

468

72 Ag. 96

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Abcesos del seno frontal

F. Muñoz



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Abcesos del seno frontal

Honorable Comisión examinadora
El tema de mi memoria versa sobre los abcesos del seno frontal. El móvil que me ha inducido para tratar esta materia ha sido la frecuencia relativa de la enfermedad, pues, en el término de un año he podido reunir tres casos: dos en el servicio clínico del doctor Barros Borgoño i el tercero en el servicio del doctor German Valenzuela en el hospital de San Juan de Dios.

Indudablemente no os sorprenderán las observaciones personales que voi a presentaros; pero su tratamiento, su terminación i sobre todo las colerales dimensiones que se pudo constatar del seno en uno de estos casos i que no son mencionados en los tratados clásicos, al menos en los que me han servido de consulta (Charpentier, Duplay i Hapggarten) creo que llamarán vuestra atención.

Creo importante comenzar por dar a conocer sucintamente el desarrollo de los senos, sus dimensiones i su forma en el estado normal; pasará en seguida a hacer la narración de los casos que he observado; después trataré del cuadro clínico de la afección i por fin terminará con las con-

clusiones que he podido sacar de la exposicion anterior.

Desarrollo - Por unanimidad de los autores estos senos se desarrollan en el primer año de la vida (Blumenbach, Steiner) Este atribuye el principal papel a las cilulas proliferantes del laberinto del hueso criboso que crecena hacia el interior del hueso frontal; mientras que Fuchtenkandt atribuye la formacion de esas mismas cavidades a una protrusion de la mucosa nasal que se invajinaria hacia el interior del hueso frontal.

Los senos crecen en los primeros años de la vida (segun Steiner al 7.º año son del tamaño de una arveja) i principalmente en superficie. La explicacion es facil ya sea que se considere a las cilulas et cavidades de la mucosa nasal dándoles origen, las que como cuña penetrarian entre las láminas del frontal i por el crecimiento ulterior de estos elementos generadores, esa hendidura se transformaria en una especie de caverna de mas volumen. El completo desarrollo del seno tiene lugar a los 20 años; sin embargo algunos investigadores creen que hai un aumento de tamaño a una edad mas avanzada: Farjaway supone que la mayor amplitud corresponde a las edades mas avanzadas por una reabsor-

cion del diploe

Segun Tucherhandl la magnitud del seno varia con la edad, el sexo i las razas; segun Bartholinus en los craneos crasceos (craneos con persistencia de la sutura frontal) faltarian por completo los senos frontales; esta aseracion segun Hapggarten es inexacta, porque en estos casos los senos frontales existen, es si que son menores.

Tucherhandt asegura que se puede presumir un gran seno frontal cuando juntamente con el arco superciliar fuertemente desarrollado, proheminan toda la rejion supraorbitaria. Esta aseracion he podido comprobarla en el mayor numero de los 25 craneos en que hice la exploracion en la Escuela de Medicina.

La forma de los senos se puede asimismo presumir por la forma del arco superciliar que reproducen; es una forma ovoidea o mas exactamente la de una sanguijuela con su estremidad gruesa dirigida hacia adentro. Blumentbach les asignaba la forma de una piramide triangular de vertice superior. Debo asegurar que en ningun craneo he encontrado esa forma triangular ni mucho menos, vertice, porque sus estremos son redondeados. Las dimensiones son pequenas: por termino medio tienen una longitud de dos i medio centimetros

de dentro afuera i que corresponde al eje mayor del ovoide; la altura en la parte mas gruesa es de dos centímetros; uno i medio en la parte delgada; el diámetro antero-posterior es de uno i medio centímetro hacia adentro, hacia afuera es solo de medio centímetro.

Su superficie es lisa con pequeños sollevamientos arciformes, principalmente en su pared posterior, considerados por Steiner como rudimentos de las células etmoidales. La mucosa que tapiza esta superficie es delgada, trasparente i ofrece adherencias muy débiles con el hueso, su epitelio es cilíndrico vibrátil i su secreción escasa producida por glándulas acinosas.

