



Año 1917

30226

N.º 3268

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO
DE LA CURA RADICAL
DE LA
SINUSITIS FRONTAL CRÓNICA
POR EL MÉTODO DE KILLIAN

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ROBERTO I. BENITEZ

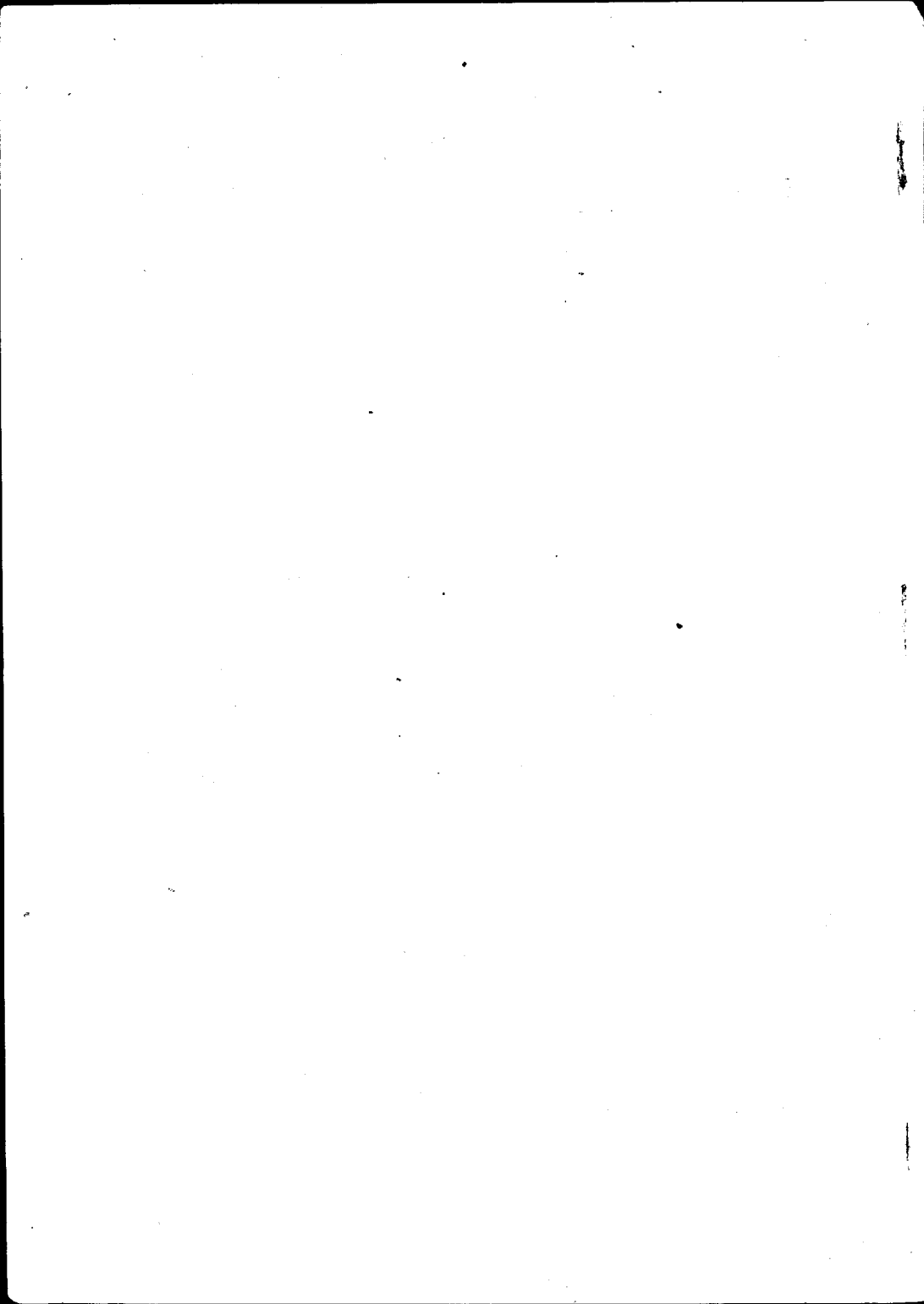
Ex-practicante externo del Hospital Ramos Mejía (1913-14)

Ex-practicante interno del Hospital C. Durand (1915-16-17)

