

Memoria

Contribución al estudio del empiema
de los senos frontales

-1-

Excmo Señor.



Al comparecer ante el Tribunal Supremo de la Ciencia impulsado solamente por el cumplimiento de un precepto Reglamentario, indispensable, para obtener el grado superior que la Universidad otorga, nada nuevo puedo ^{el} recipiendario ofrecer. Mostaré patente en el curso de esta Memoria, la diferencia, el abismo que me separa de vosotros, Médicos eminentes, sabios profesores; algunos, maestros míos muy respetables en aquella todavía no lejana época, en la que me instruiais en nuestra Ciencia.

Yo acudo a vosotros temeroso, sin méritos, con una experiencia sino corta empírica a las veces, incompleta. Lleno de temor digo, me atrevo, sin embargo, a demandaros otorguéis, vuestra benevolencia a mi humilde personalidad científica.

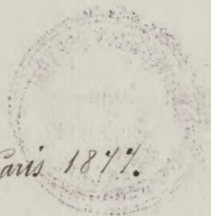
Voy a tratar de las Sinusitis frontales supuradas, conocidas, es cierto, desde hace mucho tiempo; pero no estudiadas completamente, hasta casi nuestros días. En efecto, Letaud en 1725 publicó el resultado de una autopsia por la que se

descubrió una enfermedad de los senos maxilar, fron-
 tal y esfenoidal que no puede ser otra que el
 empiema de dichas cavidades. Runge en 1750
 dió á conocer especialmente el empiema frontal
 y Deximeris en 1839 publicó varios casos acer-
 ca de este asunto. Posteriormente Bouyer, (1) Sa-
 reb, (2) Martin, (3)

(1) Les sinus frontale. Thèse. Paris 1859

(2) Diagnostic et traitement, des maladies du nez. Paris 1877.

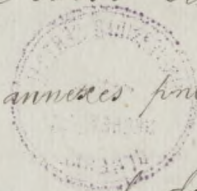
(3) Contribution à l'étude des tumeurs des sinus frontale. Paris 1888.



y otros contemporáneos publicaron interesantes trabajos preparatorios para la constitución de esta parte de la ciencia quirúrgica. Esto se ha logrado en los últimos tres lustros del siglo pasado merced a los trabajos de gran número de cirujanos, especialmente a Lueker Landl, (1) Hajek, (2) sobre todo en su obra clásica de 1899 sobre las inflamaciones de los senos. Además de estos dos gran

(1) Anal. norm. et pathol. des fosses nasales et des leurs annexes pneumatiques. Paris 1895. Traduit par Lichtwitz et Garnaud.

(2) Ueber den Kopfschmerz bei Erkrankungen der Nasen und der Nebenhöhlen (Münch. med. Wochens., nimm 10.. 1899)



des cirujanos otros compatriotas suyos, Hörner Kilian,
Laerberg (descubridor del bacilo del Oena) Heyman
(Director de el Handbuch der Laryngologie und Rhinologie.)
Lien, Mikulicz, Grünrovald Stübing (1) Himmel (2) y otros
alemanes y austriacos han contribuido principalmente
al progreso de la patología de las afecciones sinu-
sales. En Francia se han distinguido franceses

(1) Enfermedades de las fosas nasales y de sus cavidades accesorias etc.^a. Tratado
de Medicina Clínica y Terapéutica publicada bajo la Dirección de Ébstein.
Barcelona

(2) Traumatismos y afecciones quirúrgicas de la nariz y cavidades accesorias.
Tratado de Cirugía Clínica y Operativa. Bergman. Barcelona.

présente: Patiot, (1) Panas, (2) Lermoyez, (3) Luc, (4) Lichtwitz, (5) Folpillae, (6) Otto Seifert, (7) Jacques, (8)

- (1) Abcès des sinus frontaux et leur traitement. Thèse. Lyon 1898.
(2) Considérations cliniques sur les abcès des sinus frontaux. Soc. opht. 8 Mai 1896.
(3) Étherap. des malad. des fosses nasales ect^a. Paris 1896.
(4) Contribution à l'étude des supp. du sinus frontaux. Paris 1894.
(5) Sur les maladies du sinus ou cavités accessoires du nez. Bordeaux 1895.
(6) De l'infection de l'appareil respiratoire consécutive aux empyèmes chroniques des cavités accessoires du nez. Thèse. de Bordeaux. 1898.
(7) Du diagnostic et du traitement des affections des sinus. Rev. heb. de laryng. Decembre 1899.
(8) Des progrès récents dans le diagnostic et le traitement des maladies des cavités annexes des fosses nasales. Rev. med. de l'Est. Août 1899.



Maure, (1) Pierre Lapalle, (2) y Castea en su última obra de Enfermedades de la Nariz et^a. En Inglaterra Clair-Choussou en unión de Herriot, (3). Coscolino, Goadenigo y otros muchos en Italia; y en España, Urriñuela, (4) Compaired, (5) Jouis (6) Magre, (7) Batei, (8), Rueda, (9) Sota y Lastera, (10) y Cisneros.

- (1) Enfermedades de la garganta y de las fosas nasales. Traducido por Compaired. 1896.
- Maure. Manuel pratique des maladies des fosses nasales, de la cavité, naso-pharyngienne et des sinus de la face. Paris 1893.
- (2) Tableau statistique de 169 autopsies de sinus de la face. Rapports des empyèmes de ces sinus avec les maladies générales. Arch. intern. de Laryng. etc. Mai 1899.
- (3) Real Sociedad Médico Quirúrgica de Londres. Sesión de Maure 1895.

- (4) Los Senos frontales. Conferencia con exposicion de numerosas piezas anatómicas. Instituto Rubio. Marzo de 1903.
- (5) Algo sobre la sinusitis frontal crónica y la operación de Ogston - Luz Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas Diciembre 1900 número 8
- (6) Caricatura Oto-rino laringológica Madrid. 1898.
- (7) Algunas consideraciones sobre los senos de la nariz, Revista de Medicina y Cirujía prácticas n.º 527, 15 de Abril 1897.
- (8) Tratamiento de la sinusitis frontales crónica. Com al primer Congreso Español de Oto-rino. Madrid 1896
- (9) La otomitis supurada y el carrete medio. Com al primer Congreso Español de Oto-rino et.ª Madrid 1896
- (10) Enfermedades de la nariz, boca y garganta. Como 1.º Sevilla. 1899

Estos son, entre otros muchos, los Ciinjanos a los que somos deudores del estado actual floreciente de la Patología de los senos de la cara y más especialmente de los frontales.

Anatomía y Fisiología. - Los senos frontales son dos cavidades o excavaciones formadas a expensas del hueso frontal que se desdobla en su parte inferior en sentido antero-posterior; situados en cima de la caña de la nariz, por dentro de las órbitas y al principio del arco superciliar, separados

por un tabique óseo, vertical, medio que desaparece a una edad avanzada. Presenta la forma de una pirámide triangular de vértice superior formado por la unión de las dos láminas del frontal. (Blummenbach) y la base corresponde a la parte interna del techo de la órbita y a la excavación de la parte nasal del mismo hueso. La pared anterior es la más espesa; menos resistentes la posterior y la interna correspondiente al tabique y más delgada la lateral (inferior) correspondiente a la órbita; por lo cual es ésta la que

primero cede en la estana del seno.

Verten sus excreciones los senos frontales en las fosas nasales - mediante el canal fronto-nasal cuya longitud, anchura, y dirección son extremadamente variables. Presenta en su parte lateral un recodo (recessus) que hacia su lado externo e inferior posee una pared ósea gruesa. El orificio nasal de este conducto se encuentra situado debajo del estileto anterior del cornete medio, oculto a veces por él; en la parte anterior de una hendidura ó infundibulum en la que se ven tres orificios: el primero, el orificio del seno.

frontal; el segundo en el extremo de dicha hendidura, el orificio del seno maxilar; finalmente, el tercero, el orificio del lacrimal etmoidal entre los dos anteriores. S

La membrana mucosa que tapisa los senos frontales y las otras cavidades accesorias de la nariz, ofrece la misma estructura que la pituitaria. Esta se continúa por todos los senos. Es, sin embargo, por regla general más delgada, más lisa, menos adherente al tejido óseo en los senos que en las fosas nasales. Con

tiene menos filamentos nerviosos y menos vasos que en la mucosa nasal, sobre todo al nivel de los senos frontales. La mucosa de estos es particularmente pobre en glándulas mucosas: al contrario, el ántro de Higmore los contiene en gran cantidad.

Las arterias proceden de la maxilar interna y de la oftálmica. Las venas van á formar parte del tejido eréctil del coneto óseo. ⁽¹⁾ Los linfáticos de la nariz y de los senos frontales

(1) Peláez. Algunas consideraciones sobre las rinitis crónica y el tejido eréctil de la mucosa nasal. Com. al primer Congreso Español de Oto-rino-ecia Madrid 1890.

comunican con el espacio subdural. Segun Schwabe, la inyección hecha en este espacio se derrama por los conductos linfáticos de la nariz. Estos vasos se extienden hasta la superficie de la mucosa, donde presentan estrechos orificios que permiten se derrame el líquido cerebro-espinal yucetando líquidos coloreados en el espacio subdural y subaraguido, Axel Key y Petrusson han demostrado que una pequeña presión basta para hacerlos aparecer en la superficie libre de la mucosa nasal y de los

senos frontales. (1). Esta disposicion de los linfáticos de los senos es de una gran importancia para comprender las complicaciones cerebrales de la sinusitis. Explica también algunas curaciones raras de hidrocefalia crónica registradas en la literatura médica, curaciones obtenidas mediante la salida por la nariz de una serosidad muy abundante.

Los nervios proceden del trigémino - rama oftálmica algunos filetes terminales del

(1) Urbantschytsh. Tratado de las enfermedades del oído. Traducido por Carreras y Nicoté. Madrid 1881.

olfatorio y del simpático; aunque estos últimos abundan especialmente sobre distintas regiones de la mucosa nasal.

