efectuado igualmente con simples lavajes diamecáticos. Nosotros debemos considerar estos procedimientos como una etapa intermediaria entre los métodos por lavaje y aquellos radicales, como los métodos de Luc, Sturmann, Fiedrich, etc.

Dividiremos los métodos endonasales en conservadores y radicales; los primeros respetan la integridad de la pituitaria y los segundos la destruyen.

MÉTODOS CONSERVADORES

Con este título describiremos:

- 1.º Lavaje del antro al través del orificio maxilar.
- 2.º Lavaje por los ostios accesorios.
- 3.º Perforación del meato inferior.
- 4.º Método de Vacher.
- 5.º Método de Hirsch.
- 6.º Método de Claoué.

1.º *Lavaje del antro al través del orificio maxilar.* — En muchísimos casos el ostio maxilar es susceptible de ser atravesado por un cateter encurvado en su extremidad o por una sonda de fino calibre; este procedimiento puede ser utilizado como método de lavajes. Habitualmente en los casos que no estén complicados de pólipos e hipertrofias,

esta operación no ofrece mayores dificultades, pero debemos recordar que basta muchas veces la resección de los cornetes o la extracción de los pólipos para vencer todos los obstáculos que se oponen a la penetración de la cánula.

¿Es posible extraer toda la secreción sinusal por el lavaje diameático?

Las probabilidades de la evacuación total del derrame contenido en el seno maxilar dependen de las dimensiones de su orificio; pues es indudable que en un gran número de casos queda entre la sonda y el ostio un espacio suficiente amplio como para permitir la evacuación de pequeños conglomerados de pus, pudiendo ser extraído el derrame en su totalidad si se repiten los lavajes. Sin embargo, cuando el pus ha permanecido durante mucho tiempo estancado en la cavidad sinusal, puede coneretarse en costras que cubren el piso del seno maxilar, sin que el líquido inyectado en estos casos pueda tener alguna acción sobre ellas.

Si después del lavaje diameático practicamos la abertura del seno, según el método de Cooper, veremos al pus fluir de esta cavidad.

El método de los lavajes, a pesar de su eficacia, no es practicable en todos los casos; los enfermos

se ven obligados a recurrir diariamente al médico, salvo los casos en que el enfermo aprende a efectuarse él mismo los lavajes.

2.º *Lavaje por los ostios accesorios.*—Muchas menos dificultades presenta el lavaje del seno maxilar, por los ostios accesorios. Esto se debe a la naturaleza membranoso de los bordes de estos orificios. La curvadura de la sonda es la misma que la que se necesita para el orificio natural, pues en este último caso la sonda ha de ser también flexible para poderla utilizar cuando el orificio no ocupe su posición normal.

Sobre las dificultades con que se tropieza para llevar a cabo los lavajes al través de estos orificios, los autores no están de acuerdo, pues mientras Storek y Weill preconizan con entusiasmo este método en todos los casos, otros tan solo lo emplean en los empiemas agudos, pudiéndose obtener curas con 10 a 15 lavajes practicados regularmente.

Este método es de poca utilidad en los empiemas antiguos y en aquellos de larga duración que se han iniciado varios meses atrás. Esta regla no es general, pues en muchos casos los lavajes son capaces de curar empiemas crónicos. Como se ve,

es difícil establecer *á priori* el método que deba seguirse; pero como el lavaje es una operación poco molesta para el enfermo, resulta ser el tratamiento preferido. La opinión corriente es que antes de recurrir a los grandes medios operatoiros debe siempre practicarse lavajes.

Es muy importante tener en cuenta este dato, y es que según los enfermos, los primeros lavajes son seguidos de magníficos resultados y a menudo la secreción se detiene, pero queda siempre en estos casos un residuo que tardará en alejarse. En los casos crónicos es difícil y hasta imposible evacuar este residuo. Si se suspende el lavaje después de haberse removido la secreción, la mucosa sinusal regenera aparentemente en pocos días, hasta que con el próximo coriza vuelve de nuevo a inflamarse, de tal modo que estas mejorías transitorias no constituyen un motivo para suspender el tratamiento, pues se correría el riesgo de que el empiema рецидивara.

3.º *Trepanación del seno maxilar al través del mato inferior.*—Este método lleva el nombre de su inventor *M i c k u l i c z*. Su técnica es muy sencilla: con una solución de cocaína al 10 o/o se aneste-

sia el mato inferior; para esto bastará introducir un estileto con un algodón embebido en la solución de cocaína por dentro del cornete inferior, se le deja algunos segundos en contacto de la mucosa nasal y la anestesia es perfecta.