Los nervios pertenecen al ramo etmoidal del nasal del oftálmico de Willis, cuyas terminaciones han sido seguidas por Sjugani hasta el mismo epitelio.

Los vasos pertenecen a la arteria esfenopalatina i a la vena etmoidal que anastomosa con los vasos de la dura madre (Lucherkhandl). Estos vasos desempeñan un papel importante en los casos de Meningitis que sería provocada por una flebotrombosis según Hühnt.

Estos senos se encuentran colocados simétricamente en la parte antero inferior del frontal en el espesor mismo del hueso i sus límites son: hacia adelante la lá-

mina externa del hueso frontal, es la mas espesa de las paredes, presenta diploe o sustancia esponjosa en su interior; hacia abajo por la parte anterior de la vóveda orbitaria en su union con la lámina frontal vertical, es delgada i apenas posee diploe; hacia abajo i adentro por las celulas etmoidales que lo separan del lado opuesto; hacia atras la lámina interna del frontal, es la mas delgada, carece de diploe i tiene un milimetro de espesor. Cada uno de los senos se encuentra en comunicacion con la fosa nasal correspondiente por medio de un conductito estrecho, infundibulo, que parte de la parte inferior e interna del seno i va a la parte anterior del meato medio. Tiene de 10 a 12 centímetros de longitud.

No es raro encontrar anomalías en los senos frontales: aveces existe comunicacion entre ellos por un orificio estrecho; en otras ocasiones falta por completo el tabique intermedio que los separa; Winckler i Kuhnt hablan de senos colocados uno delante del otro i separados por un septum vertical. Se cita casos en que los senos se han extendido hasta el hueso malar; no es raro el mayor desarrollo de uno de los senos a espensas del otro rechazando el tabique; segun Steiner es el derecho que se desarrolla a espensas del izquierdo, como pudo comprobarlo en un caso.

Observaciones - I Caso - Bonifacio Marti-
 nez de 30 años, casado, nacido en Lo Princi-
 pal, Ganan, entró el día 5 de Agosto de 1895
 a ocupar la cama 8 de San Emeterio. No
 acusa antecedentes hereditarios i como anteceden-
 tes personales, solo Blenorragia en su ju-
 ventud.

Anamnesis - El 28 de Julio recibe una
 pedrada en la parte inferior e interna de la
 región frontal izquierda, que le produjo una
 herida contusa pequeña. No perdió el conoci-
 miento i al principio se curó solo; pero al 3.^o
 día la herida comienza a supurar i el enfer-
 mo nota que el pus sale en mayor cantidad
 cuando se inclina hacia adelante. Esta supu-
 ración solo fue precedida por un dolor pun-
 zante en la profundidad de la herida; dolor que
 desapareció cuando se estableció la reparación.
 Por la nariz dice no haber salido pus.

Examinado en la Clínica se reconoce una
 herida contusa de bordes fungosos rojizos
 i de dirección oblicua de arriba abajo i de
 fuera a dentro. Longitud dos centímetros; si-
 tuación borde superior i externo del arco su-
 perciliar izquierdo. Con el estilete se recono-
 ce el hueso derudado en una pequeña exten-
 sión i al mismo tiempo una fisura ósea
 que tiene la misma dirección que la herida;
 por fuera de la fisura un hundimiento
 óseo i un pequeño orificio que conduce a una

superficie blanda rugosa. Se diagnostica fractura con hundimiento de la lámina externa del seno frontal i abceso de este mismo seno. Se propone al enfermo operación.

- El día 23 de Agosto se opera, se agranda la herida prolongando sus extremos se desprenden los colgajos i en la profundidad se confirma el diagnóstico. El orificio del seno era

dejado por una esquila que habia penetrado en su interior. Se aplica una corona de tripanos pequeña, se extrae la esquila, se levanta el hundimiento con el extremo de un disprende tendones i se regularizan los bordes del hueso con una pinza gubia. La mucosa está engrosada i recubierta de exudados purulentos.