Las anomalías de los órganos que nos ocupan son tan numerosas; tienen tal importancia en su patología y sobre todo en su terapéutica, que, no nos es dado pasarlas en silencio.

Estos, como los otros senos de la cara, están sujetos a variaciones en sí y correlación a los demás. Estas variaciones empiezan

al apreciar su capacidad. Por lo que respecta a los frontales, Bouyer les asigna una capacidad media de cuatro centímetros cúbicos para los dos reunidos. Compared según lo que resulta de mis investigaciones cadavéricas no encuentra exacta ni mucho menos, la cifra establecida por Bouyer.

A senos frontales muy desarrollados, corresponden cavidades esfenoidales de pequeñas dimensiones. Lo mismo puede decirse respecto de las etmoidales con las frontales.

En una colección de frontales, (1) hemos visto: un frontal sin seno ocupando su lugar sustancia ósea compacta; otros sin tabique de lo que resultaba un enorme seno con un conducto nasofrontal tan amplio que permitía el paso del dedo meñique; un tercer frontal con seno suplementario en el tabique. A este propósito haremos notar las observaciones de Montar el cual llama la atención sobre el seno del tabique, que ha encontrado dos veces sobre seis fronta

(1) Uruñuela. Conferencia con exposición de piezas anatómicas. Instituto Rubio. Marzo 1903.

les.

Se ha encontrado con alguna frecuencia derivado el tabique de la línea media, lo que ha sido causa, algunas veces, de caer sobre el seno sano buscando el enfermo.

Se le ha visto extenderse lateralmente en la parte superior de la bóveda orbitaria hasta la apófisis zigomática y había arribado muy lejos en el espesor del hueso frontal. Finalmente, se citan observaciones en las que el tabique era incompleto; y otras en las que no había senos.

Antes de terminar lo que á la anatomía de los senos frontales se refiere, recordaremos que, (Billard) no existen al nacer apareciendo hácia la pubertad, en ese momento en que la cara sufre una transformación rápida; y que aumenta la capacidad pasados los cuarenta años.

Hay gran discrepancia entre los autores a cerca del papel encomendado á los senos; y aunque son varias las hipótesis ideadas para explicar su

fisiología, la verdad es, que, ninguna satisface por completo. Sin embargo, en un punto concuerdan las opiniones: en el de la poca importancia de su fisiología dada ^{la} variabilidad que en ello se observa.

Algunos ha creído que contribúan a la olfacción como en los mamíferos; pero estos poseen, en muchos rodetes olfatorios, cosa que no ocurre en el hombre. Aquellos, tienen, sobre todo los superiores, unos senos encarnes y provistos de los órganos citados.

Hemos examinado los senos del zorro

animal dotado, como es sabido, de un sutilísimo olfato que le sirve para descubrir el alimento. En él los senos frontales, tienen una capacidad muy próxima a la humana, siendo el tamaño del animal mucho menor que el del hombre. El tabi que es doble fuerte que su frontal permanece doble durante toda la vida del animal. Dichos senos alojan en su interior prolongaciones ómní-latas, tubulares, como ~~en~~ enrolladas sobre si mismas. La pared posterior del seno está acubillada de pequeños agujeros que la atraviesan en todo su

espesor y pone en comunicación el seno con el interior del cráneo. Finalmente, el seno maxilar, en contraposición a lo que se observa en el frontal, es pequeño, multilocular y se abre en la órbita de análoga manera á como se abre el frontal en el cráneo.

Las experiencias del Sr. Gechamps (citado por Monro) sobre el frontal y las de Richerand, Hyrtl y otros sobre el seno maxilar han demostrado que las mucosas de estas cavidades no perciben sensaciones olfatorias.

Zuekerkandl Ha hecho notar, que solamente

las células etmoidales posteriores y el seno esfenoidal, tienen su origen al nivel de la hendidura olfatoria.

Si no contribuyen al olfato ¿podría exerse con-
Billard que esas cavidades pneumáticas servirían para
mantener el equilibrio entre el cráneo y la cara &. Branne
y Clasen han demostrado que si se rellenasen con sustan-
cia compacta todos los senos, el aumento del peso, so-
bre todas las partes anteriores de la cara no sería mayor
del 0'76 al 1'5 por 100 del peso total de la calera.

El campo sirve como se creía antiguamente para
filtrar, humedecer y calentar el aire inspirado. En

efecto, el aire se filtra en el vestibulo de la nariz que recibe como veremos, el polvo y los microorganismos que transporta; se humedece y calienta en la posición inferior de las fosas nasales, principalmente en el meato inferior, entre el concha inferior y el suelo de las fosas nasales. Finalmente, hemos visto ya que por lo que a los senos frontales se refiere, su mucosa está casi enteramente desprovista de glándulas mucosas: mal puede, por lo tanto, contribuir a humedecer el aire.

En vista de todo lo expuesto, creemos que los



senos de la cara en el hombre, como los músculos de las orejas, la carúncula lagrimal, el apéndice vermiforme y otros, han tenido funciones propias en épocas más ó menos lejanas; pero actualmente esas funciones han cesado y por lo tanto esos órganos están en vías de desaparición, son órganos indimentarios

Etiología y patogenia - En las autopsias se han encontrado frecuentemente inflamaciones agudas y crónicas de los senos en todas las infecciones como

cidas (Hooke y Imchenovskij.) Wegschelbaum ha observado
fenómenos de la mucosa de todos los senos a consecuencia
de procesos infecciosos de las partes vecinas.

Se ha visto (Zarniko) un empiuma frontal a
consecuencia de la entrada en el seno de parásitos animales
(*Aspergillus fumigatus*).

Se ha señalado la influencia de la grippe (Stedman
Bull); de la difteria (Petey); traumatismo sobre la mu-
cosa nasal (Karata).

Puede ser, el empiuma del seno frontal conse-
cutivo a una infección análoga de un seno veci-

nt. Así, se ha visto en un caso (Turgens) propagarse desde el etmoides; desde el seno maxilar (Observaciones II y VIII) puede observarsele acompañando al seno (Observación IV).

Los traumatismos sobre la frente son al decir de los autores causa frecuente de la sinusitis frontal (Observación I). Una vez hemos comprobado la existencia del traumatismo anterior a los primeros síntomas sinusales.

Se ha incriminado a las enfermedades generales sobre todo a la sífilis como causas pre

disponentes de sinusitis. Esta influencia por lo que respecta a la sífilis ha sido negada (Moure) acaso con razón. Mas importancia que todas las causas expuestas, tienen como veremos en la producción de estos procesos, las enfermedades de la mucosa nasal que propagándose infectan la mucosa sinusal. Veamos, primero, que gérmenes y en que condiciones habitan las fosas nasales y como estos habituales parásitos pueden desarrollar su acción patígena.

Varios experimentadores han dedicado sus estudios a la bacteriología nasal. Strauss (Academia

de Medicina de París, Juli 1894) consiguió demostrar la presencia del bacilo de Koch en las fosas nasales de individuos sanos. Sus experiencias recayeron sobre enfermeros y estudiantes de Medicina. Ha hecho cultivos con el bacilo encontrado. En las inoculaciones practicadas en conejos, ha podido ver en las lesiones producidas en estos animales la existencia constante del bacilo tuberculoso.

Völff ha demostrado que el bacilo de Kasper vive hasta 120 días en las fosas nasales.

Con solo dos autores - Laurentberg y Hayek

Han descubierto pocas bacterias en las fosas nasales. Los demas los han encontrado con mayor ó menor variedad y profusion: un observador a descubierto el estreptococo de Fehleisen en un individuo por cada cinco sanos; el deplaccoccus pneumoniae, una vez por cada cuatro observaciones; el Bacilo de Friedlandel, está con alguna frecuencia asociado al estreptococo; el estafilococo, piógeno dorado se ha encontrado algunas pocas veces hasta en cultivo puro.

St. Clair Thomson y Hewlett son los que a nuestro juicio han resuelto la cuestion de la bacte-

nología nasal, pues han trabajado en las mejores condiciones y sus experimentos abarcan la cuestión en todo sus aspectos.

Estos autores han examinado tres individuos sanos. Los resultados (Real Sociedad Médica Quirúrgica de Londres. Mayo 1895), se resumen así. 1.º En todas las investigaciones bacteriológicas de las fosas nasales es necesario diferenciar el vestíbulo de la cavidad mucosa propiamente dicha. El primero está tapizado de piel y provisto de largos pelos o vèllos y de glándulas sudoríparas y sebáceas;

no forma parte de la cavidad nasal sino que conduce a ella. 2.º El olvido de esta distinción explica las diferencias de los observadores respecto a este asunto. 3.º En el polvo y costras de moco y detritus depositados en el vestibulo se encuentran siempre microorganismos y por lo general en abundancia. En la mucosa de Schneider sucede todo lo contrario.

No quiere esto decir que falten en absoluto, pero en circunstancias normales son muy poco abundantes; y en mas del 80 por 100 de los casos no se descubrió microorganismo alguno. 5.º La pre-

seneca de microorganismos en la membrana Schneideriana puede considerarse como excepcional. El moco nasal parece fixed apropósito a la vida de los microorganismos.

Vemos, pues, que donde siempre se encuentran gérmenes patógenos es en el vestibulo, sobre los pelos ó vellosidades; y pocas veces, el 2º punto en la mucosa de la cavidad propiamente dicha. Es decir, que esos órganos detienen los gérmenes que el aire transporta; son verdaderos filtros del aire inspirado. Esto explica satisfactoriamente un

hecho conocido: los niños, desfronidos como se sabe, de aquellos órganos, sufren más del aparato respiratorio que los adultos.

Veamos ahora la bacteriología de los senos y averiguemos si ésta, está en relación con la de la mucosa nasal.