La punción se efectúa por medio de un trocart, que puede ser recto o curvo, generalmente este último es el preferido. El trocart se introduce en forma tal que su extremidad afilada vaya a herir la mucosa del meato medio por dentro del cornete inferior y a un centímetro de su extremidad anterior. Ejecutando una ligera presión sobre el mango del instrumento se percibe la crepitación de la lámina apergaminada del meato medio, y luego la sensación neta de que el instrumento hubiese penetrado en una cavidad. Entonces se retira el trocart, dejando en su lugar la cánula que lo rodea, por intermedio de la cual se podrán efectuar lavajes, investigándose en el líquido que reffuye de la fosa nasal la presencia de pus. Por lo general al retirar el trocart, un fuerte olor desagradable se hace sentir y un pus verdoso fluye por la cánula. Este método nos permite establecer la diferencia: entre un simple proceso inflamatorio del seno y un empiema.



En el primer caso obtendremos por la punción un líquido sin olor y en pequeña cantidad.

Este método se puede utilizar como medio de diagnóstico y de tratamiento. Para el diagnóstico nos parece preferible emplear en vez del trocart una aguja larga y resistente y por medio de una jeringa de pravaz de 5 centímetros cúbicos de capacidad se podrá inyectar agua en el interior del seno investigándose en el líquido retirado por aspiración la existencia de pus o de cualquier otro elemento que contenga la cavidad sinusal. La técnica que acabamos de señalar ofrece las ventajas de efectuarse más rápidamente y de impresionar menos desagradablemente al enfermo que con la punción por medio del trocart.

Como medio de tratamiento, este procedimiento presenta serios inconvenientes: pues el orificio de punción que resulta, por ser demasiado estrecho se oblitera con una gran rapidez debido a la hipertrofia de la mucosa sinusal. Por lo demás este orificio es difícil de encontrarlo nuevamente, siendo necesario por lo tanto, estar sometiendo continuamente a los enfermos a nuevas punciones, para poder continuar los lavajes.

4.º *Método de Vacher.* — Este autor efectúa su método del modo siguiente: Comienza por agrandar la abertura nasal, incindiendo la piel en el surco que separa el ala de la nariz de la mejilla, en una pequeña extensión. Por medio de un speculum, distiende al máximo la abertura nasal seccionado la mucosa del tabique nasal externo por encima de la armazón ósea. La pared interna del seno maxilar es atacada, con un grueso trocart, una pinza cortante o por medio del trépano eléctrico. Reseca entonces esta pared ósea a ras del piso nasal, dejando subsistir el ángulo anterior del seno, los bordes se regularizan con una pinza cortante. Por intermedio de esta ancha brecha se pueden efectuar lavajes de la cavidad, la cual cicatriza rápidamente.

Vecher preconiza con todo entusiasmo su método, pretendiendo emplearlo indistintamente en todos los casos.

5.º *Método de Hirsch.* — El procedimiento que indica Hirsch, ofrece las ventajas de permitir la abertura endo-nasal del seno maxilar con una brecha persistente, sin sacrificio de ninguna parte importante de la fosa nasal.

He aquí en qué consiste este procedimiento: anestesia del cornete inferior en su superficie cóncava y convexa, infiltración de una sustancia anestesiante en la mucosa detrás del ala de la nariz alrededor de la abertura piriforme hasta el medio del cornete inferior.

Al cabo de diez minutos: incisión de la mucosa por delante del cornete inferior en la longitud de un centímetro. Esta línea vertical es conducida horizontalmente por encima del cornete inferior en toda su longitud. En esta forma puede prepararse un colgajo hasta que la armazón ósea del cornete inferior se haga visible. Se hace entonces una incisión sobre este hueso hacia adelante y otra horizontal, para separarlo de la pared lateral. Por medio de estas incisiones el cornete se vuelve móvil y puede ser luxado hacia el septum.

En seguida la pared lateral es seccionada, y su mucosa separada de las partes óseas a manera de formar un colgajo. Este colgajo es momentáneamente apoyado contra el piso de la fosa nasal. A continuación se efectúa una brecha en el seno, de la manera conocida y el colgajo de la mucosa es extendido en el interior de la cavidad. El cornete luxado se vuelve a colocar en su lugar y se fija por una

sutura. Hirsch afirma que esta sutura se efectúa fácilmente con una aguja de Killian. La operación, descontando la anestesia, puede durar de 10 a 15 minutos, según Hirsch. Después de la operación se deja un taponamiento de gasa iodoformada entre el tabique y el cornete inferior: la gasa es retirada al día siguiente. Para el tratamiento ulterior no es menester practicar lavajes, la supuración se detiene por sí sola si se practican *badigeonnages* con nitrato de plata.

Hirsch ha operado 62 enfermos por este método, en estos enfermos los lavajes no habían conseguido detener la supuración. La gran mayoría de los enfermos no presentaban al cabo de cuatro a ocho semanas sino un ligero derrame seroso.