Después lavado antiséptico, se refregan los bordes de la herida, se rellena con gaza yodoformada, se hacen dos puntos de sutura en los extremos de la incisión cutánea

dejando en el medio lo suficiente para el drenaje de gaza. Al día siguiente el enfermo tiene vómitos, grande erceopio i la temperatura sube a $39^{\circ}9$. Descubierta la herida los bordes están rojos edematosos i rodeados por un rodete saliente. - Se trata de Erisipela.

Se trata la Erisipela con pomadas resorcina das al 6% al 4.º día desaparece: la temperatura baja, la herida se modifica, la supuración disminuye i el enameblamiento avanza. El enameblamiento es progresivo

comienza en la mucosa del seno, poco a poco avanza hasta llenarlo completamente.

Después la piel se regenera i el enfermo sale completamente bueno el 29 de Noviembre. En el punto en que el seno existia queda una depresion de la cicatriz - La lámina externa del seno no se regenera.

II Caso - Lo he observado en la sala del Doctor Fermán Valenzuela.

Lorenzo Molina de 36 años, Jañan, entró el día 5 de Mayo a ocupar la cama n.º 3 de la sala de

El 4 de Mayo recibió una pedrada en la parte superior e izquierda de la region frontal inferior inmediatamente por fuera de la sutura bifrontal. Traído al servicio del doctor Valenzuela se reconoce una herida contusa como de cuatro centímetros i de direccion oblicua hacia abajo i adentro por encima del seno frontal izquierdo.

El estado general es satisfactorio, solo ha tenido epistaxis. Examinado por el doctor Valenzuela constata una fractura con hundimiento situada por encima i por fuera del ángulo formado por los senos longitudinal superior i frontal izquierdo. Inmediatamente se procedió a levantar la porcion hundida para lo cual se hizo partir una incision horizontal desde la parte inferior de la herida contusa i se prolongó el extremo su-



perior. Levantado el colgajo se reconoce un hundimiento del tamaño de una moneda de a 20 centavos. La porción hundida simulaba un cono de vértice dirigido hacia adentro. Este cono dejaba en sus bordes limitrofes con el hueso sano una ligerísima hendidura por donde se introdujo una rinda i se levantó un poco; en seguida se estrajo con una pinza. El fragmento es traido era solo formado por la lámina externa del hueso. En el fondo se ~~vio~~ igualmente la lámina interna hundida se desgastó los bordes del hueso que la limitaba, con un cincel, i cuando se pudo introducir una pinza por la hendidura se estrajeron los fragmentos de la lámina interna que se extendían a una distancia mayor que los de la lámina externa. Al extraer uno de ellos en la parte interna se notó un orificio que ponía en comunicación la herida con el seno frontal, quedando también a descubierto una pequeña porción del seno longitudinal intacto. De modo que el seno frontal está en comunicación con la herida por su cara posterior. Se vio asimismo dos rasgos fibrilares que se extendían hacia los lados del apófisis cristagalli. Después lavado anti-séptico, dos puntos de sutura en los extremos de la herida, se rellena con gaza el seno, i las cavidades descubiertas i vendaje. Al día subsiguiente el enfermo está bien, presenta una equimosis palpebral, no hai tempe-

ratura i solo siente un ligero dolor en la herida; por ser la hora muy avanzada se encomendó la curación al practicante. Este dice no haber encontrado en la herida nada de particular. Al tercer día el enfermo amanece así: dolor intenso de cabeza estado comatoso, pupilas dilatadas, temperatura $38^{\circ}5$ i fluxión de pus por la ventanilla izquierda de la nariz.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

- Curación -

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Los bordes de la herida tumefactos rojizos, colección de pus en el seno frontal, i la parte accesible del seno longitudinal i dura madre recubiertos de escudados purulentos. Se trata de un absceso del seno frontal i de una meningio-encefalitis concomitante.