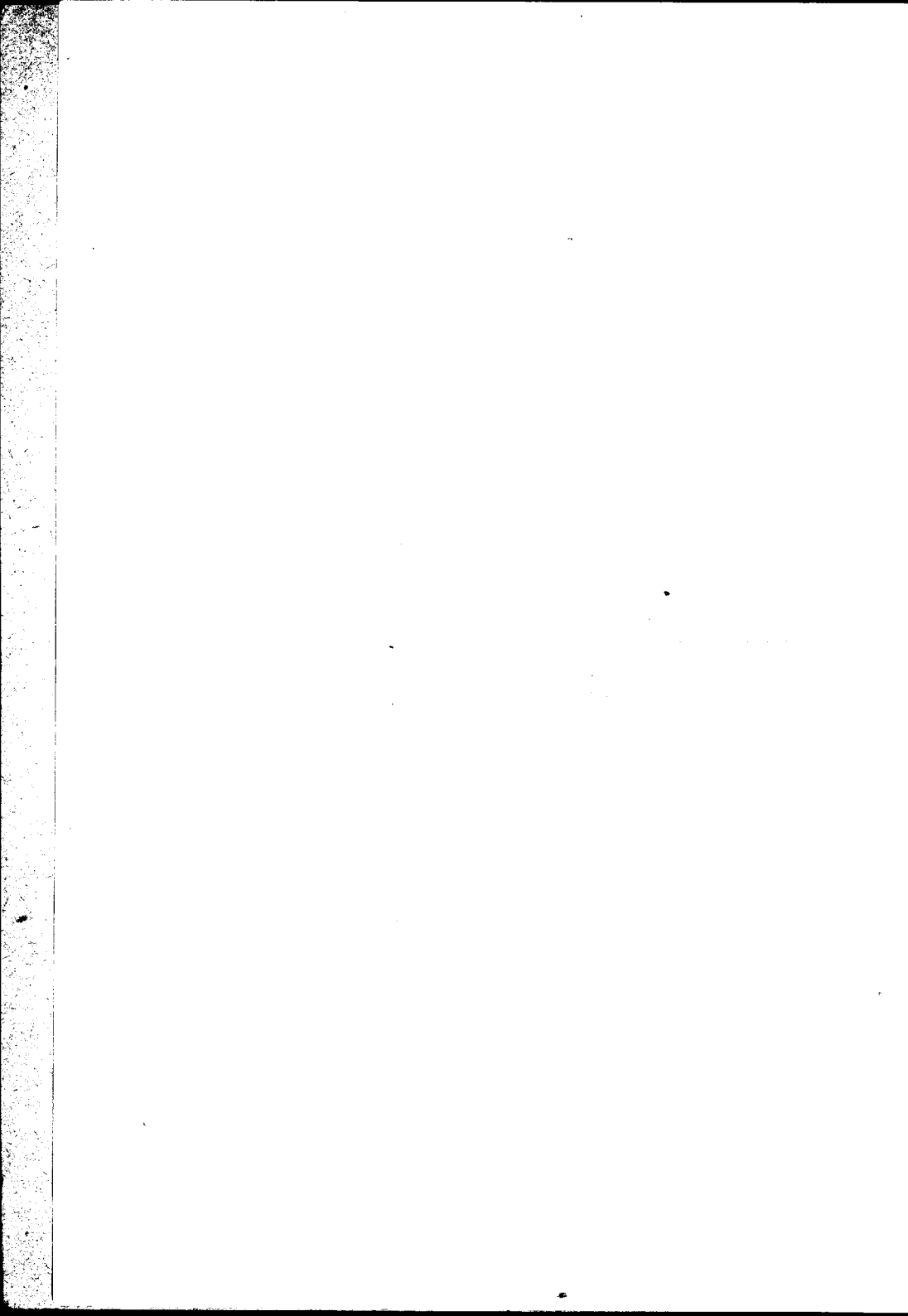


BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151
1917

Mic. B. 21.5



Contribución al estudio de la cura radical de la sinusitis frontal
crónica por el método de Killian



Año 1917

30326

N.º 3268

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO
DE LA CURA RADICAL
DE LA
SINUSITIS FRONTAL CRÓNICA

POR EL MÉTODO DE KILLIAN

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ROBERTO I. BENITEZ

Ex-practicante externo del Hospital Ramos Mejía (1913-14)

Ex-practicante interno del Hospital C. Durand (1915-16-17)



BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI -- CORRIENTES 3151
1917

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

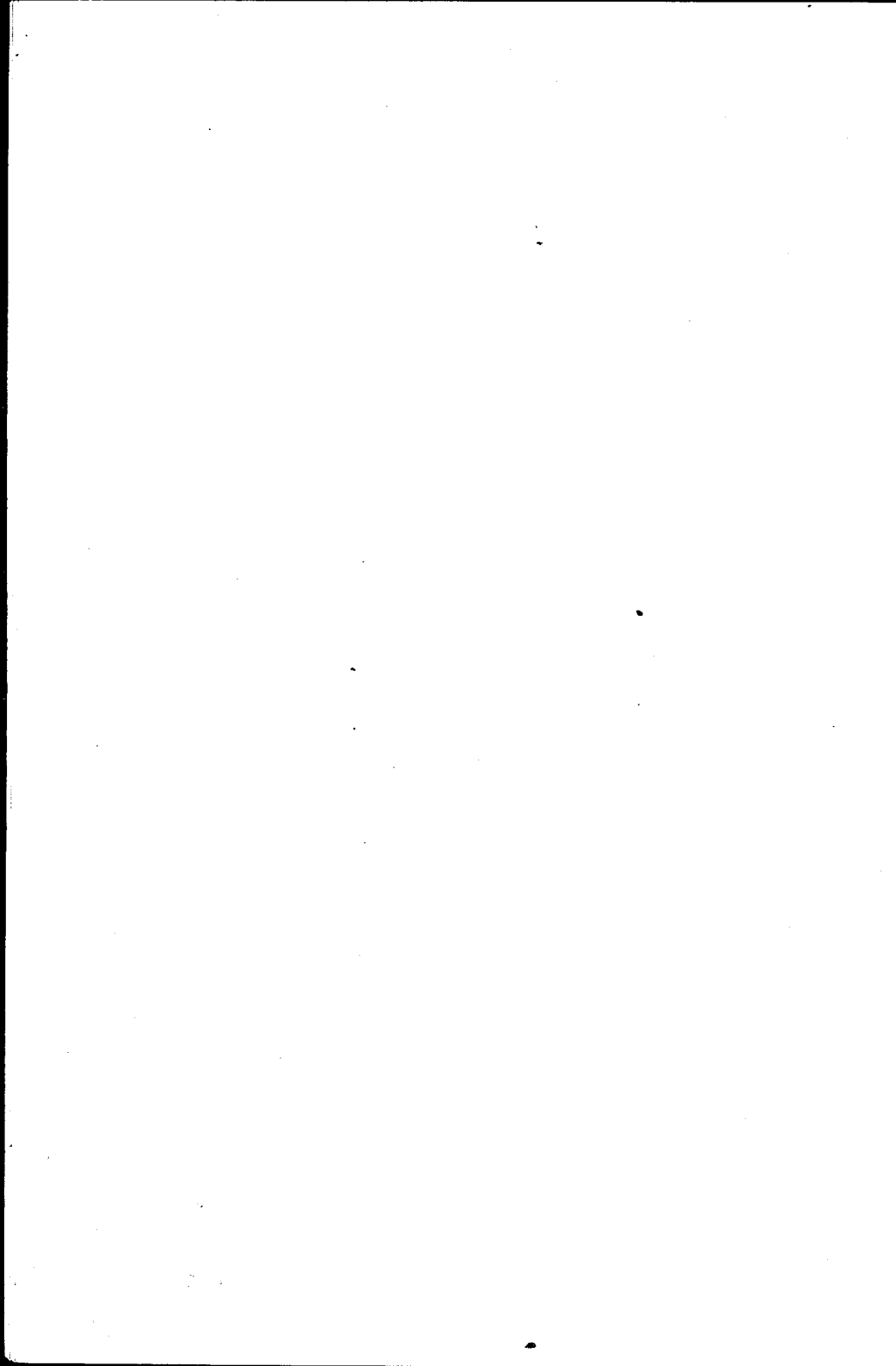
DR. D. DOMINGO CABRED

Miembros Titulares

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

Secretarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. > > EMILIO R. CONI
3. > > OLHINTO DE MAGALHAES
4. > > FERNANDO WIDAL
5. > > ALOYSO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