6.º *Método de Claoué.* — He aquí su técnica más moderna de acuerdo con la descripción de E s c a t:

Anestesia e isquemia del campo operatorio con la ayuda de dos algodones embebidos de cocaína al 1 por 10 y de adrenalina al 1 por 1000, colocados: el primero en el meato inferior, y el segundo sobre la cara libre del cornete inferior, mantenidos en su lugar durante media hora más o menos. Resección

de la mitad anterior del cornete inferior, según la técnica corriente.

Perforación de la pared sinusal con la ayuda de una fresa de láminas helicoidales de 12 milímetros de diámetro y accionada por un motor eléctrico de una fuerza de 9 kilogramos como minimum y funcionando al maximum de velocidad; con una fuerza inferior, si la pared meática es un poco resistente la fresa se desliza y no muerde la pared.

La fresa debe aplicarse a 1 centímetro o 2 más allá del límite anterior del meato, con el fin de atacar la pared meática en el punto donde es más delgada. La mayor parte de los fracasos experimentados por los operadores en la trepanación se deben a la falta de observación de este detalle importante.

En razón de la débil resistencia de la pared a trepanar y de la potencia del instrumento, la trepanación puede ser efectuada en un segundo. En razón de la rapidez de la fresa el dolor provocado por la trepanación es insignificante o nulo, se reduce a una sensación de sacudimiento en la cabeza de los enfermos, que habiendo sufrido antes la trepanación alveolar, afirman ser mucho menos penosa que esta última.

Agrandamiento de los bordes de la brecha con la pinza etmoidal de Lermoyez.

Lavaje del seno con permanganato de potasio al 1 por 1000 o al lysol al 5 por 1000.

Inyección de clororuro de zinc al 1 por 10.

Taponamiento del seno con una mecha de gasa cuyos dos extremos desbordan un poco el orificio de trepanación.

La mecha de gasa es retirada al cabo de 24 horas. Lavaje cotidiano del seno con los antisépticos ya mencionados durante cuatro o cinco días, después dos veces por semana en los quince días siguientes.

Escat, cree que la desecación del seno se opera al cabo de quince días, como término medio.

METODO RADICAL

Haciendo una ligera síntesis de los procedimientos endo-nasales que hemos descrito en el capítulo anterior, nos encontramos con métodos que tienden a facilitar el drenaje o la evacuación de los productos patológicos contenidos en el seno maxilar, ya sea aprovechando los orificios naturales del seno, o perforando el meato inferior de una manera más o menos eficaz.

Todos estos procedimientos son buenos en la práctica, puesto que suelen llevar a felices resultados, pero no siempre son eficaces. Los métodos que aconsejan practicar lavajes al través de los orificios del seno maxilar, son peligrosos a causa de la vecindad del etmoides y de la órbita.

Los métodos de punción del meato inferior, ofrecen los inconvenientes que ya hemos señalado, a saber: la creación de un orificio que se oblitera rá-

pidamente y que por lo tanto es necesario someter continuamente al enfermo a nuevas punciones.

Los métodos de Vacher, Hirsch y Claoué, que hemos descrito, y otros los Mahú, Denker, etc., adolecen del defecto de ser métodos de una técnica algo complicada y de no ser procedimientos radicales. Casi todos estos procedimientos, se limitan a crear una brecha suficientemente amplia, a fin de que la comunicación con el seno no se oblitere, obteniéndose la curación por medio de lavajes. El vaciamiento quirúrgico o la inspección del seno por estos métodos es imposible, no pudiendo por tanto competir con procedimientos más perfectos como el de Lue en cuanto al alcance de sus indicaciones. Sin embargo estos métodos son susceptibles de curar todos los empiemas agudos y también muchos de los crónicos de larga data.

Ante la necesidad de crear un procedimiento endo-nasal radical, de rápida ejecución y de sencilla técnica, es que mi distinguido maestro el doctor O b e j e r o, se preocupó de estudiar los detalles de su ejecución y el modo de subsanar los inconvenientes de que adolecen los demás métodos endo-nasales. Siguiendo las indicaciones del profesor Obejero y con el valioso concurso del Dr. L a y e r a, nos hemos

esmerado en la ejecución de este método; convencido de que este procedimiento llena ampliamente las indicaciones de una cura radical, me he decidido a publicarlo en la presente tesis.

El procedimiento que vamos a describir, ofrece las ventajas de poder crear con anestesia local una abertura endo nasal persistente del seno maxilar, suficientemente amplia para permitir la inspección y el curetaje del seno.

TÉCNICA OPERATORIA

Posición del enfermo. — Esta intervención se practica con el enfermo sentado, en sujetos muy impresionables, se les puede administrar una media hora antes de la operación, una inyección de morfina.