¿Por dónde ha venido la infección? Los caminos tenemos para explicarla: o por la fosa nasal correspondiente o por las manos del practicante. Por el hecho de haber pasado bien los dos primeros días i de haberse manifestado la infección al día siguiente de la curación, me inclino a pensar en una infección por la segunda causa. Se lava cuidadosamente la herida i se pone un nuevo apósito.

Al 4.º día la fiebre se eleva a $39^{\circ}5$, su estado comatoso es mayor, pupilas más dilatadas, contractura i rigidez ligera de los miembros. Se cura i se encuentra aumentada la supuración. En la noche del mismo día muere.

Autopsia Absceso del seno frontal i meningio-encefalitis generalizada.

III Caso. - Atilio Gonzalez de 22 años,
Guardian. Sus antecedentes hereditarios son nulos.

Personales. - Difteria a los 5 años; a los 17 Escarlatina; a los 18 Influenza i a los 20 Pleurajia

Las tres primeras evolucionan sin ninguna complicacion; la ultima se hizo crónica i en el Mes de Marzo tuvo una recrudescencia complicada de Adenitis unilateral terminada por resolucion.

Es moderadamente alcohólico i fumador.

Anamnesis. - En el mes de Enero del presente año estando incompletamente ebrio recibió un hachazo en la parte antero superior derecha de la region frontal i de direccion antero-posterior. Dice haber perdido el conocimiento por cinco horas.

Al siguiente dia ingresó al Hospital de San Vicente a ocupar cama en la sala de San Carlos, donde se le curó como una herida simple, a juicio del enfermo, porque no tenemos mas datos sobre la naturaleza de la herida.

Al fin de dos meses sale bueno.

Cuatro meses despues de salir del hospital, comienza a sentir en la profundidad de la cicatriz, punzadas intermitentes pero que no le molestan. Un mes despues se hacen mas i mas frecuentes hasta convertirse en un dolor continuo, en irradiaciones a la region cervical derecha i a la parte superior de la orbita del mismo lado. Este punto es el dolor que el de la cicatriz misma

Se forma en la cicatriz i por debajo un foco purulento

Entra al hospital, se lo abren i al fin de 21 dias sale bueno.

Dos meses despues se repiten los mismos fenomenos pero sin las irradiaciones dolorosas. Se forma un nuevo foco purulento, entra de nuevo al hospital, le abren el foco i le hacen un raspaje del hueso. A los 22 dias sale bueno.

Mes i medio despues se reproduce el foco purulento en el mismo punto, sin dolor ninguno: ingresa al hospital se lo abren i sale bueno al fin de 15 dias.

Un mes mas tarde se reproduce el foco purulento por cuarta vez, se lo hace abrir en la calle; pero esta vez cicatriza incompletamente i queda un trayecto fistuloso.

La presencia de este trayecto fistuloso es lo que motiva su entrada al hospital.

Examinado por el Doctor Prado, primer médico de Guardia, explora el trayecto fistuloso, su direccion que es hacia afuera i adelante, su longitud de siete centímetros.

Haciendo varicular el mango del estilete hacia atras se toco con la punta una superficie viscosa (que se toma por la cara posterior del frontal), imprimiendo movimientos al mango hacia adelante se toco una superficie blanda, elastica. Observa ademas que el pus sale como impulsado por un cuerpo contráctil. Esto se hace mas palpable cuando el enfermo inclina la cabeza hacia adelante.

Examinado a la Clinica el 12 de Mayo se encuentra una ligera prominencia de la region supra orbitaria sobre la del lado opuesto, la cicatriz de la herida en la region irradiada, dirigida de arriba abajo i de dentro afuera paralela casi a la sutura bifrontal, su es-

tremidad inferior dista seis centímetros de la cija del mismo lado i cuatro de la sutura bifrontal, su estremidad superior media centímetros de la sutura parieto-frontal i tres i medio de la bifrontal, su longitud es de cuatro i medio. El trayecto fistuloso está en la parte media, es decir, a ocho centímetros de la cija. Explorado el trayecto fistuloso se confirmó lo ya observado por el Señor Prado, menos la salida del pus a oleadas.