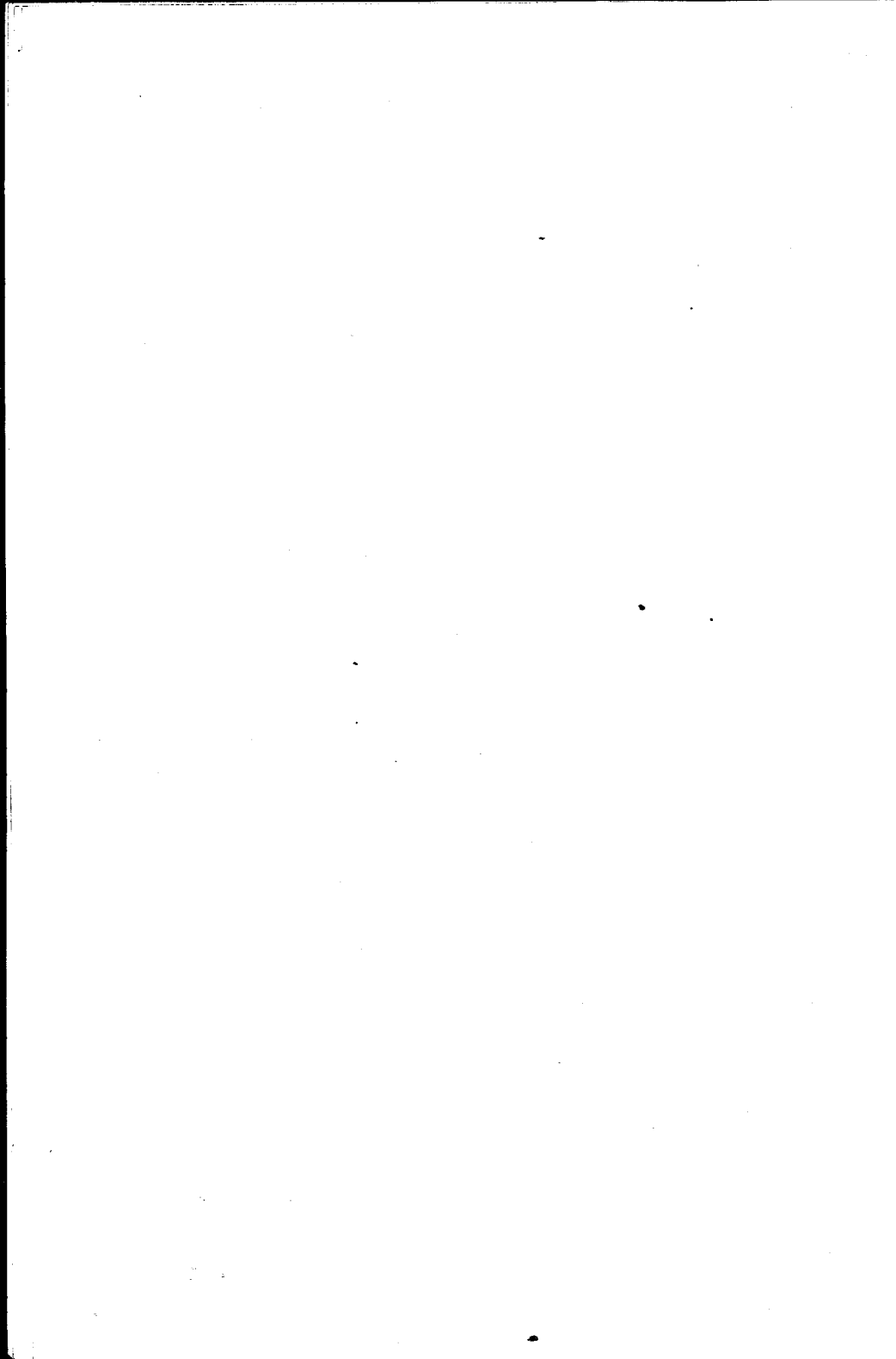
DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
- » » FANOR VELARDE
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VIÑAS
- » » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU
-