Sabrazis y Rivier (Moure. Loc. cit.) han investigado el pus procedente de distintos senos frontales y de sus trabajos se deduce: 1.º en los casos de secreción mucopurulenta en los que no hay retención de pus, es el pneumococo el

miro organismo predominante. En un caso en el que el pus era glutinoso, pseudomembranoso y verdoso, encontraron también el pneumococo, el cual dió cultivos puros a 33° en la gelosa peptonizada. La inoculación del pus en el ratón fue seguida de muerte a las 24 horas de la inyección, encontrándose en el punto de la inoculación el pneumococo. 2° En los verdaderos empiemas se encuentran: el estafilococo pirogeno aureo asociado al albus y al estafilococo; y otras veces el estafilococo blanco asociado al citrens de Passot. Finalmente, han en

contraido dichos autores bacilos indeterminados.

Otros microorganismos se encuentran en el pus procedente de los senos frontales: el bacilo microscópico, el de la difteria e influenza y todas las bacterias de la boca y de las fosas nasales (Laques); el bacterium coli (Weimer). En un caso se ha encontrado en el pus de una leptomeningitis del hemisferio cerebral izquierdo consecutivo a una afección sinusal, el micrococo rosado y el bacilo mesentérico vulgar.

Nosotros en unión del Sr. Duval hemos

encontrado: una vez el pneumococo (Observación I) en otro caso (Observación V) gran número de bacilos: estreptococo, un estafilococo y diplococos, coincidiendo con una extensión grande del fuso, pues afectaba a los tres antros maxilar, etmoidal y frontal y un curso rápido del empiema. Otra vez (Observación III) el estreptococo. Debemos confesar, sin embargo, que no pudimos hacer cultivos.

Hemos visto que todas ó casi todas las bacterias accidental ó habitualmente

piógenas se encuentran en las fosas nasales del hombre sano y que estas mismas bacterias amidan en los senos produciendo las secreciones de los mismos. Ahora bien, ¿cuando ó en que circunstancias desarrollan su acción patógena dichas bacterias? ¿pero no explicará que unas veces sean toleradas por las mucosas nasal y sinusal; y otras, por el contrario, provoquen la secreción? La clínica nos resolverá el problema. Ella nos enseña que presen-

devido de las alteraciones de las paredes osneas
del seno, en las supuraciones de éste pocas veces
falta este factor: Las sinusitis anteriores. Asi,
aun en el más leve caso, los senos son asiento
de dolores indicantes de una flegmasia pasa-
gera de la mucosa sinusal. Repetido el pro-
ceso inflamatorio ó simplemente hipohémico -
que es lo más común, una y otra vez, pier-
den las mucosas el estado bactericida que
las depende de los ataques de los microbios
patógenos y empiezan la acción de estos, va-

variable en intensidad, como veremos, según la especie á que corresponden. Otras veces es un transmatismo el que creando un locus minoris resistentiae, prepara la acción patógena microbiana. Recordaremos además que diversos tumores benignos y malignos por su situación pueden dificultar el desagüe del íntro, acumulándose las secreciones y descomponiéndose estas dan lugar á la supuración.



Frecuencia. Si, desde hace mucho tiempo son conocidos los empiemas llamados quiniéjos o cerrados, en los cuales por obstrucción del conducto frontonasal, el pus se detiene produciendo la ectasia de sus paredes ect.^a; los abiertos son de una historia reciente. Se debe su conocimiento a la generalización de la práctica rinoscópica.

Puede decirse en conjunto que las sinusitis maxilares son, desde luego, más frecuentes teniendo en cuenta que ese seno tiene una doble vía para la infección: la nasal, y, sobre to-

de, la alveolar. Viene despues en orden de frecuencia el seno esfenoidal; sigue a éste. el etmoidal y en último lugar el frontal. (1) La posición del orificio del conducto excretor de éste seno explica la menor frecuencia de sus afecciones supurativas.

Sexo. Sin que se sepa la causa es mayor la participación del sexo masculino
Edad. En el niño debe ser raro el

(1) Pierre Lapalle. Tableau statistique de 169 autopsies de la face ecta. Arch. Intern. de laryng. ecta. Juin 1899.

- 44

empuena frontal por el caso desarrollo del seno hasta la pubertad. Pasados los cuarenta años aumenta su frecuencia con la mayor capacidad del órgano.

Por el interrogatorio debenfermo pocas veces puede establecerse como ha dado principio el mal. Si algunas veces, (Observacion VII) la sinusitis es precedida de crisis repetidos, en la mayor parte de los casos no sucede así. Sea que se desarrolle consecutivamente al mismo proceso en órganos vecinos ó simultáneamente

te, (Observaciones, II, IV, V, VIII) como suele suceder; lo cierto es, que, en general, el principio de la enfermedad es indeterminado. No existe, para la generalidad de los casos aunque algunos autores lo afirman, una gradación patoclinica que comenzando en un estado agudo, haciéndose más tarde crónico y decaurando por fin a la mucosa del seno origine allí el proceso supuratorio. Esta es una bella teoría más fácil de concebir, que de comprobar en la práctica. En efecto, lo que el enfermo refiere a veces al estado depende

de la sinusitis plenamente desarrollada.

Otras veces (Observación I) se encuentran estados generales infecciosos muy próximos al cólera y a la sinusitis cuyo principio se confunde. Así, pues, sin negar, ni mucho menos, que la sinusitis siga a veces al cólera, creemos no pueda generalizarse en este punto.

Sintomatología. El dolor es casi constante, pues si se ha señalado su ausencia (Hajé) en algunas anomalías terminales del tujé-
mino, lo cierto es, que no suele faltar, uno

tos lo hemos observado en todas nuestras historias. Aunque puede presentar diversas formas, afecta generalmente un marcado carácter neuralgico; suele ser periódico y terminarse a veces los accesos, con sudor. Esto ha hecho con bastante frecuencia que se le haya tomado por una neuralgia palúdica como ocurrió en nuestra enferma Observacion II.

Más a menudo el dolor se limita a la ceja del lado afecto y a la raíz de la nariz. En general, las crisis dolorosas coin

erdea, con la expulsión, por una de las fosas, o por las dos si el empujón es doble, de una cantidad más o menos abundante de moco fuso (Observaciones I y III)

Se observan también mareos precoces en casos de sinusitis frontales (Observación I) y otras veces este síntoma sigue al cambio de situación de la cabeza coincidiendo en exacerbación de los dolores; cosa esta última que ocurre también al sonarse el enfermo y con el estornudo.

La parte moral de los enfermos se

afecta a veces en el curso del empiema. Liem ha referido casos de delirio a un su propagación cerebral; y nosotros aunque no hayamos observado un cuadro psíquico tan recargado como el descrito por el autor alemán, hemos visto, algun enfermo (Observación II) en el que, un solo síntoma, el dolor, era causa de una vida angustiosa en extremo. Finalmente, en todos los enfermos observados nos ha llamado la atención un grado más o menos pronunciado de tuseo. Un enfermo (Observación I) hacia

constar debilidad en la memoria y en la volun-
tad.

Un sintoma bastante frecuente es la ca-
cosmia subjetiva debida como se comprende
a la existencia constante del pus en el meca-
to medio. Señalan tambien los autores la
anosmia en las supuraciones del seno fron-
tal: nosotros no la hemos observado nun-
ca, debido, tal vez, a nuestras escasas ob-
servaciones.

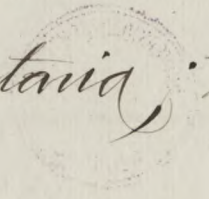
Exámen local. Al exámen rinos



copico lo primero que llama la atencion en las
sinusitis abieitas y algunas veces en las quinungi-
cas, es, la presencia del pus en el canal nar-
sal medio; pus de diferentes caracteres ma-
croscopicos segun el seno de que procede.
Asi, el pus del seno frontal es espeso, cuamo-
so y poco fétido, mientras que el del seno-
maxilar es quinoso y muy fétido. No
son estos sin embargo, caracteres de gran im-
portancia; pues como luego veremos, el pus
puede proceder de otro seno y de varios

de ellos al mismo tiempo.

La mucosa nasal se encuentra hiperemiciada, engrosada, con granulaciones y bastante aumentada (Observaciones III y VII) se encuentran en ella, en el meato medio y sobre los cornetes, verdaderos pólipos mucosos que han sido considerados como causa una vez y como efecto otras del proceso sinusal. Es mas verosimil pensar que esos pólipos se desarrollan a consecuencia de la irritacion constante del pus sobre la pituitaria; irrita



ción, que unas veces y es lo más frecuente, da lugar a una Hiperplasia (granulaciones) de la mucosa y otras, sea que persista la causa u otra circunstancia que no conocemos, llega a formarse un verdadero tumor. Esto se ve en otras regiones del organismo: es frecuente en el fondo del conducto auditivo después de la perforación del tímpano por las supuraciones de la caja; tiene, en nuestro concepto, una significación análoga a la de los mamelones carnosos exuberantes de

las hecides supuradas largo tiempo, Ademas, los polipos desarrollados en las inmediaciones del orificio del canal nasofrontal debian impedir el acceso de los microorganismos al seno y por lo tanto la supuracion. Creemos, pues, hay bastantes razones para afirmar, que, los polipos mucosos lo mismo que las granulaciones desarrolladas en el hiatus y en otras regiones de la pituitaria son consecuencia y no causa de la supuracion sinusal.

A veces se observa una derivación más o menos graduada del tabique cartilaginoso de la nariz que puede llegar a disminuir la luz de una fosa y obstruir el conducto fronto nasal facilitando la retención de las secreciones del seno; o convertir en quirúrgicas o cerrada una sinusitis primitivamente abierta. Esta derivación del tabique, como se comprueba, puede llegar a constituir una gran dificultad no solo para el diagnóstico sino para el tratamiento; pues en algunos casos

llega el tabique a ponerse en contacto con el conete inferior y aun con el medio. (1) Puede presumirse que no sea necesaria una derivación muy graduada del tabique para ponerse en contacto con la extremidad anterior de los conetes, toda vez que estos son, como hemos visto, en el mayor número de los casos asiento de hipertrofias y masas poliposas.