Anestesia. Se comienza por efectuar una serie de toques, con una solución de cocaína al 5 por ciento en la mucosa de la pared externa de la fosa nasal, piso de la misma y cabeza del cornete inferior, luego se continua la anestesia por medio de una serie de inyecciones de novocaina adrenalina frescamente preparada, (novocaina 1 gr., adrenalina LXXX

gotas, suero fisiológico 100 grs.) de manera a infiltrar la mucosa del reborde óseo de la abertura piriforme y cabeza del cornete inferior; al cabo de diez minutos se puede comenzar la operación.

Resección de la cabeza del cornete inferior. — Por medio de una tijera o de un turbinótomo si el hueso es muy resistente, se corta la línea de inserción sobre el tabique seno-nasal de la mitad anterior del cornete inferior, luego el fragmento así desprendido se arranca por medio de una pinza de Luc.

Sección y desprendimiento de la mucosa. — El speculum de Killian dilatando la abertura nasal permite apreciar el relieve que determina la rama ascendente del maxilar al través de la mucosa. Este relieve será tanto más marcado, cuanto mayor sea la distensión que imprimamos a las partes blandas. En el caso de no ser apreciable a simple vista este relieve, se le podrá reconocer fácilmente por la palpación. Siguiendo este relieve óseo se incide la mucosa según una línea vertical que arrancara del punto de implantación de la extremidad anterior del cornete inferior prolongándose en el piso de la fosa nasal al cual interesaría en la extensión de me-