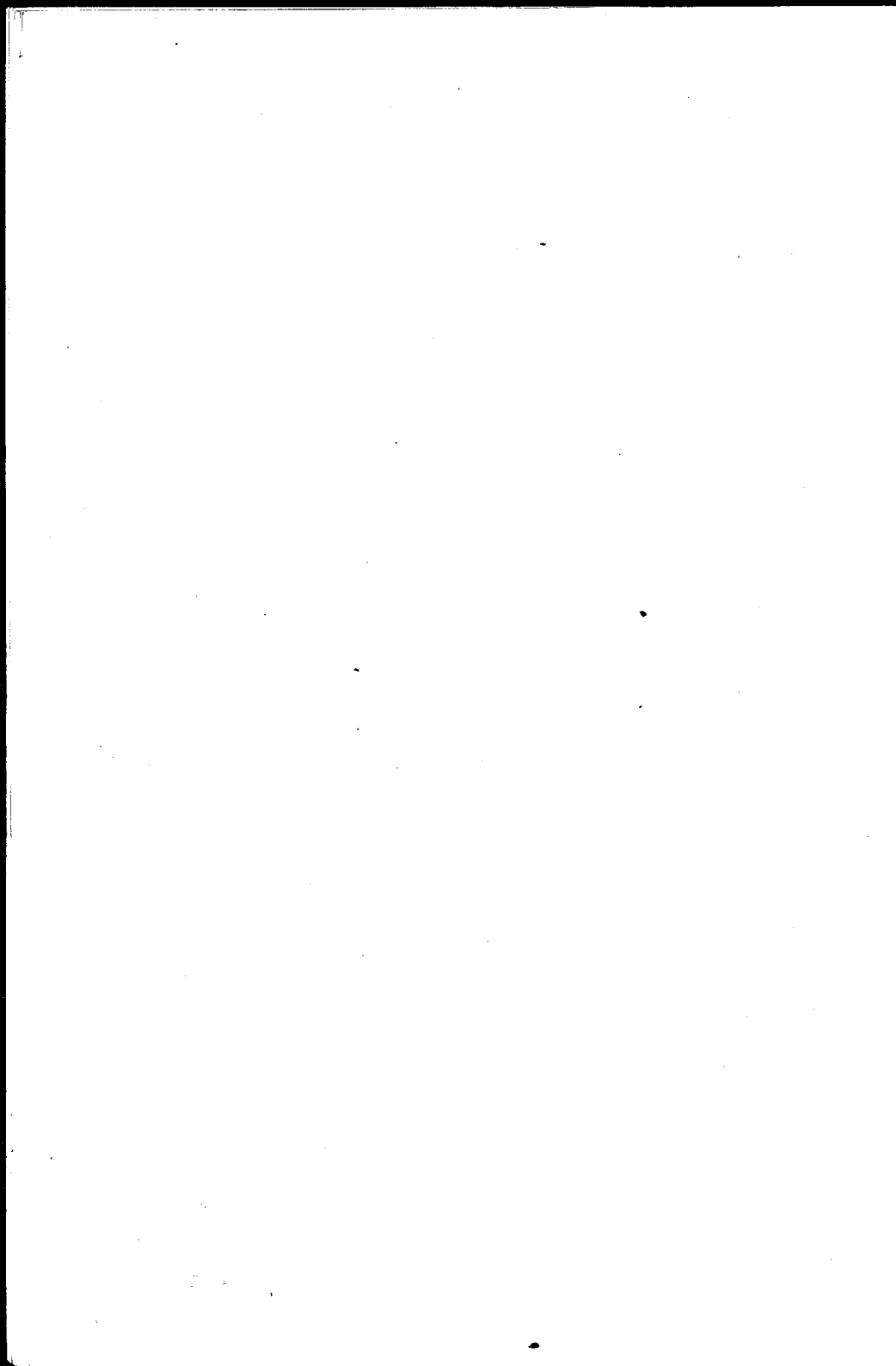


ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEIGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

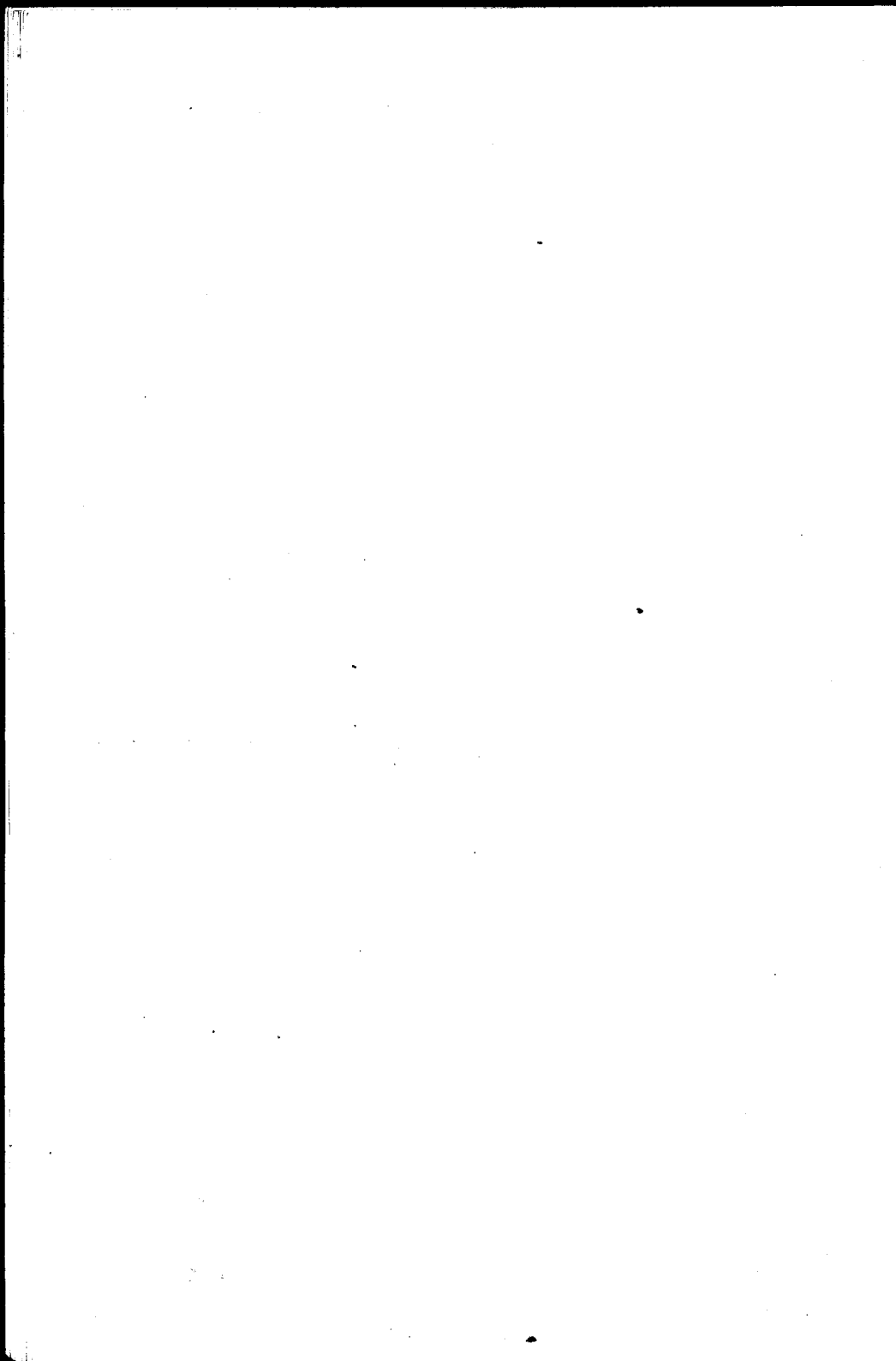
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica .	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicio clínico.	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	x TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica..	» BALDOMERO SOMMER
Clinica Génito-uritarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SENORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	(vacante)
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