Los trastornos oculares aunque mas constantes en la sinusitis etmoidal, donde pue-

(1) Fourn-Camille. Otisino-laringología. Madrid 1898.

de dearse no faltan nunca; se observan tambien en la frontal existiendo diferentes caracteres segun la intensidad del proceso visual. Unos enfermos (Observación I) se quejan de una disminución de la agudeza visual. Otros presentan anisometropía (Observación III) y diplopía. Los casos ^{de} exoftalmus con ectasia de la pared orbitaria del seno corresponden a los empíemas quirúrgicos como ocurre en nuestro caso V.

Los síntomas que se observan en otros aparatos del organismo los estudia:

veremos en el capítulo de las Complicaciones.

Diagnóstico. El dolor, la supuración y la existencia de masas fungosas ó poliposas sobre distintos puntos de la mucosa nasal plantean el problema diagnóstico cuya resolución depende principalmente de una exacta interpretación de dichos síntomas y de la hábil y minuciosa exploración de cada una de las cavidades accesorias de las fosas nasales y

de sus conductos excretores.

El dolor en los empujemas del seno maxilar se presenta en las partes laterales de la cabeza, en la frente y en las mejillas; en la supuración de las células etmoidales los dolores tienen su asiento detrás de los ojos, en la región parietal y occipital; en la del seno esfenooidal afecta principalmente la nuca. A hora bien, en caso de empujema frontal el dolor se localiza, es mas frontal supraorbitario, encima de la raíz de la nariz. Comprimiendo en dicho punto con el

pulgar e índice combinados se exacerba el dolor.

Sin embargo de todo lo expuesto, el punto culminante del diagnóstico estubo en averiguar el sitio de donde procede el pus.

Los autores recomiendan el método del Dr. Otto Seifert que consiste en limpiar cuidadosamente las fosas nasales por y caute el pus por causas ajenas a procesos sinusales; y si esto no sucede, hacer, con la pera de Politzer una aspiración en la fosa nasal sospechosa. Este método ha sido enunmiado en caceró; con el se con-

sigue atraer el pus de los senos al meato; pero aunque se corrija lo que se persigue, subsiste la cuestión. ¿De que seno procede el pus aspirado? Cuando el pus se encuentra en las partes anteriores del canal nasal medio, se trata de un empujón del seno maxilar o del seno frontal, o de las células etmoidales anteriores. No puede proceder en este caso ni de las células etmoidales posteriores cuyo oficio excretor desagua en el meato superior; ni del seno esfenooidal que vierte sus secreciones por un oficio si

tuado cerca de la bóveda nasal, a uno ó dos centímetros por encima del borde de los orificios posteriores de las fosas nasales, frente a la extremidad posterior del concha medio. Todos estos datos se comprobaban por medio de la rinoscopia posterior.

Para averiguar si el pus procede del seno frontal, del etmoidal (células anteriores), ó del maxilar, se procede de la manera siguiente: se inspecciona la fosa nasal correspondiente, se hace una limpieza esmerada, con algodón,

quitando por los medios adecuados todo lo que pueda impedir la exploración; masas fungosas, pólipos, extremidad anterior de uno o de los dos cornos inferiores); una vez limpio el meato medio después y de los residuos obstaculosos, se cocainiza perfectamente su mucosa con una disolución al 20 por 100; se dan unas puñeceladas con adenalina al 1 por 1000 y con estos preliminares se agranda el campo operatorio. Entonces siguiendo el proceder de Günwald, mediante pequeñas bolitas de algodón en rama

se taponan los orificios de los senos frontal y maxilar. Al quitar las torundas se hace más facil la salida del pus y se evidencia el seno que lo origina.

Ya se comprende que durante estas manipulaciones preliminares (raspado de fungosidades esta) puede obtenerse una hemorragia que puede ser copiosa. En este caso es preciso esperar y dedicarse a cohibirla.

Otro medio propuesto para establecer el diagnóstico diferencial entre el empiema

frontal y maxilar consiste, en practicar sobre este último una función aspiradora que revela la presencia del pus en este seno. Schmidt (1) se vale para conseguirla de una jeringuilla de Pravaz cuya cámbula resistente, ligeramente encurvada en su extremo libre se hunde en el seno por la fosa nasal al nivel del meato inferior. Este procedimiento resuelve la cuestión en caso afirmativo, es decir, cuando la función va seguida de la aspiración del pus; pero

(1) Staubing. Enfermedades de las fosas nasales etc. Tratado de Medicina Clínica y Terapéutica. Erstein. tomo I.

cuando éste sea demandado espere para atravesar una
cámara capilar, ó cuando se halle situado en
un plano inferior al de la punción; ó cuando, fi-
nalmente el antro, como se ha encontrado algu-
nas veces, esté dividido por una lámina ósea
vertical en virtud de la cual una de las caví-
dades puede estar vacía y ser objeto de la
punción; en todos estos casos, decimos, la
aspiración dá resultados negativos. Lemnos
modificar el procedimiento de Schmidet inyec-
tando a través de la cámara líquida aséptico

que se extrae luego por la aspiración y puede ser analizado al microscopio. Esta modificación ha pasado de en manos de W Bourc.

Actualmente se hacen por casi todos los cirujanos los lavados exploratorios del antro de Higmore que, a la vez que facilitan el diagnóstico son un excelente medio terapéutico de la sinusitis supurada.

Como no nos ocupamos del seno maxilar particularmente, sino en aquello que se relaciona con el diagnóstico diferencial

entre su empujón y el del seno frontal, exponemos breve-
mente los procedimientos más usuales empleados para ave-
riguarlo.

Tres son los sitios por donde puede ha-
cerse un lavado explorador del seno maxilar:

1.º Por el orificio natural. Este método, seguido por al-
gunos cirujanos es muy difícil; pues el meato me-
dio presenta más de un orificio y es el sitio de frecuen-
te obstrucción según se sabe, de flegmasidades y obstáculos
parecidos.

2.º Por el alveolo. Este es el método clásico, data de Cooper que lo empleaba en el tratamiento de las afecciones de la cuera. Wiem ha seguido esta vía para los lavados exploradores; ha reunido un número inmenso de observaciones diagnosticadas por este medio y ha vulgarizado el procedimiento. Puede requerirse cuando haya caries de los molares, en cuyo caso la ablación de un diente es permitida por los pacientes.

3.º Este método se debe a Moure y consiste en hacer el lavado explorador después de perforar

- 70 -

la pared nasal a nivel del meato medio, en el punto propuesto por Schmidt para la puncion aspiradora, a unos 3 o 4 centimetros de la espina nasal.

Cualquiera que sea el medio empleado, si se consigue lavar el seno, ocurre una de estas dos cosas: el pus no se presenta en el meato medio al cabo de algunos lavados. Entonces procede del maxilar. Puel contrario, repetidos los lavados hasta varios dias consecutivos, se ve el pus

fluir constantemente por el meato medio: no hay duda procede del frontal o del etmoides. Esto ocurrió en una enferma de nuestra práctica. (Observación II). Evita y durante el curso de su erupción maxilar tratada por los lavados hechos por el alviolo, la presencia constante del pus sobre el meato medio, hizo diagnosticar simultaneamente el mismo proceso en el frontal.

Más difícil es en ocasiones, el diagnóstico diferencial entre los pro-

ceos supuratorios del seno frontal y de las células etmoidales anteriores. Los dolores causados se confunden en uno y en otro caso; la presencia del pus en el canal nasal medio, en el espacio llamado hiatus semilunaris ya lo hemos visto, es común a distintos empiezos. ¿Cómo llegaremos al diagnóstico?

La rinoscopia anterior muestra frecuentemente una disposición celular y ampoliforme del concha medio, descrita por Kueker y Kandl circunstancia que hace

de ese conete una continuación del laberinto et-
moidal. Strover (1) publicó un caso de supuración
de las células del etmoides en el cual una gruesa
tumefacción del conete medio fue irritada, dan-
do salida a una gran cantidad de pus. Poste-
riormente Schoeffler y más tarde Hajek hizo no-
tar la significación especial de la dilatación
ampular del conete medio en los empie-
mas etmoidales. Milligan en el Congreso
de la Asociación Británica rino-laringoló-

(1) The Lancet. 1893

geca - Julio del 94 - presentó la historia de un enfermo con inflamación supurada aguda de las células anteriores del etmoides, en la que el conete medio aparecía como inflado. Tanto o más importancia que los datos expuestos, tiene a nuestro entender para el diagnóstico de que tratamos, un sintoma que cuando se presenta puede ser decisivo: la existencia en la concha media de trayectos fistulosos. El Dr. Rueda presentó al primer Congreso Español de Oto-rino-

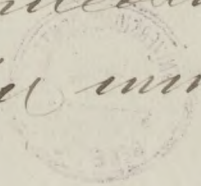
Laringología, la historia de un niño en el que la re-
paración etmoidal hubo de reconocerse mas que
por la presencia del pus, que era exento en el
canal medio, por la existencia de los alveolos
trajectos fistulosos y la dilatación aneuris-
tica del cornete.

El cateterismo del seno frontal aun
que posible algunas veces como veremos
al ocuparnos del tratamiento, no puede
aprovecharse siempre para el diagnos-
tico. Puede suceder que hecho el

cateterismo y facilitada de esta manera la salida del pus se crea estar en el seno frontal, cuando ha podido ser el etmoides el que aloje la sonda. Barta para emprenderlo así tiene en cuenta las frecuentes anomalías del seno frontal y de su conducto excretor y las del etmoides.