Interrogado sobre si había rotado pus por las narices contestó repetidas veces negativamente.

La mucosa nasal del mismo lado está congestionada. No tiene fiebre, su respiración i pulso son normales.

Por presencia de estos fenómenos se pensó: en un absceso del seno frontal, en un absceso cerebral extra meníngeo o en un sequestro que mantendría la supuración.

Por la situación de la fistula, ocho centímetros por encima del seno frontal i la ausencia de salida de pus por la nariz apoyaron la idea de absceso del seno, aunque la dirección del trayecto fistuloso hacia abajo i adelante i su longitud de 7 centímetros hacían poner en duda la idea negativa; la ausencia de dolor, el carácter del pulso i la ausencia de fenómenos cerebrales apoyan también la idea de absceso cerebral; por otra parte el hecho de no tocarse el sequestro i la sensación blanda hacen abandonar la idea de un sequestro antiguo. Se resuelve hacer el remoción por medio de sangrientos.

Mayo 15. Periu clorofornización i desinfección estricta se levanta un colgajo en forma de len-

qua, de base posterior que circunscribe la cicatriz primitiva. Desprendido del hueso por medio de la sijuina se recorrió al nivel de la cicatriz una hendidura cicatricial del hueso de medio centímetros de profundidad i con un orificio que corresponde al del cuero cabelludo. Al nivel de la parte inferior i esterna del orificio se aplica la corona mayor del trépano. Extraído el rodete íreo que tenía casi un centímetro de espesor se ve una superficie recubierta por un exudado purulento; el estilete da una sensación blanda i el dedo pulsaciones constatadas por los doctores San Cristóbal, Sierra i Guarachi (tercer ayudante de la clínica)

La distancia enorme de la cija del mismo lado, es decir, del seno frontal 8 centímetros era un signo por demás suficiente para abandonar la idea de un absceso del seno frontal i solo pensar en un absceso extra meníngeo. Además extraídos en parte los exudados se ve que se continúan hacia abajo i hacia afuera en cantidad mayor i por consiguiente aumentan más la impresión de un absceso extra meníngeo.

Para poner a descubierto todas las partes comprometidas se hace partir del vértice del colgajo lingual una incisión hacia abajo i hacia afuera, se levanta un segundo colgajo hacia afuera i por medio del cincel se extrae una nueva porción del hueso que forma con la extraída por la corona del trépano una figura ovoidal de base inferior de cinco centímetros de largo, tres de ancho en la base i dos en la parte más estrecha del óvalo.

La extracción de la nueva porción del hueso nos pre-

sentó una cavidad enorme llena de pus espeso amarillento i dejó fuera de duda que se trató de un absceso del seno frontal; sin embargo para confirmar todavía más este diagnóstico el profesor San Cristóbal introduce una aguja de Traruzal nivel de la porción que dio latidos i encuentra la resistencia que le pone la lámina posterior del frontal. Se encuentra en el medio del pus dos esquilas, la mayor es esta.

Se hace el lavado de la cavidad para hacer salir el pus, queda una superficie roja, de aspecto fungoso, sin latidos i formada por la mucosa engrosada.

La cavidad tiene la forma de lengua de base inferior, extendida por arriba hasta medio centímetro por encima del borde superior del rodete óseo extraído por el trepano, es decir, de nueve centímetros de largo a contar desde la parte inferior o fondo del seno frontal; seis centímetros de ancho en la base i que corresponde por debajo del arco superciliar i tres en su punto culminante.

La separación entre pared i pared es en la base de un centímetro i medio i en el vértice de medio centímetro.