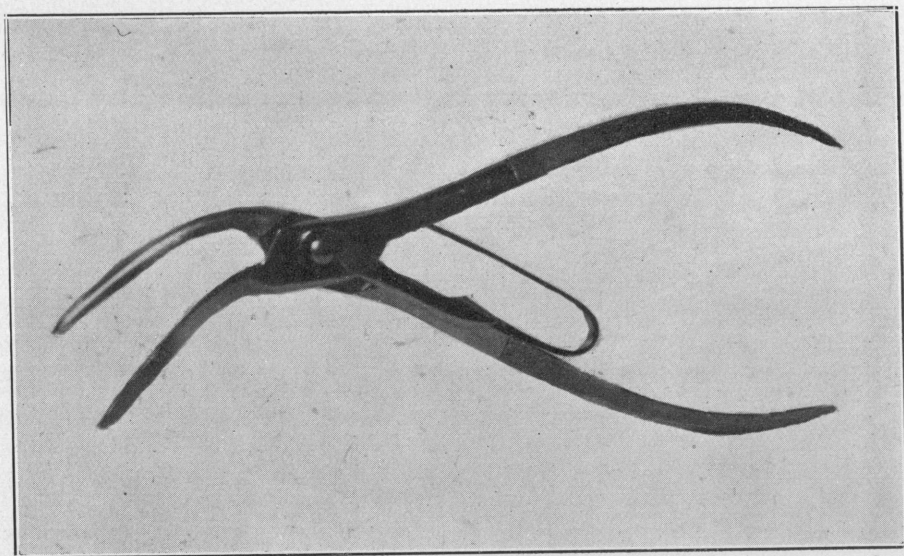


Figura 1

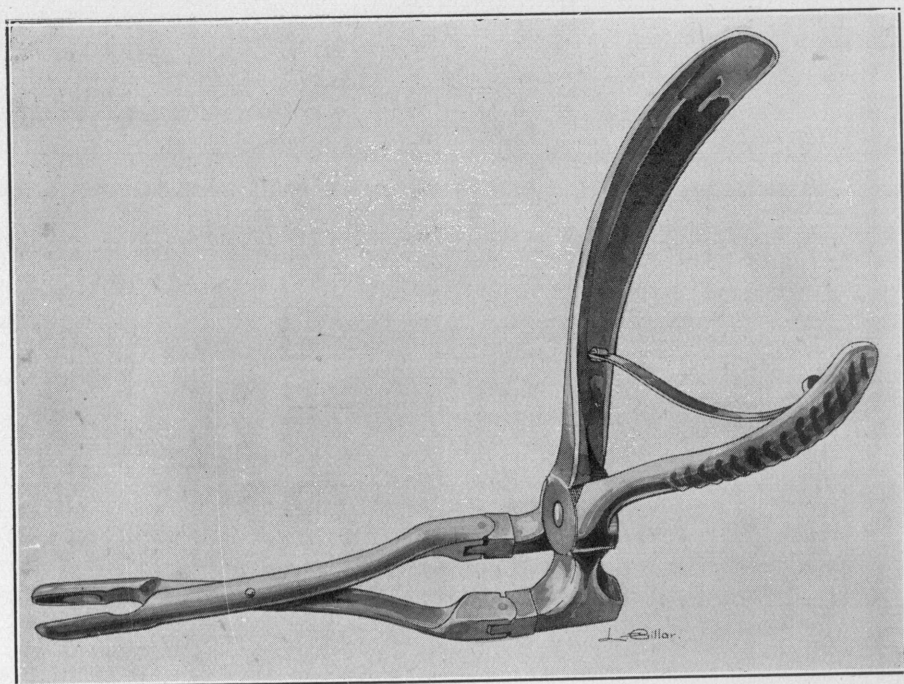


Figura 2

dio centímetro. Por medio de una legra estrecha y larga se desprende el periostio y la mucosa a manera de dejar libres la cara anterior del seno en una buena extensión y de la cara interna la porción de mucosa situada entre la línea y la extremidad conservada del cornete inferior, de manera a dejar un amplio colgajo que se podrá fácilmente resecar. En esta forma la arista de la rama ascendente del maxilar, sus dos caras adyacentes, así como la parte membranosa del meato inferior y una pequeña parte del piso de la fosa nasal, quedan al descubierto.

Perforación del seno. — La rama ascendente del maxilar a pesar de ser un hueso compacto y sumamente resistente, se deja atacar fácilmente por medio de una pinza gubia, merced al ángulo agudo, que determina el borde anterior del seno maxilar. La pinza que nosotros hemos utilizado ha sido la de Hartmann, que reproducimos en la lámina I (figura 1.^a).

Una vez creada la brecha, agrandamos suficientemente sus contornos por medio de la pinza de Hajek (lámina I, figura 2.^a), resecando una buena parte de la lámina membranosa del meato medio y nivelando el piso del seno con el piso de la fosa nasal.

Vaciamiento del seno, curetaje de la mucosa. —

Una vez practicada la brecha, introducimos en el interior del seno una larga cinta de gasa empapada en una solución de cocaína-adrenalina, la cual dejamos unos segundos en contacto con la mucosa sinusal. En esta forma podemos ejecutar este tiempo operatorio indoloro y exangüe. Para curetear la cavidad utilizamos dos curetas de tallo largo, una recta y la otra acodada. Se curetea prolijamente las paredes del seno hasta tanto obtener en todas partes la sensación de hueso al descubierto.

Tratamiento post-operatorio. — La mecha de gasa es retirada a las 48 horas, al cabo de 8 días se inspecciona nuevamente la cavidad y se practica un *badigeonnage* con una solución de cloruro de zinc.