Schäffer ha propuesto para los casos en que el cateterismo es imposible, pasar el suero del seno por las fosas nasales. Esta es la conducta de Lichtwitz y de Quoy. A pesar de la inmensa autoridad de estos cirujanos

jamás debe proscribirse tal procedimiento, pues expone
 a una fractura de la lámina cribosa y puede
 faltar el seno frontal en cuyo caso no hay
 que decir el resultado que podria obtener
 se. Mas conveniente será hacer la puncion
 exploradora desde fuera atacando la pared
 anterior-inferior del seno que es la que ofrece me
 nos resistencia. Este método expone a una
 fistula permanente y al flemón de la órbi
 ta, graves accidentes que pueden evi
 tarse practicando la operacion inmediata



tamente despues que la función explorada se ponga
de manifiesto la sinusitis.

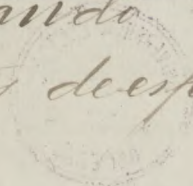
Antes de terminar lo que al diagnóstico
de los empiemas de los senos frontales se
refiere, diremos dos palabras a cerca de un
sucesimiento que se ha generalizado en los
últimos años y que tiene, en efecto, un va-
lor diagnóstico relativo: la iluminación por
transparencia o transiluminación del seno ideado
por Heusinger, de Varovia, consiste en introducir
en la boca del enfermo una pequeña -

lámpara eléctrica de 4 á 10 volts y en iluminar esta cavidad en una habitación completamente á oscuras. La cara aparece entonces iluminada con un hermoso color blanco rosado y las cavidades frontales y maxilares mas ó menos transparentes segun el espesor de sus paredes y la presencia ó ausencia de cuerpos extraños en su interior.

En los casos de empiema de los senos frontales la transparencia que existe en la raíz de la nariz por encima de los

Huesos propios, es sustituida por la oscuridad o por una mancha mas sombria del lado enfermo (Observaciones I y VI).

Este procedimiento tiene más valor en el diagnóstico de los tumores sólidos y puede dar lugar a errores por diversas circunstancias. Logan ^{en} ~~en~~ deduce de sus estudios que la iluminación depende del espesor y de la densidad del hueso, pero en general pasa la luz perfectamente cuando el hueso no excede de tres milímetros de espesor.



y la transiluminación solo se realiza cuando el espesor es superior a cuatro milímetros. Existen excepciones, sin embargo: la luz atraviesa un hueso poco de seis milímetros y no atraviesa una lámina muy delgada de dos milímetros.

Se comprende que cuando no existen los senos la oscuridad será total.

Más importante que en los de los frontales, tiene este medio de exploración en los empuñados maxilares. En estos cuando al signo de Heering acompañan los de

Garb-Burges (sensación luminosa percibida por el enfermo en el ojo del lado sano), y el de Tobser-Davidson (iluminación del globo ocular del lado sano), se puede afirmar la existencia de la sinusitis o por lo menos de algo anormal en el seno. Esto es lo defendido por Wilkins (1) en su tesis; nosotros careciendo de experiencia personal en este asunto, nos abstenemos de consignar nuestra opinión.

Resumen: por los síntomas subjetivos que el enfermo presente; por la busca directa del pus

(1) Wilkins. Ynauqual Disertation. - Freiburg 1896

según el proceder de Günwald o por medio de larados
exploradores del antro maxilar que parecen excluir este
seno como responsable de la supuración que se note
en el canal nasal medio; y por los datos
que arroja la transluminación, podemos llegar
al diagnóstico diferencial de los empujones maxi-
lares y frontales. Teniendo en cuenta los caracteres
del conete medio en las etmoiditis anteriores; la
presencia de trayectos fistulosos en la concha et-
moidal en las mismas; la distinta localización
de los dolores en unos y en otros casos; la inter

interpretación de los trastornos oculares; y por último, la función exploradora del seno frontal fracta cada por la órbita, estableceremos el diagnóstico diferencial entre las etmoiditis supurada anteriores y el empujón frontal.

Pronóstico. En el mayor número de los casos es benigno en relación con la vida de los enfermos. En otros, por las complicaciones que produce, como veremos, no sucede lo mismo y el empujón frontal puede acarrear la muerte o ser causa de que los

enfermos avanzan una vida llena de sufrimientos.

El pronóstico está íntimamente ligado a la especie Bacteriana que produce la afección, y a las asociaciones de los distintos microbios que se desarrollan en los senos. Tal apreciación de los hechos se halla de acuerdo con el concepto que tenemos de la acción patógena de las Bacterias y de las circunstancias en que se desarrollan en nuestro organismo. A este propósito

conviene recordar, que dada una infección -
cualquiera en un punto del organismo, el
proceso que ella provoca (prescindiendo de
las condiciones individuales, estados ante-
riores etc.) está en relación por su intensi-
dad con el número de microorganis-
mos que en ella se encuentran. La
difteria enfermedad de pronóstico casi
siempre grave, aunque solo se encuen-
tre por el análisis microbiológico su agen-
te específico (Bacilo de Loeffler) lo es mucho

mais cuando á este acompañan el *extrus. tococo*, es-
tafilococo ecta. Las continuadas supuracio-
nes, los flemones profundos de los miembros
que siguen tan a menudo á la fístula ma-
ligna, no son, ciertamente, debidos á la
Bacteridia carbunosa, microbio aerobio-
que necesita del oxígeno de la sangre
para subsistir y reproducirse, sino á
asociaciones microbianas. Algo parecido
ocurre con algunas graves lesiones tu-
berculares de la sífilis, ecta.



Respecto a la supuración producida por los microorganismos que se encuentran en los senos debemos creer, que, el más frecuentemente encontrado, el pneumococo, goza de una vitalidad corta y sus efectos sobre el organismo a no mediar una circunstancia fortuita (estados anteriores, anomalías del conducto excretor etc) no serán muy perniciosos. Lo mismo ocurre, por ejemplo, en la pleura. Se admite que, en la pleuritis supurada, las

89-
formas graves que hacen necesarias grandes
operaciones, resecciones, de una estensa porción de
la caja torácica recaen en aquellos empíemas
producto de microorganismos habitualmente
piógenos ó de sus asociaciones; mientras, que
aquellos otros en los cuales solamente el pneu-
mococo es el bacilo responsable, ó se curan
por transformación y absorción del pus, ó por
vómito, ó por la simple punción del empíe-
ma. Lo mismo ocurre en los seros. Ya
hemos visto por los trabajos de Sabares

Púvere que en los casos en que el pneumococo, es el microorganismo predominante; no hay retención de pus; el cuadro que se ofrece entonces es, clínicamente, intermedio, entre una simple sinusitis etahnal y el verdadero empiema. Esto se comprueba en nuestra Observación I. En la Observación V en la que aparece un desarrollo rápido del proceso sinusal con participación patológica simultánea de tres senos, etahnal de la pared orbitaria del frontal, grandes trastornos oculares etahnal, es en donde mayor nú

mente de microorganismos encontramos.

Los casos de propagación del pus del seno a las meninges, y al cerebro, con muerte por leptomeningitis en los que se ha hecho (Rudloff, de Wiesbaden) a través bacteriológico ha sido atribuida la muerte a la asociación bacteriana.

Complicaciones. Estudiarémoslas someramente las más comunes para no hacer interminable este modesto trabajo y dedicaremos unos renglones a las complicaciones cerebrales.

En distintos órganos y aparatos de la

economía repentinamente los empeños frontales.

Hemos visto en nuestras observaciones enanfi-
cuentemente se afecta la visión. Una vez solo se
aprecia una disminución en la agudeza visual
(Observación I); otras se gradúa más el trastorno:
escotomas centellantes, diplopía (Observación III) y
llega a la exoftalmia e inmovilidad del globo
ocular en la Historia V.

El aparato digestivo se afecta, al decir
de los autores; y se comprende que puede
venir por la deglución del pus. Hemos

tratado un caso de esfenoiditis supurada en el cual los trastornos digestivos, fiebris, diarrea, desapareció con con el alivio de los síntomas sinusales.

El aparato respiratorio toma participación en algunos casos de sinusitis frontales. Morre ha hecho notar la bronquitis fétida que se diagnosticaría por ser unilateral, localizarse sobre los bronquios del lóbulo superior del pulmón y determinar una debilidad general muy pronunciada.

La pulmonía ha sido señalada como

posible complicación en el curso de la sinusitis; pero no debe ser frecuente, cuando Liem no la ha encontrado nunca. En nuestra observación I podría pensarse más bien en la pulmonía como causa del proceso.

Igualmente la tuberculosis pulmonar figura como complicación en estos procesos. Nuestra enferma (Observación II) fallecida de tuberculosis pulmonar mucho tiempo después del comienzo de las sinusitis podría, quizás figurar en este capítulo de las complica-

croires. Otras muchas describen los autores (1), (2) que no creemos oportuno señalar.

Complicaciones cerebrales. Las más importantes sin duda alguna, en las sinusitis frontales. No ha sido bien conocida hasta estos últimos tiempos su patogenia gracias, principalmente, a los trabajos de Greiffuss y Kubnut.

Conocidos los abscesos de origen otítico - desde hace mucho tiempo, se ha tratado de

(1) Volpilla. De l'infection de l'appareil respiratoire consécutive aux empyèmes chroniques des cavités accessoires du nez (Èhère de Bordeaux 1898)
(2) Brunel. Sinusites et complications broncho-pulmonaires (Rev. hebdom. de laring. 1898 76:6.)

estudiado los virogenos, pues se habia visto por los trabajos ya citados en la noticia anatómica de esta modesta Memoria - de Schwalbe, se habia visto, decimos, que el espacio subdural y subaragnóideo comunicaban con la mucosa nasal por medio de los linfáticos. Estos resultados fueron confirmados por Asael Key y Peters los cuales descubrieron la misma disposicion para la mucosa de los senos frontales. No es esto todo, sin embargo, los ya citados autores Dreyfus, Hubert han demostrado que el pus del seno frontal

se corre a lo largo de los vasos que se trombosan, no siendo por lo tanto necesaria la perforación de la pared posterior del seno para la producción de metástasis cerebrales. Claro es, que, cuando, esta última condición - perforación de la pared - se realice, la participación cerebral será fatal.