Se extirpa la mucosa por medio de la cucharilla. Después lavado antiséptico de todo, se extirpa la fístula del colgajo lingual, se suturan los labios anales, se suturan asimismo los lodos del colgajo lingual en su base, la incisión vertical se queda dejando solo entre esta i el vértice del colgajo lingual un espacio para el drenaje del

Museo. Nacional de Medicina
Se rellena con gaza yodoformada i después aposito.

Durante la operación el enfermo estuvo muy bien

ni aun hubo náuseas.

¿Cómo se explican los latidos de la mucosa y la salida del pus a oleadas? Estos fenómenos pueden ser debidos: 1.º a un desarrollo exagerado de los vasos de la mucosa, 2.º a una transmisión del latido cerebral a través de la lámina posterior, lo que es posible; 3.º pueden ser producidos por la corriente inspiratoria del aire.

La primera explicación la abandono porque no se constató esa dilatación vascular en la mucosa ni menos se manifestó la hemorragia consiguiente; la segunda también la escluyo porque siendo el latido cerebral uniforme en toda su superficie era natural que se hubiera transmitido también a toda la superficie del seno, lo que no sucedió; En cuanto a la tercera hipótesis me parece la causa verdadera, porque si bien no habia fluxion purulenta por la ventanilla correspondiente de la nariz, esa falta de fluxion puede ser debida a una estenosis del conducto por la hipertrofia de la mucosa y por el espesamiento del pus; estenosis que no es de ninguna manera un obstáculo para la utilidad del aire.

Mayo 16.- Ha tenido vómitos. El enfermo está bien. No hai fiebre.

Mayo 17.- Temperatura 38.5. Pulso 100. Respiraciones 24. No ha dormido anoche, la herida dolerosa, dolor que se extiende a toda la cabeza.

Mayo 18.- Temperatura 38.8. Pulso 96. Respiraciones 22. No ha dormido, disminuye el dolor de cabeza.



Mayo 19- Temperatura $37^{\circ}8$. Respiraciones 20. Pulso 80. No hai dolor de cabeza, en la herida siente una sensacion de gorgoteo, infarto de los ganglios submaxilares izquierdos.

Mayo 20- Temperatura $38^{\circ}5$. Pulso 85. Respiraciones 22. Puncionada en la herida. Infarto de los ganglios submaxilares derechos.

Mayo 21- Temperatura $38^{\circ}3$ Pulso i Respiracion id. Apósito pasado.

Curacion. - El colgajo está solerantado por una acumulacion purulenta. En el punto en que existia la antigua fistula se han ulcerado dos puntos de sutura. Se lavi i puso un nuevo apósito.

Mayo 22.- Temperatura $37^{\circ}5$, Pulso 80. Respiraciones 20. Curacion ha supurado lo mismo. El colgajo cicatrizado, se quitaron los puntos de sutura. Nuevo apósito. El infarto ganglionar disminuye.

Mayo 23.- Desde este dia la temperatura es normal, la supuracion disminuye mas i mas el estado general del enfermo es satisfactorio. El seno de el fondo comienza a mamelonar, llenando poco a poco la cavidad.

Junio 10.- Temperatura normal - El seno está lleno de granulaciones convexas hasta su mitad, principalmente en su parte inferior donde ha desaparecido toda comunicacion con la nariz. Estas granulaciones poco a poco rellenaron completamente el seno; la piel se regenera i cubre la superficie mamelonada, quedando en el punto en que se estrajo el borde óseo una depresion de seno

diez centímetros de profundidad por retracción cicatricial.
El enfermo sale bueno el día 9 de Julio.

Cuadro clínico

Etiología. - Los traumatismos figuran entre las causas más frecuentes de la afección ya sea que se acompañen o no de fracturas y que estén coincidentes o no con heridas de la piel. Happpgarten cita casos de abscesos del seno producidos por traumatismos sin fractura de sus paredes los que solo habrían producido un derrame sanguíneo en su interior seguido de inflamación y supuración. Dupuytren en 1831 citó un caso de absceso del seno frontal producido por una fractura de su pared anterior sin compromiso de la piel. Como se comprende, no es el traumatismo propiamente tal el que provoca el absceso, no hace sino crear un locus minoris resistencie para los microorganismos.