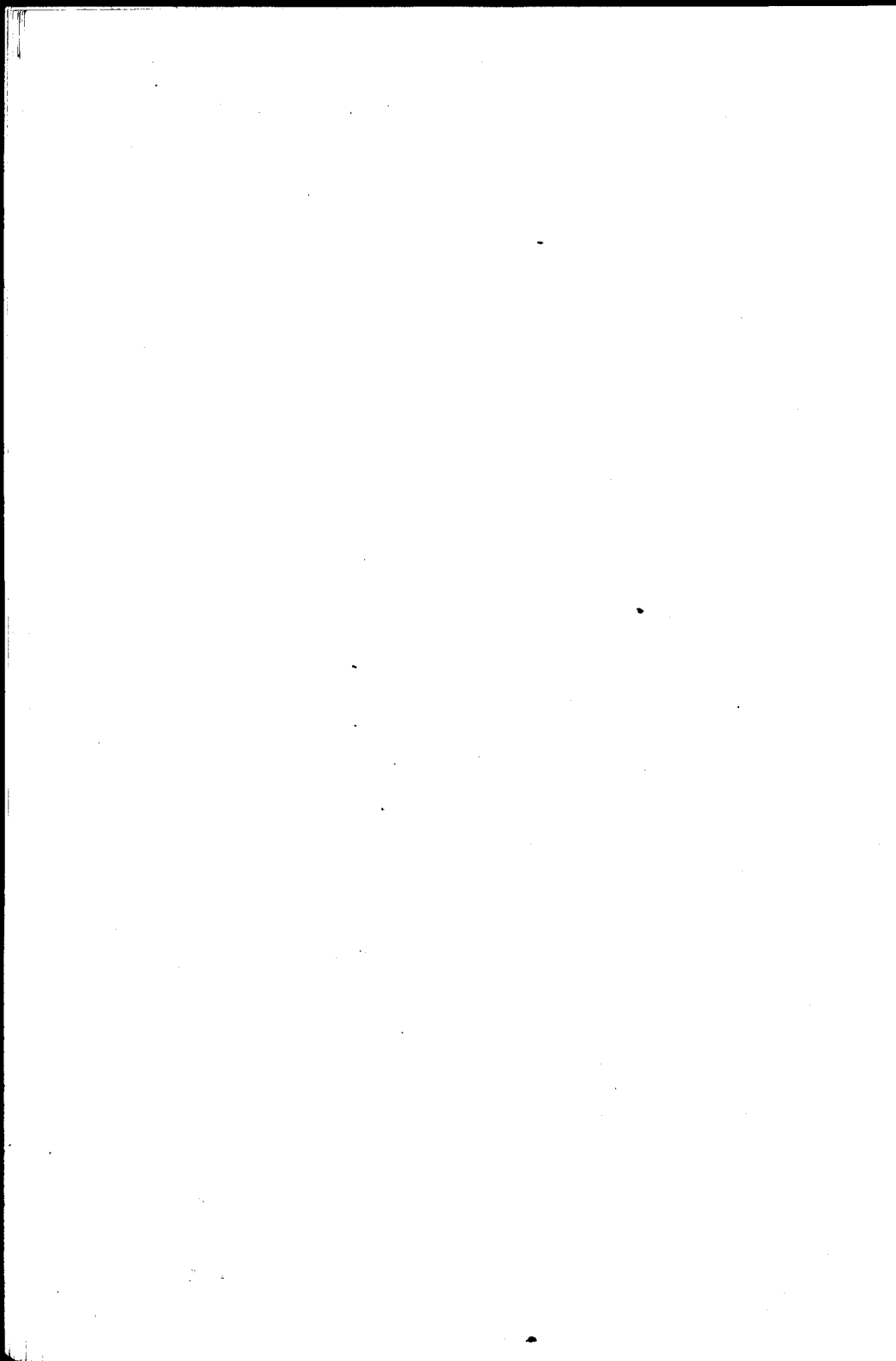
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clinica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clinica Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
Clinica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clinica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clinica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGA
Patología Interna.....	» RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	GUILLELMO SERRER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	» BERNARDO HOUSSAY
Higiene Médica.....	» RODOLFO BIVAROLA
Semiología y ejercicios clínicos.....	» SALVADOR MAZZA
Anatomía patológica.....	» BENJAMIN GALARCE
Materia médica y terapéutica.....	» FELIPE A. JOSTO
Medicina operatoria.....	» MANUEL V. CARRONELLI
Patología externa.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Clinica dermato-sifilográfica.....	» ALFIEDO VITOS
» Génito urinaria.....	» JOAQUIN LAAMIAS
» epidemiológica.....	» ANGEL H. ROFFO
» oftalmológica.....	» JOSE MORENO
» oto-rino-laringológica.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología interna.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica quirúrgica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» Neurológica.....	» CASTELFORT LEONEN
» Médica.....	» NICOLAS V. GRICO
» pediátrica.....	» PEDRO L. BALISA
» ginecológica.....	» JOAQUIN NIN POSADAS
» obstétrica.....	» FERNANDO R. TORRES
Medicina legal.....	» FRANCISCO DESTEFANO
	» ANTONINO MARCO DEL PONT
	» ENRIQUE R. DE MARLA
	» ADOLFO NOCHI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAQUI
	» LEONIDAS JORGE PACIO
	» PABLO M. BARBARO
	» EUGENIO MARIÑO
	» JOSE ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SESSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHEFEC
	» JOSE M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. LANDIVAR
	» VICENTE DIMITRI
	» ROMULO H. CHIAPTORI
	» JUAN JOSÉ VITOS
	» PABLO J. MORSALINER
	» RAFAEL A. BITLERICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO E. CASTEX
	» PEDRO J. GARCIA
	» JOSE DETEFANO
	» JUAN R. GOMEZA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» DAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS H. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» EUSTICIO J. TRONCÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUES
	» JUAN A. GABASTOT
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOAQUIN V. GNECCH
	» JAVIER BRAMBA
	» ANTONIO PODESTÁ