La clínica ha venido luego a confirmar como suele lo aportado por la experimentación. Bergman en su Tratado de Emipia Clínica afirma que de sus investigaciones necrópsicas resultan comprobadas las

mismas lesiones intracraniales iinógenas y otíticas. Así; el absceso en el lóbulo frontal, la supuración extradural, la meningitis y la senoflebitis, todas estas complicaciones se encuentran a consecuencia de supuraciones nasales combinadas entre sí, tal vez con mayor frecuencia que en las afecciones análogas del oído.


Entre 45 casos autopsiados de supuraciones intracraniales procedentes de los senos maxilar, frontal, esfenooidal y de las células del etmoides, encontráronse 20 abscesos cerebra-

les (19 en el lóbulo frontal y 1 en el temporal) 10 tumores
del seno, 14 leptomeningitis y 1 absceso extradural solo. En
cambio había combinados con supuraciones extradurales
abscesos, 2 tumores del seno y 7 leptomeningitis,
y 4 veces tumores con leptomeningitis.



Tratamiento. Antes de proceder al estudio de la
Terapéutica de las afecciones supurativas de los senos frontales
creemos conveniente exponer un extracto de las observaciones por no-
sotros recojidas y que dan origen á este insignificante trabajo.

Observación I. El día 20 de Octubre de 1903 se presentó en el Instituto -
Rubio J. B. de Córdoba, comerciante; 30 años, robusto. Ha padeci-
do viruela hace años y después fulminaria; más tarde un pe-
queño traumatismo en la frente del que no quedan señales per-
ceptibles.



Hace varios años fue víctima de un fuerte cólera con dolores frontales, oculares y faciales. Desde esta fecha el enfermo es molestado continuamente por constipados que no desaparecen.

Actualmente el individuo en cuestión tiene un arco triste; color terroso de la piel, desmemoriado para recordar las fases de su enfermedad; falta de voluntad en sus determinaciones. Dolores continuos en la frente, localizados particularmente en la raíz de la nariz; comprimiendo dicho punto con el índice y el pulgar combinados se exacerba el dolor. Lo mismo ocurre frotando sobre el arco superciliar izquierdo. Según manifiesta el enfermo los dolores son mas intensos por la

noche. Por la mañana al levantarse de la cama se alivian y esto coincide con la salida por la fosa nasal izquierda de una gran cantidad de moco pus. Aqueja además mal gusto de boca y cacosmia.

Rinoscopia. Gran cantidad de pus en el canal nasal medio, se quita con algodón e inmediatamente vuelve á fluir de nuevo. Engrosamiento de la pituitaria, más marcado en la extremidad anterior del concha medio; fungosidades en el hiatus semilunaris y en el infundibulum.


En el ángulo supero-interno del ojo izquierdo se observa un oficio practicado por la función exploradora, hecha por

un Cirujano de esta Corte antes de someterse a nuestra observación
el enfermo) por el que fluye un pus verdoso, fétido. Hecho un
análisis microscópico de éste pus se reconoce en él la existen-
cia de fungos rocosos.

Diagnóstico. Sinusitis frontal izquierda supurada.

Tratamiento. Operación de Coston-Luc llevada a cabo con su
habitual maestría, el 8 de Noviembre, por el Dr. Urribeola. El
curso post operatorio no ofrece nada digno de mención.

Observación II. J. C. natural de Arica 24 años, labadora,
mujer robusta. Sin antecedentes.



Se presenta a mi observación en Enero 1899. Refiere una historia de flemón dentario. Hace 6 meses le fué extraído por un dentista el canino superior izquierdo. Examinado el diente, que me enseña la enfermedad presenta los caracteres de la caries. No cedió con los dolores y hubo de procederse en sesiones sucesivas a la ablación de los molares primero y segundo del mismo lado. Apesar de esto los dolores continuaron y la enfermedad se presenta en mi consulta.

Por la inspección se nota una afección dentaria casi enteramente desprovista de dientes en su parte superior izquierda, en la que solo se conservan el primer incisivo y el

ultimo quese molar. Gran fetidez del aliento. Yntroduxo el estilete por uno de los varios puntos de la enca por donde fluye el pus y aprecie movilidad en el punto correspondiente a la implantacion del canino. Hago con el bisturi una abertura en el borde de la enca y extraño con las pinzas un trozo negroado del maxilar necrosado. Colutois antisépticos. Pevdo de vista a la enferma durante dos meses.

En ese tiempo, los dolores, lejos de desaparecer aumentaron segun refiere la enferma. Ocupaban el lado izquierdo de la cara y de la cabeza; durante la noche eran paroxisísticos y no cesaban hasta bien entrada la

mañana, coincidiendo el alivio con una gran diaforesis. Se le administraron distintos preparados de quina, pues el paludismo ceñia en la comarca en donde residia la enferma. El sulfato de quina y la quina en polvo por la via gástrica; el clorhidrato, por la hipodérmica, todo inutil.

Me encargó nuevamente de la enferma y un sintoma no descubierto hasta entonces, la caecosmia, me pone en camino del diagnóstico.

Reconozco las fosas nasales y encuentro una gran cantidad de pus en el meato medio izquierdo. Ante este descubrimiento no hay duda posible, el empíema

maxilar es evidente. Propongo y es aceptada la intervención que sería
lisa con facilidad suma: abertura de la encía con el bisturí sobre
tejido cicatricial, perforación del alveolo por el sitio de un
plantación del primer molar. Una gran cantidad de pus
sigue a la penetración en la cueva de Higueras. Pronto se
la desaparición de los dolores y con gran sorpresa mía, noto
que al cabo de quince días de lavados con ácido fé-
nico al 1 por 100 alternando con sublimado al 1 por
1000; los dolores disminuyen pero no desaparecen. Se
clara la enfermedad que en esta época se fijan más so-
bre la frente. En esta situación puse en la partici-

hacien de otro sens en el procedo patológico y para decidir el diag-
nóstico ejecuto lo siguiente: lavado abundante con agua hervi-
da del seno de Highmore, irrigación de la fosa nasal izquier-
da con el mismo líquido, coqueización de la mucosa nasal,
rinoscopia. al poco tiempo se ve fluir el pus por el canal
medio.

Diagnóstico. Empuema doble maxilar y frontal.
Posteriormente hicimos un raspado de algunas granulacio-
nes que se veían en el hiatus; y en tres o cuatro dias con-
seguimos llegar, no al seno, sino a su orificio nasal y
hacer llegar a aquel punto agua hervida y despues

-109-

una disolución de formalina. Con esto se consiguió hacer caer desapa-
recer los dolores.

Fuerde de vista definitivamente a la enferma
y pasado el tiempo llega a mí la noticia de su muerte a conse-
cuencia de tuberculosis pulmonar, a los tres años próximamen-
te de comenzado el proceso sinusal.

Observación III. P. L. C. 54 años, dedicada a las labores
de un seso.

Antecedentes. Cólera y vómito negro en Cuba. Al-
gunos catarros de nariz. Hace unos cuantos años notó dificultad

para respirar por la fosa nasal derecha y que fluía constantemente y en abundancia por la misma, una secreción purulenta espesa, teniendo completamente seca la izquierda. Dolor en la región frontal derecha y algunos mareos. Consulto con un especialista quien diagnosticó su enfermedad de pólipos en la fosa nasal derecha, que extirpó en varias sesiones y terminó su tratamiento con cauterizaciones galvánicas. Continuando la supuración apesar de la extirpación del pólipo, se la hicieron lavados del seno correspondiente ungué apesar de continuarlos por espacio de un año se consiguió agotar la supuración. En vista de esto

se decidió la operación sobre el seno a los dos años de estrujado el polipo. Se trepanó por la frente, y ya fuera porque el legado se va insuficiente o mediara otra circunstancia desconocida, lo cierto es que la supuración por la nariz continuaba y la herida de la frente se abrió, estableciéndose una fístula. Después de la operación trastornos oculares: diplopía, ecotomas centellantes.

En esta situación se presenta en la consulta del Instituto Rubio a cargo de nuestro eminente maestro el Dr. Munnuela el día 18 de Marzo de 1903.

Estado actual. La enferma acusa dolores en la nariz de la nariz y ceja derecha. Al adoptar el de

cabito supino, el pus se corre a la faringe y es deglutido. Inclinando la cabeza hacia delante salen por la fosa nasal derecha algunas gotas de pus.

A la inspección se percibe un orificio de pequeñas dimensiones situado en la parte interna de la región superciliar derecha, rodeado de piel rubicunda y escamosa por donde fluye algo de pus claro.

Rinoscopia. Hipertrofia de la mucosa de la fosa nasal derecha. Se ve bajar el pus del meato medio por la cara externa del concha inferior. al microscopio se ven estreptococos.

Diagnóstico. Empiema del seno frontal derecho,

Tratamiento. Operación de Cogston - Fue llevada á cabo con maestría insuperable por el Sr. Munñuela; siendo dada de alta la enferma curada completamente á los pocos días

Observación IV. J. A. 36 años natural de Tinaspre (Alara) se presenta á mi observación el 29 de Enero de 1903. Hago el diagnóstico al sentarme al lado de la enferma, tal es el hedor que despiden sus narices. Presentan sus fosas nasales el cuadro clásico del ozena: aplastamiento de su ívane, enorme capacidad de las fosas cuya mucosa está recubierta por

sustancia gredosa. La faringe y la laringe presentan alteraciones parecidas. Esta orónica jamás ha lavado sus narices.