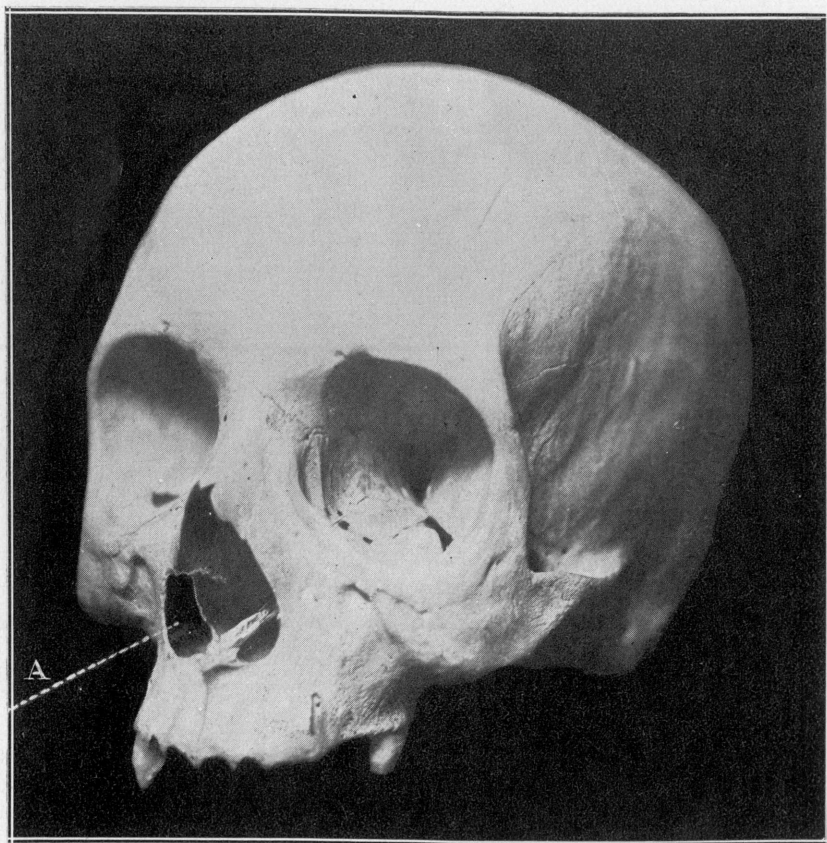
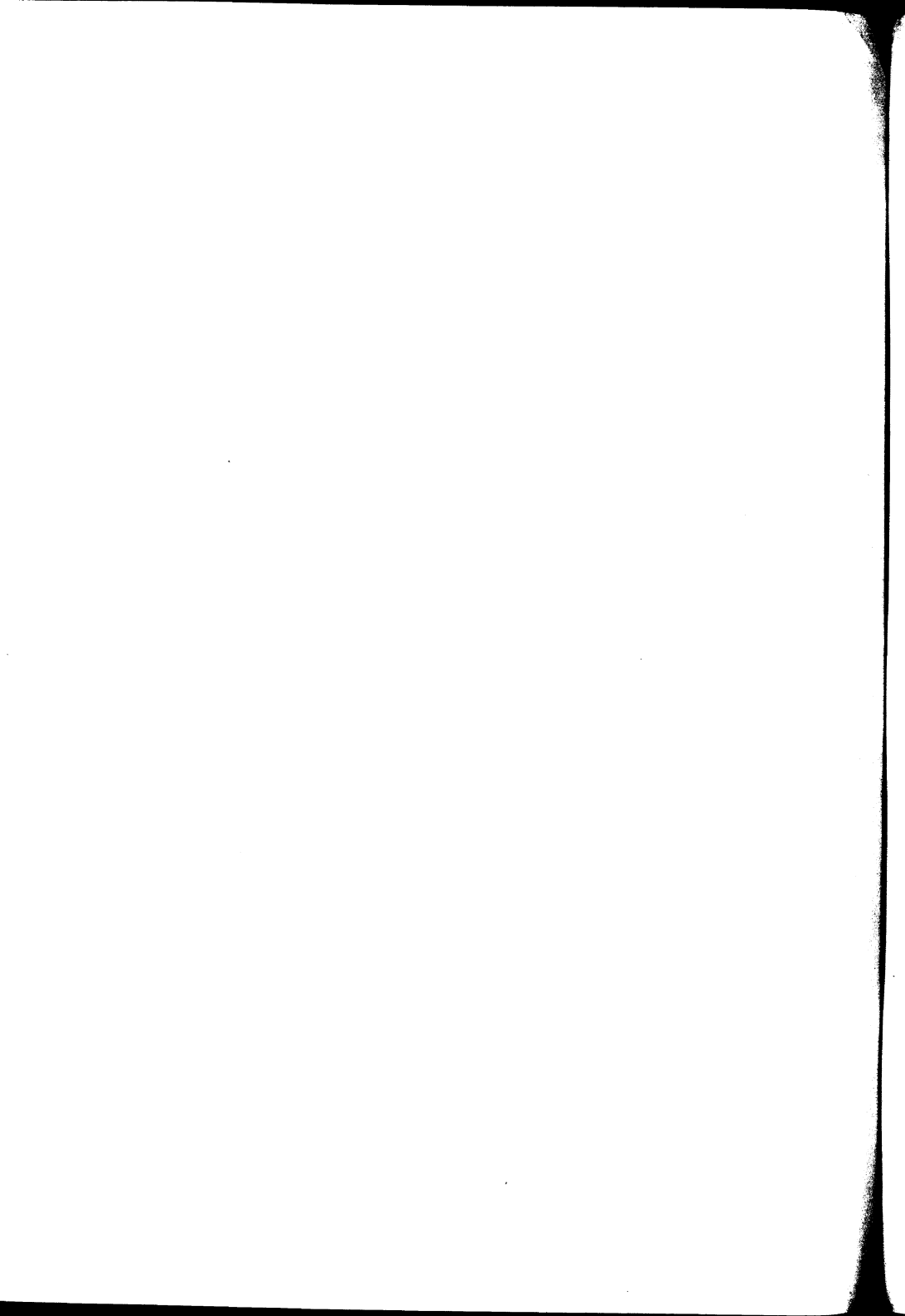
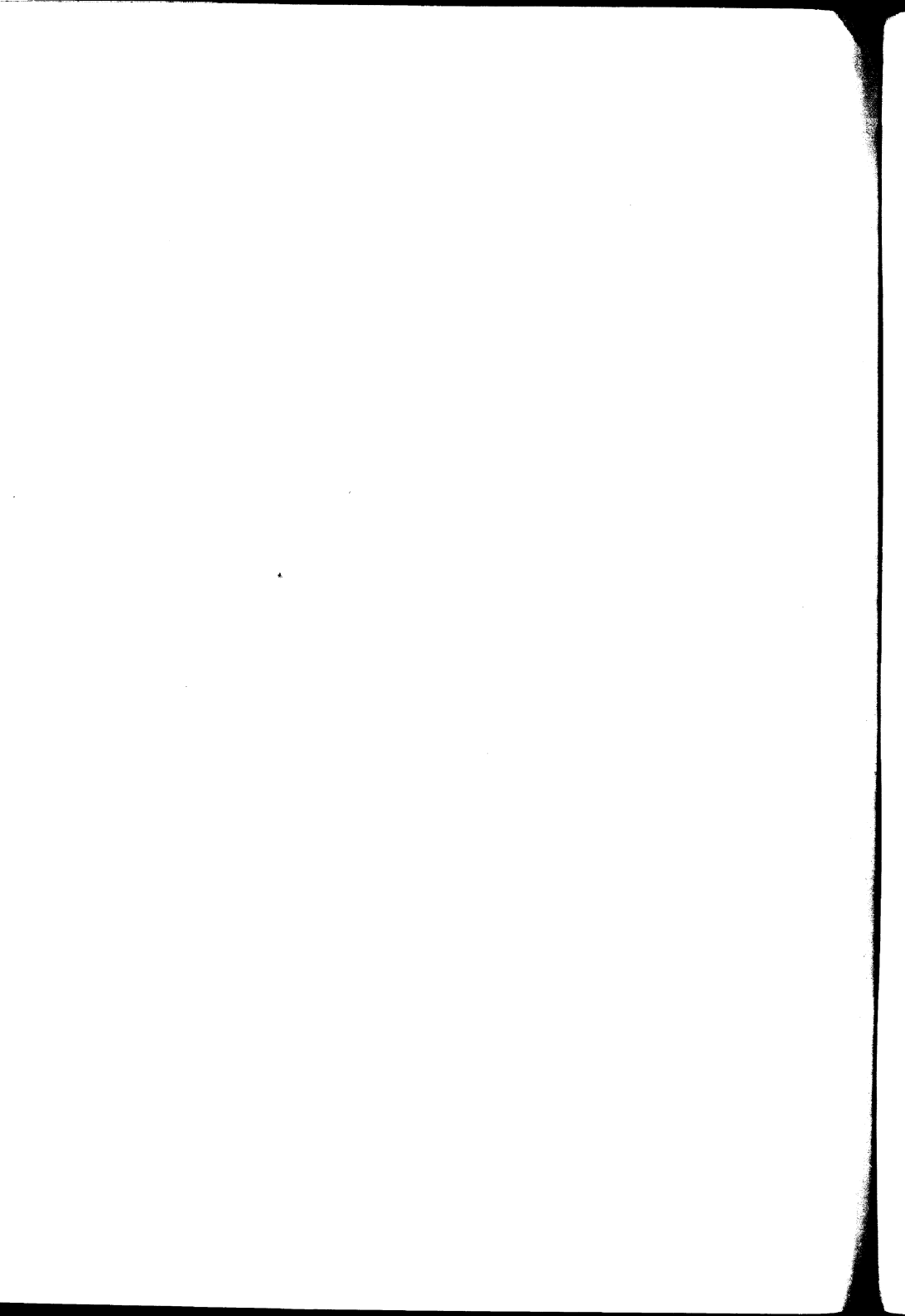