Un segundo lugar en el cuadro etiológico de la afección corresponde a la propagación de una **Rinitis** aguda o crónica hacia los senos, la que provoca primero lo que vulgarmente se llama **Veuma cerebral**, caracterizada por congestión de la mucosa e hipersecreción de las glándulas acinosas y que después terminan por supuración.

Los cuerpos extraños ya sean animados o inanimados también figuran entre las causas frecuentes de la afección. El punto por donde penetran los punteros son las vías naturales: Saltzman y Boyer creen que los huevos de los insectos penetran

rian al inspirar el aroma de las flores; Coquerel i Odriozola dicen que durante el sueño los insectos depositarian sus huevos en la nariz i de ahí serian llevados por la corriente inspiratoria.

Por lo que hace a los cuerpos inertes inanimados la penetracion por las vias naturales es imposible, su penetracion tiene lugar a traves de las paredes del seno.

Es asombrosa la tolerancia que en algunos casos tiene el seno frontal para con los cuerpos inanimados: Haller relaciona el caso de un niño que herido por un cuchillo en el seno frontal la punta del instrumento queda dentro i permaneció ahí nueve meses sin producir ninguna manifestacion; Larrey habla de una punta de daga que permaneció 14 años en el seno sin producir tampoco manifestacion alguna. Makenzie tambien relaciona el caso de una bala que permaneció 12 años. En nuestro enfermo último, probablemente la esquirla ósea ha permanecido 4 meses sin ninguna manifestacion. Pero esto no es lo general. Sucede no con frecuencia que estos cuerpos extraños comprometen al mismo tiempo la pared posterior del seno i predisponen a complicaciones graves.

La lues i la tuberculosis figuran entre las causas de los abscesos de los senos. Segun Hubert la tuberculosis se localizaria especialmente en los senos; la lues es mucho frecuente i segun Callisen conduce a la dilatacion de los senos. Este autor en 39 cráneos con dilatacion de los senos encontró que

26 eran lúeticos. Para Hubert esta dilatación de los senos solo se observa en los casos de hues hereditaria, i nunca cuando la hues es adquirida.

Los tumores de los senos (osteomas, pólipos etc) que son excepcionales pueden producir un empiema cuando se ulceran.

Síntomas. - El primer síntoma con que se inician los abscesos del seno frontal, es un dolor intermitente al principio i despues continuo extendido a toda la cabeza, pero mas intenso en el punto afectado; segun los autores este dolor generalizado seria un buen signo para distinguir esta afeccion de la Hemisferoica.

En ninguno de los enfermos que he observado se ha presentado este dolor generalizado. El dolor como ya he dicho, sienta en el seno mismo i tiene irradiaciones dolorosas a la rejion supra-orbitaria externa i a veces a la occipital externa del mismo lado; dolor e irradiaciones dolorosas tal vez explicables por una neuraljia de la rama media del oftálmico sintomática del proceso purulento.

El dolor se acompaña de estornudos al principio i de una salida mucopurulenta por la ventanilla correspondiente despues.

En ninguno de mis enfermos he podido constatar estos signos i parece fue dada que los abscesos del seno frontal de orijen traumático

en que la mucosa está congestionada al máximo e in-
filtrada por esudados (Zuckerkaud) obstruye por sí
sola el orificio de comunicacion del seno con el
seno medio i hace imposible la salida del pus.