El único tratamiento local usado, ha consistido en algunas pulverizaciones por la boca. En cambio en general, ha pasado revista a todos los medicamentos tónicos y reconstituyentes conocidos.

A beneficio de un tratamiento apropiado se consigue primero hacer desaparecer la hediondez de su aliento y más tarde modificar las secreciones nasofaríngeas, proporcionando a la enferma un rectivo bienestar.

- Pasados seis meses comienza a quejarse de un dolor intenso en la raíz de la nariz y en la frente que excorrea hacia adelante sobre la ceja izquierda.

Rinoscopia. - Pus en el meato medio izquierdo. Ni engrosamiento, ni hiperplasia de mucosa; al contrario, cornete atrofiado. Sin embargo el pus fluye por su parte superior. En la otra fosa, solamente las lesiones del osena, sin pus.

Diagnóstico. Empiema frontal.

Tratamiento. Después de las irrigaciones nasales acostumbradas y en cuanto estas terminan se prac-

ticau con gran facilidad lavados del seno correspondien-
te con ácido bórico y disolución de formalina alter-
nados.

Al año desaparecen los dolores fron-
tales y el pus, continuando la enferma sujeta al
tratamiento del ozena.

Observación V. M. P. de Madrid, 31 años soltero,
bipógrado. Sin antecedentes morbidos que tengan relación
con la enfermedad actual.

Se presenta en la consulta especial del Yuste-

tuto Rubio, el día 10 de Noviembre de 1913.

La enfermedad comenzó hace cinco meses precisamente sintiendo el enfermo fuertes dolores de muelas y de la cara del lado derecho. Se fue extraído el primer molar del mismo lado pero sin que se aliviaran los dolores. Así ha continuado desde aquella época usando un resultado distintos remedios. Viendo que sus sufrimientos aumentaban consulta con varios especialistas y en la fecha indicada acude al Instituto.

Estado actual. A la inspección se nota en la encía superior derecha la falta del primer

y segundos molares. En el sitio de implantación del primero un pequeño orificio por el que fluye pus verdoso muy fétido. El estilete introducido por el trayecto fistuloso alcanza al antro de Higmore sin dar sensación de hueso.

Rinoscopia. La mucosa nasal, fosa derecha, algo tumefacta: gran cantidad de pus en los canales medio e inferior. Quitado este con el porta-algodones reaparece inmediatamente borando las distintas regiones.

En la frente, un eritema euzipelatoso que ocupa el entrecejo y se extiende por ambos lados

de la frente en un espacio de unos tres centímetros. Un
 tumorcito liso, que disminuye de volumen a la presión del
 dedo, sin que la piel que lo cubre ofrezca cambio de co-
 loración, ocupa el centro del ángulo interno del ojo
 derecho. Este se encuentra propulsado hacia delante y
 abajo, inmovil.olor gravativo en la raíz de la
 nariz, en las mejillas, frente y detrás de los ojos.

Diagnostico. Empiema maxilar, frontal y
 tal vez, etmoidal. Al microscopio, según el Dr.
 Durán gran número de bacilos: estreptococos, estafilococos
 y diplococos.

Exatamiento. Propíese al enfermo: primero, la
operación Orstou-Lue que se considera más urgente
y segundo, operación sobre el maxilar si los lavados
no bastan.

El enfermo desaparece y no hemos vuelto a
tener noticias suyas.



Observación VI. D. E. De Madrid. 43 años, empleado. Se presenta en el Instituto Rubio el día 14 de Enero 1903.

Hace algunos años tubo una pulmonía de la que curó completamente.

Hace tres años notó que no respiraba por la nariz derecha. Consultó con el Dr. Horcasitas, el cual extirpó varios polipos mucosos desarrollados sobre distintos puntos de la fosa nasal. Operados aquellos volvió a respirar normalmente por la nariz hasta que hace un año notó nuevamente la misma dificultad, sintiendo algunas molestias en la cara y en los oídos

Actualmente el enfermo se queja de mareos, dolores en la cabeza y mas particularmente en la frente, en la raíz de la nariz y en el oído derecho. Hinchidos en los dos oídos.

Según manifiesta el enfermo (hombre ilustrado que se observa así mismo constantemente) el dolor de la frente es gravatiro, aumenta por la noche para disminuir y desaparecer a veces por la mañana, expulsando entonces por la fosa nasal derecha una regular cantidad de moco espeso, amarillento. Los dolores del oído son, por el contrario, continuos lo mismo que los hinchidos.

Rinoscopia. Injuncion del en el conducto nasal me-
dio, hipertrofia de la cabeza de los cornetes medio infe-
rior, pus. Fosa izquierda normal. Por la compresion de
la nariz de la nariz se exacerba el dolor, au como tam-
bien percutiendo sobre la ceja derecha. Explorado por
transiluminacion se apreciaba una ligerisima opacidad
en la nariz de la nariz, lado derecho; encontrandose
transparencia en las demas partes iluminadas.

Diagnóstico. Empiema frontal derecho.

Tratamiento. Se acuerda y acepta el enfumo
la operacion del empiema; pero se ausenta a queh y

al reaparecer, los trastornos del oído han aumentado en tales términos (sensibilidad y pastosidad en la apófisis mastoidea derecha, pus y fungosidades en el fondo del conducto auditivo derecho) que hacen urgente la intervención sobre el oído. Se verifica esta proviendo una comunicación (ático-antrotomía) la caja con el antro mastoideo. Cura de estas afecciones el enfermo y le perdemos de vista sin poder seguir el desenlace de su empresa frontal.

Observación VII. H. L. 58 años de Valladolid; oficio

fué a pedreró. Es reumático y según afirma siempre está constipado.

Hace cuatro años tubo una empeñon-
costrosa en el lado superior que tardó bastante tiempo en
curar. Poco despues notó que no respiraba por la na-
ris izquierda y que destilaba constantemente por ella
una gran cantidad de moco. Ha continuado así du-
rante largo tiempo, hasta que los dolores le obligan a
consultarme el día 6 Octubre 1913.

Actualmente presenta un color terroso de
la piel y un aspecto triste. Tiene dolores de cabeza más

intensos por la noche; se alivió por la mañana expulsando gran cantidad de moco pus por la fosa nasal izquierda. Se exacerbó con la tos, con el estómago frecuente en este enfermo y comprimiendo la nariz de la nariz.

Rinoscopia. La fosa nasal izquierda está casi enteramente obstruida por una considerable tumefacción de la cabeza del conete medio. Se resaca ésta taponando la fosa; y a los doce días se inspecciona de nuevo encontrando pequeñas masas fungosas sobre el meato medio que son des-

tuvidas con la cucharilla, taponando nuevamente

Al mes de ver al enfermo nos proponemos llegar al seno con la sonda. Al efecto se procede a limpiar cuidadosamente la fosa; se coagula con una disolución al 20 por 100 se dan unos toques con adrenalina al 1 por 1000 y después de intentar infructuosamente cateterizar el conducto frontonasal con varios catéteres se renuncia a esta maniobra. Entonces nos proponemos lavar el seno y a la primera tentativa la sensación de plenitud que experimenta el enfermo en la parte inferior de la

frente, nos advierte hemos conseguido nuestro propósito. Así son continuados con cortos intervalos en los que falta el enfermo, hasta el mes de Julio en que casi curado de su afección le perdemos de vista.

Observación VIII. C. B. 35 años, casada; de Sevilla. Sin antecedentes relacionados con la enfermedad actual.

Se presenta a nuestra observación en Febrero 1907. Ha padecido de dolores de muelas que la obligaron

hace ocho meses á extraerse un molar, el segundo superior derecho. No cesaron los dolores con la avulsión y examinada de nuevo por el dentista pudo este notar una fístula en la encía, lo que delató primero introduciendo, según se desprende del relato de la enferma, un tallo de laminaria; y practicando despues algunas operaciones sobre la misma encía seguidas de lavados cuyo liquido salía por la nariz. An ha continuado hasta la fecha indicada en que se presentó á nuestra observación.

Actualmente aqueja mal gusto de boca

y caecemia. Fuertes dolores de cabeza, sobre todo en la frente. Estos son más intensos durante la noche, calmandose por la mañana al levantarse de la cama con estornudos, tos y expulsión por la fosa nasal derecha de moco abundante que continúa durante el día, manchando ocho y nueve pañuelos.

Comprimiendo la raíz de la nariz, no hay aumento de dolor. En cambio se exacerbaba percutiendo la ceja derecha.

Examen local. En la mandíbula superior derecha se observa la falta del segundo y tercer

molares; en el punto correspondiente a la implantación de aquel una pérdida de substancia ocupada por un obturador de caucho, por la que puede pasar una pluma de ave. El estilete introducido hasta el antro de Sigmoido da la sensación de tejido blando. Se hace un raspado, previa cocaínización al 10 por 100, de la cavidad con la cuchara de Erant-
man seguido de una abundante irrigación de agua hervida y se termina la sesión inyectando 100 gramos de agua con 1 de cloruro de zinc. Esto se repite durante varios días sin que los dolores

se modifiquen en lo mas mínimo y sin que dejó de
fluir pus por la nariz. En esta situación despues de
una irrigacion abundante del antro de Higmore ha-
biendo antes taponado perfectamente la fosa nasal
derecha, se examina esta por rinoscopia y se observa pus
que fluye por el infundibulum y una no muy consi-
derable tumefaccion de la mucosa. Nos proponemos
sondar el seno frontal. Pevia limpia y cocainura
cion al 20 por 100, es empujada suavemente hacia el
conducto frontonasal la sonda de Lichtwitz desa-
pareciendo en el interior unos ocho centimetros desde

el oficio de la nave.

A partir de este momento se hacen irrigaciones abundantes del seno todos los días por espacio de seis meses, hasta que es dada de alta la enferma completamente curada de su afección.

. . .