Figura 3

A — Perforación del seno maxilar por el método endo-nasal



OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I

A. R., 42 años, argentino, comerciante.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Hacen 20 años sufrió el enfermo un ataque de sinusitis maxilar, a raíz del cual fué intervenido por el método de Cooper y obtenida su curación por medio de lavajes. Como el orificio alveolar no se obliterara, el enfermo se vió obligado a llevar una pequeña prótesis a fin de impedir la penetración de alimentos en el interior del seno durante las comidas.

Enfermedad actual. — El día 2 de Enero, al intentar retirar su prótesis del orificio alveolar, el enfermo efectuó una mala maniobra, que trajo como consecuencia la penetración de la prótesis en el interior de la cavidad sinusal.

Estado actual. — El día 5 de Enero acude el enfermo al consultorio particular del Dr. Obejero, pues se encuentra muy molesto por el accidente sufrido y desea se le retire el cuerpo extraño del interior del seno.

El día 6 de Enero fué intervenido por el doctor Obejero por el método endo-nasal. Como se tratara de un sujeto muy pletórico, el desprendimiento de la pituitaria sinusal provocó una gran hemorragia que obligó a suspender la operación durante breves momentos. Una vez practicada la brecha al través del seno, hubo de taponarse la cavidad sinusal, debido a la gran hemorragia que producía su mucosa en contacto de los instrumentos. Al día siguiente se le retiró el cuerpo extraño al enfermo.