El pus acumulado en el seno i aumentando po-
co a poco en cantidad, es natural que obre excen-
tricamente sobre las paredes que lo limitan i que
de estas cederá aquella que le ofrezca una resis-
tencia menor. Como sabemos, la pared posterior
es la más delgada, es una delgada lámina sin
diploe, por consiguiente esta es la que poco a po-
co cederá. Para Boyer, los absesos sin comu-
nicacion con el exterior i que aumentan progresi-
vamente, ejercerán presión primero sobre la lámi-
na posterior la cual por el acúmulo excesivo es-
tallará o bien será comprometida de osteitis,
perforada i el pus vaciado en la superficie de
las meninges.

En otras ocasiones es la lámina anterior la
comprometida de osteitis consecutiva, después se
perfora i el pus sale por debajo del pericráneo don-
de forma un tumor prominente; desciende al
cielo de la órbita por entre el perostio i el hue-
so, produce una exoftalmia i aun puede lle-
gar a la hendidura esfinooidal i penetrar a
la cavidad craneana. Tambien se cita la
perforacion del tabique de separacion entre
ambos senos i la invasión consecutiva de
aquel que había quedado indemne.

En el tercer caso de mi observacion, a

perar de que el absceso estaba en comunicacion con el exterior, la lámina anterior prevenia levemente hacia adelante; el hundimiento de la lámina posterior no me fué posible constatarlo. La he mencionado las colosales dimensiones que tomó el seno en este caso, debido probablemente a un separamiento de las dos láminas del frontal por la presión excesiva antes de abrir el seno al exterior, pues, el diploe estaba intacto. Este caso confirma las observaciones de Callisen que dice, que los abscesos del seno frontal de origen traumático o lúctico se acompañan de dilatación del seno.

Las elevaciones de temperatura en general no son altas, pues, solo se presenta un ligero movimiento febril, i al principio de la enfermedad.

Val es en pocos palabras el cuadro clínico de los abscesos del seno frontal.

De la descripción anterior se desprende:

- 1.º que los abscesos del seno frontal son frecuentes no son raros;
- 2.º que su causa mas frecuente entre nosotros, al menos, son los traumatismos;
- 3.º que en general cuando el traumatismo no compromete la pared posterior del seno como sucedió en el segundo caso de mi observación, carecen de gravedad cuando se les trata a tiempo;



4.º que abandonados asimismo son gra-
ves por las complicaciones a que dan origen:
pueden terminarse por meningitis o meningio-
encefalitis, penetrando el pus por la pared
posterior o por la hendidura esfenooidal
o segun Nichol puede tambien producir
se la meningitis por una flebotrombosis
debido a una anastomosis de la arteria es-
feno-palatina i de la vena etmoidal del
seno en los vasos de la dura madre;

5.º pueden determinar fenómenos de com-
presion cerebral por hundimiento de la pa-
red posterior (Boyer);

6.º que siempre que se sospecha una colec-
cion purulenta del seno debe trepanarse
i no esperar como lo aconsejaba Vidal de
Cassis que aparezcan los fenómenos de
compresion cerebral; despues raspaje de
la mucosa si es que está infiltrada, lava-
do antiséptico i drenaje de gaza para la ab-
sorcion de la sangre si es que haya hemo-
rrajia;

7.º que estos abscesos terminan en general por
la desaparicion del seno que se rellena de
mamelones carnosos quedando una depresion
de la piel en ese punto por la falta de la
pared anterior i por la retraccion del te-
jido cicatricial;

8.º propone Selberg-Well en aquellos ca-
sos en que la curacion se retarda (sin desa-

parición del seno) por estenosis u obliteración del conducto que va del seno a la nariz, establecer una comunicación anormal entre estas dos cavidades. Procede como sigue: introduce un dedo en el seno i otro en la ventanilla correspondiente, calcula la menor distancia entre estos puntos i con un trocar perfora del seno hacia la nariz. Después pone un tubo de drenaje.

Cita dos brillantes casos por este procedimiento, que se hubieran manifestado rebeldes a la trepanación.

Creo que en circunstancias semejantes debe tentarse la operación de Selberg-Well.

Vuitan Muroz &

Santiago - 12 - 96.