Examinando las clasificaciones propuestas para la división clínica de los empiemas frontales se ve, por ejemplo, la de Symonds

que los divide en tres categorías:

1.º con secreción nasal purulenta y generalmente con pólipos.

2.º empiemas con distensión del seno, pero sin secreción nasal, y


3.º distensión del seno con secreción nasal.

Remiendo en cuenta que, la existencia ó la falta de pólipos sirve, en la anterior clasificación para dividir en distintas categorías este proceso patológico - queda demostrada la no muy sólida

-135-

base sobre que se funda. En efecto, en nuestras observaciones con ser tan cortas en número puede verse que de la existencia o de la falta de pólipos en las fosas nasales no se deduce un pronóstico determinado ni un tratamiento extra-nasal en todos los casos y que sea debido a esa circunstancia.

Así pues, por lo que al tratamiento se refiere aceptaremos dos categorías:



1.º empiemas, ó mejor dicho, sinusitis abiertas que conllevan una terapéutica intra nasal, y

2.º empiemas quirúrgicos ó cerrados con ectasia generalmente de las paredes del seno, u otros síntomas que dan gravedad al pronóstico. En estos puede ó no haber supuración nasal. Lo que hace de ellos un grupo aparte es la indicación operatona radical. Es decir, que admitidas estas

bases, serian considerados como quó-
rúgicos los de nuestras observaciones
I, III y V; correspondiendo las restantes
a las llamadas sinusitis abiertas.

Por consiguiente en el trata-
miento de las sinusitis supuradas de
los senos frontales tendremos en cuen-
ta: primero, aquellos casos en los
cuales por permittirlo las condicio-
nes anatómicas del conducto fron-
tonasal, o por la falta de síntomas

graves, son posibles los tratamientos intranasales; y segundo, aquellos otros en que han fracasado los tratamientos anteriores; o la disposición (o ausencia) del conducto frontonasal dificultan o imposibilitan el tratamiento endonasal y con mas motivo cuando la índole del proceso hace urgente la abertura del seno. Tenemos, pues, dos medios de tratamiento: intra y extranasal. Analizaremos ambos rápidamente por

ca vez cuando deben emplearse unos
y otros.

En la generalidad de los casos en presencia de un enfermo con dolores esta que nos haga sospechar la existencia de una supuración de los senos de la cara, lo primero absolutamente necesario para llegar al diagnóstico es la rinoscopia. Esta auxiliada por los lavados exploratorios del seno de Higmore, la transiluminación y

fundamente, si es necesario, la función exploradora del seno frontal por la órbita, nos asegura de la existencia del pus en el seno frontal. Entonces se intenta el lavado de este para lo cual se empieza por desventarar la fosa correspondiente de los obstáculos que aunando dificultaban la introducción de la sonda y de la cánula. La gran tumefacción del conete medio en su extremidad anterior, la presencia de fungosidades o

-141-

de verdaderos pólipos mucosos sobre el canal medio; y la posible desviación del tabique cartilaginoso que venga á complicar las dificultades expuestas; todos estos obstáculos deben ser suprimidos previamente por los medios apropiados. Limpio el meato medio, eocainizada la mucosa y con unos toques de adrenalina que acentúa los efectos de la eocaina y previene la hemorragia, sirviéndonos de la cápsula de Corzobuo u otra (puede servir

149
una sonda de Ytard de las empleadas para
el sondaje de la trompa) se la dirije por
la parte antero-superior del conete me-
dió hácia el infundibulum con el pico
de la cáñula hácia arriba y a delan-
te. Se consigue introducirla en el orifi-
cio del conducto y se practica con pre-
sion el lavado del seno, con la solu-
cion antiséptica que se elija. Estos la-
vados pueden ir seguidos de la in-
suflation de polvos antisépticos.

Si con este medio no se obtienen los resultados que se persiguen y aumentan los dolores, o el pus, por la existencia de granulaciones en la mucosa del seno, persiste, es necesario hacer mano de otros procedimientos.

La perforación intranasal del seno, propuesta por Schöffler, y de la que nos hemos ocupado al hablar del diagnóstico, la rechazamos por las razones dichas.

No queda más que la operación -
practicada desde fuera. Son varios los
procedimientos empleados. Haremos un ra-
pido análisis de los principales

La simple reparación del seno
por la pared anterior que facilita uni-
camente un lavado del seno el cual
debe intentarse por la vía intrana-
sal, no puede dar resultado durable. Ade-
mas las granulaciones y las tociusidades
que existen en el conducto fronto-

nasal y que son causas de que los lavados no sean seguidos del resultado apetecido, no se remedian con el trépano por cuya abertura pequeña, no es posible practicar la amplitud del conducto y el raspado de las granulaciones. Esto se ve patentemente en nuestra Observación III. Aquí después de la trepanación y lavados consiguientes seguidos con perseverancia durante largo tiempo, hubo de someterse a la enfuma a nueva operación.

Kuchut extirpa la pared anterior del seno y reseca la mucosa enferma.

Tansen, en vez de la anterior, extirpa la pared inferior del seno. Con ello hay el gran inconveniente de que pueda penetrar en la cavidad el contenido de la órbita y es difícil llegar al ressecus lateral del conducto que hacia su lado externo e inferior posee una pared ósea gruesa.

Otras veces la curación no se obtiene por existir simultáneamente una supu-

ración de las células etmoidales. Para estos casos Killian propone abrir estas células en las operaciones sobre el frontal.

Bergman, en su obra ya citada, recomienda un colgajo cutáneo-perióstico-óseo a expensas de la pared anterior del seno frontal como en la trepanación del cráneo por el método de Wagner. Couverts subsiste la luz de la cavidad, pero lo que al persistir la supuración hay que impedir durante largo tiempo la

adherencia del colgajo; en cuyo caso el resultado estético no es muy brillante, aun cuando se consigue agotar la supuración, lo que no siempre sucede, según afirma el mismo Bergman. Este método tendría un gran valor cuando las lesiones óseas ó la propagación cerebral fueran manifiestas.

Hemos visto que por los métodos operativos reseñados puede conseguirse raspar ó extirpar la mucosa del seno; actuar sobre sus paredes si son

responsables de la supuración, y finalmente llegar al interior del cráneo en los casos necesarios. Ahora bien, el punto culminante, el conducto frontonasal queda intacto o poco menos con esas operaciones, siendo la causa de que la supuración no se agote nunca. Teniendo esto en cuenta se ha ideado un procedimiento mixto que, consiste, en abrir ampliamente el seno por su pared anterior como Shunt y agrandar el con

-150-

ducto nasofrontal hasta el infundibulum.

Este es el procedimiento empleado por Coyston y Luc que le han dado su nombre, seguido en la actualidad por casi todos los cirujanos y puesto en práctica en nuestras observaciones I y III con resultados definitivos.

El manual operatorio es el siguiente: rasurada la ceja, desinfectada la región y la fosa nasal correspondiente se practica una incisión en me-

dió de la frente que termina en la glabella; y otra formando ángulo recto con ella sobre la ceja. Separados los tejidos blandos y el periostio se hace con escoplo y martillo una abertura en la pared anterior del seno que se agranda con la gubia o con las cisallas. Hecha la abertura se raspa y se limpia minuciosamente su mucosa y se procede á la segunda parte de la operacion la más importante sin duda y peligrosa: ampliar

el conducto frontonasal. Para esto sirven las guías y las cucharas cortantes cuyas formas varían en cada caso, habiendo ideado cada cirujano un arsenal que no nos detendremos a describir. Seguidamente, como hemos dicho, el conducto se regulariza y se limpia hasta llegar al infundibulum y se establece el drenaje. Algunos autores cauterizan la mucosa del conducto.

Terminada la operación se

sutura la herida externa y si se ha tenido cuidado de raspar todas las granulaciones y el acto operatorio es ejecutado con todas las reglas antisépticas, el catarsis por primera intención.

Esto es principalmente, lo que hay que tener en cuenta en lo que hace referencia al tratamiento.

De todo lo expuesto, creemos

poder deducir las siguientes

Conclusiones.

- 1.^a La anatomía de los senos frontales ofrece con frecuencia anomalías en número, conformación interior, capacidad existencial y disposición de su conducto excretor. Estos datos tienen gran importancia en lo que se relaciona con el diagnóstico y con el tratamiento de su patología.
- 2.^a Los senos frontales (y sus análogos de

la cara) no realizan, actualmente función fisiológica que les sea propia, estando llamados a desaparecer de nuestro organismo; son, pues, órganos rudimentarios.

3ª La sinusitis frontal supurada conocida desde mediados del siglo X V III, no ha sido bien estudiada hasta nuestros días, merced á los medios de investigación modernos.

4ª El empujón frontal existe independientemente de todo otro proceso patológico

gico; pero va acompañado a veces de supuraciones de los otros senos de la cara.

5.^a Las causas de la sinusitis supurada son distintas bacterias piógenas que obran sobre la pituitaria cuando esta membrana pierde su propiedad bactericida.

6.^a Distintas enfermedades generales infecciosas; los costras repetidos y los traumatismos, pueden ser causas de modificaciones de la pituitaria que la hagan perder su virtud bactericida.

7.^a El diagnóstico de estas afecciones, es fácil, teniendo en cuenta: el estado de los senos venenos y los datos que arrojan la exploración rinoscópica y la transiluminación.

8.^a El pronóstico, benigno en general está ligado a la especie bacteriana que produce la supuración, á la asociación de las bacterias; y a las complicaciones que pueden sobrevenir, sobre todo intracraniales.

9.^a El tratamiento de las supuraciones de los senos frontales debe ser intranasal sin

pre que sea posible; y

10.^a Cuando el tratamiento endonasal no sea posible o no de resultado, debe procederse a la operación de Ogston-Lue. He dicho

Madrid 9 de Marzo de 1904

Domingo Aniel Guiruga y Zochicwa