OBSERVACION II

J. A., 25 años, argentino, vidriero.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — El enfermo nos manifiesta que desde el mes de Junio de 1913, experimenta un malestar en su garganta, acompañado de fuertes dolores de cabeza (cefaléas orbitales y frontales). Como esta molestia le incomodara mucho, en Julio de ese mismo año consultó un médico de una Sociedad quien le diagnosticó una faringitis y le dió como tratamiento un tópico a base de lugol.

Posteriormente se apereibe el enfermo de la presencia de pus en su fosa nasal. Un médico de un pueblo vecino a la capital lo asiste y le aconseja se practique lavajes de sus fosas nasales, con agua bo-

ricada. Como con este tratamiento el enfermo no mejorara, se resuelve hacerse asistir en el consultorio de la especialidad en el Hospital de Clínicas.

Estado actual. — El día 12 de Diciembre del año 1914, se presenta el enfermo en nuestro consultorio. El examen rinológico nos advierte la existencia de un pus cremoso en el meato medio y piso de la fosa nasal izquierda, al mismo tiempo constatamos la presencia de pequeños pólipos y de una ligera hipertrofia del cornete inferior. Por el examen practicado en la cámara oscura, podemos apreciar una opacidad bastante acentuada en el seno maxilar izquierdo.

Una vez resecaos los pólipos, se le practica una punción del seno por medio del método de Mikulicz, dándonos por resultado la salida de abundante pus al través de la cánula.

Los lavajes que a continuación se le practicaron no dieron ningún resultado, en vista de lo cual resolvimos intervenirlo.

La operación se llevó a cabo el 8 de Enero del corriente año, según el método endo-nasal, cuya técnica hemos descrito en el capítulo anterior, sin ningún contratiempo. Veinticinco días después el enfermo estaba definitivamente curado.

OBSERVACION III

J. D., 36 años, español, mucamo.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Su enfermedad se inició hacen 8 meses, durante el viaje que él hacía de España a Buenos Aires. El primer síntoma que le llamó la atención fué la persistencia de un olor desagradable que él notaba en todas partes; el enfermo nos refiere, que al desembarcar en la ciudad de Montevideo las calles le parecieron sucias y *extraordinariamente mal olientes*, la comida de a bordo no la podía soportar a causa del *olor desagradable* de que estaban impregnados todos los alimentos. Ante la persistencia de esta sensación y la aparición de una secreción nasal purulenta, le hicieron pensar

en otra afección que no fuera el coriza al que atribuía todos estos síntomas.

Estado actual. — El 2 de Enero acude el enfermo al consultorio del Hospital de Clínicas. En la fosa nasal izquierda presenta una abundante secreción purulenta. Por las trans-iluminación comprobamos una opacidad de este mismo lado. Como la inspección bucal nos revela la existencia de una carie en el primer molar del lado enfermo, le aconsejamos su extracción.

Habiéndosele efectuado 15 lavajes por el método de Cooper sin ningún resultado, se resuelve operarlo.

El 18 de Febrero el enfermo fué intervenido por el Dr. Layera, con feliz resultado, pues a los 15 días estaba perfectamente curado.

OBSERVACION IV

M. B., 17 años, argentino, estudiante.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — El enfermo nos refiere, que el 8 de Enero experimentó un fuerte dolor de muelas y que consecutivamente notó que por su nariz le fluía una secreción purulenta. Como el dolor no se le calmara acude a un dentista, quien después de extraerle la muela enferma, le aconseja consulte a un médico acerca de los demás síntomas que experimenta.

Estado actual. — El 12 de Enero se presenta en el consultorio del Hospital de Clínicas. La inspección de su fosa nasal nos revela la existencia de pus en el meato medio. Por la trans-iluminación en

la cámara obscura observamos una opacidad de este mismo lado.

Se le practican 20 lavajes por el método de Cooper sin ningún resultado.

El 20 de Febrero el enfermo es operado por el método endo-nasal; a los 10 días de la operación el enfermo ya curado fué dado de alta.

R. BRACHT.

Buenos Aires, Abril 9 de 1915.

Nómbrese al señor Académico Dr. Telemaco Susini, al profesor extraordinario Dr. Eliseo V. Segura y al profesor suplente Dr. Juan de la Cruz Correa, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

P. LACAVERA

J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Abril 12 de 1915.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N. 2930 del libro respectivo, entréguese al intertsado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

P. LACAVERA

C. Escalada
Secretario.



30700

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones operatorias del método endo-nasal.

T. Susini.

II

Casos en los que debe conservarse la mucosa del seno, cualquiera que sea el método operatorio empleado.

E. V. Segura.

III

Ventajas del procedimiento endo-nasal en las sinusitis, sobre los distintos métodos operatorios.

J. de la C. Correa.