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares:

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. DR. J. C. LLAMES MASSINI

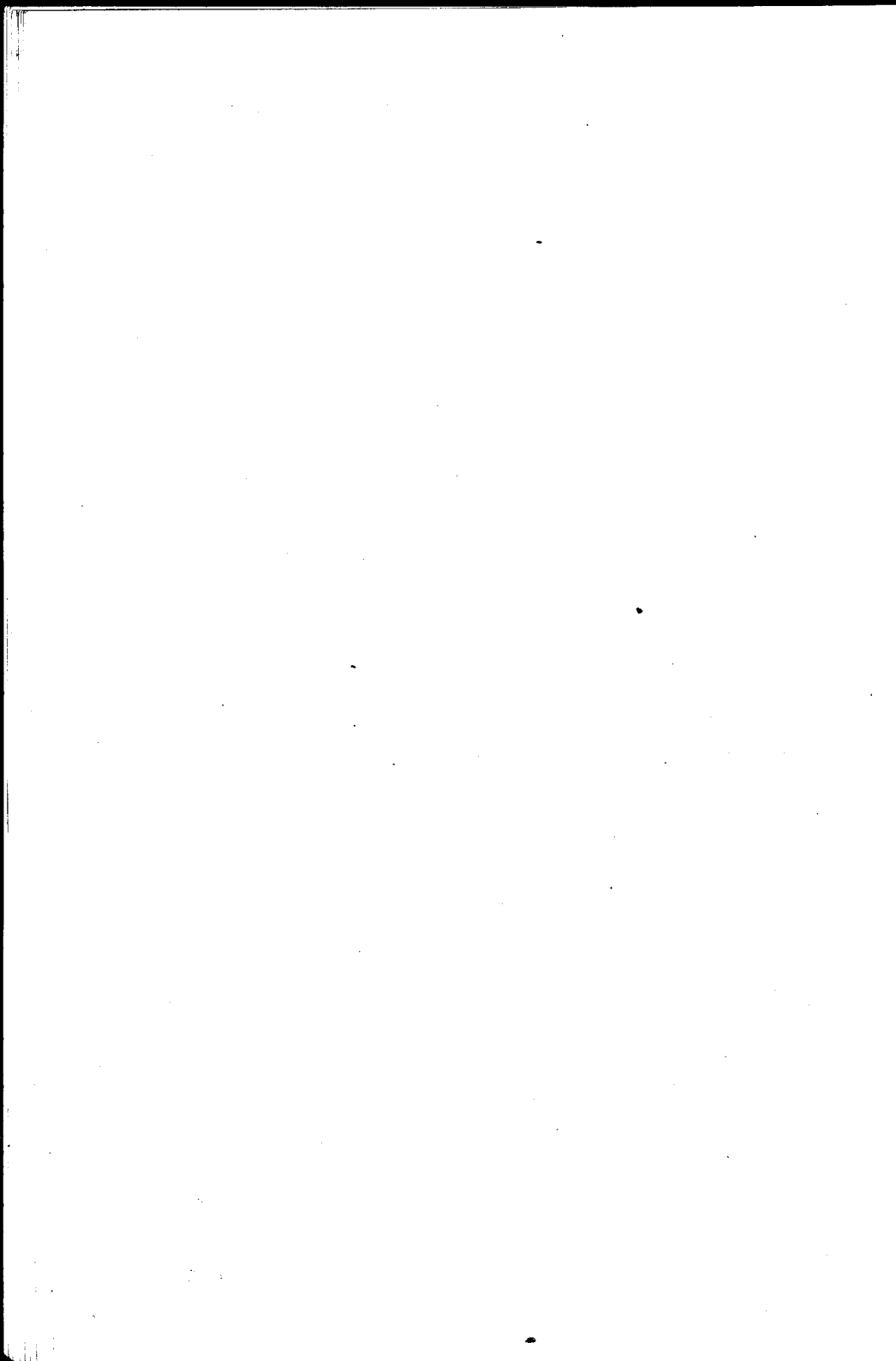
Segundo año:

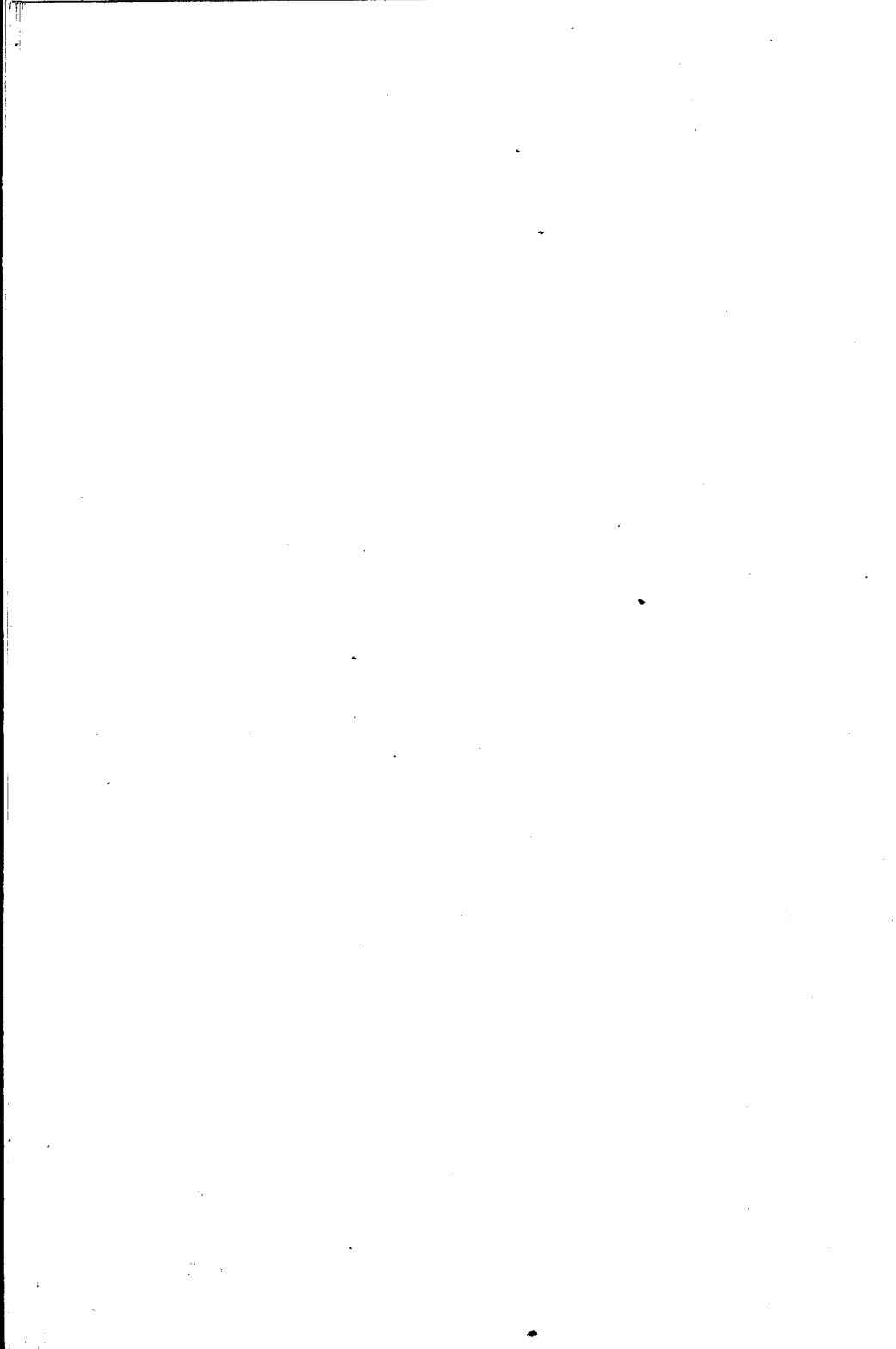
Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARRELL.

Tercer año:

Clinica ostétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura DR. UBALDO FERNÁNDEZ.



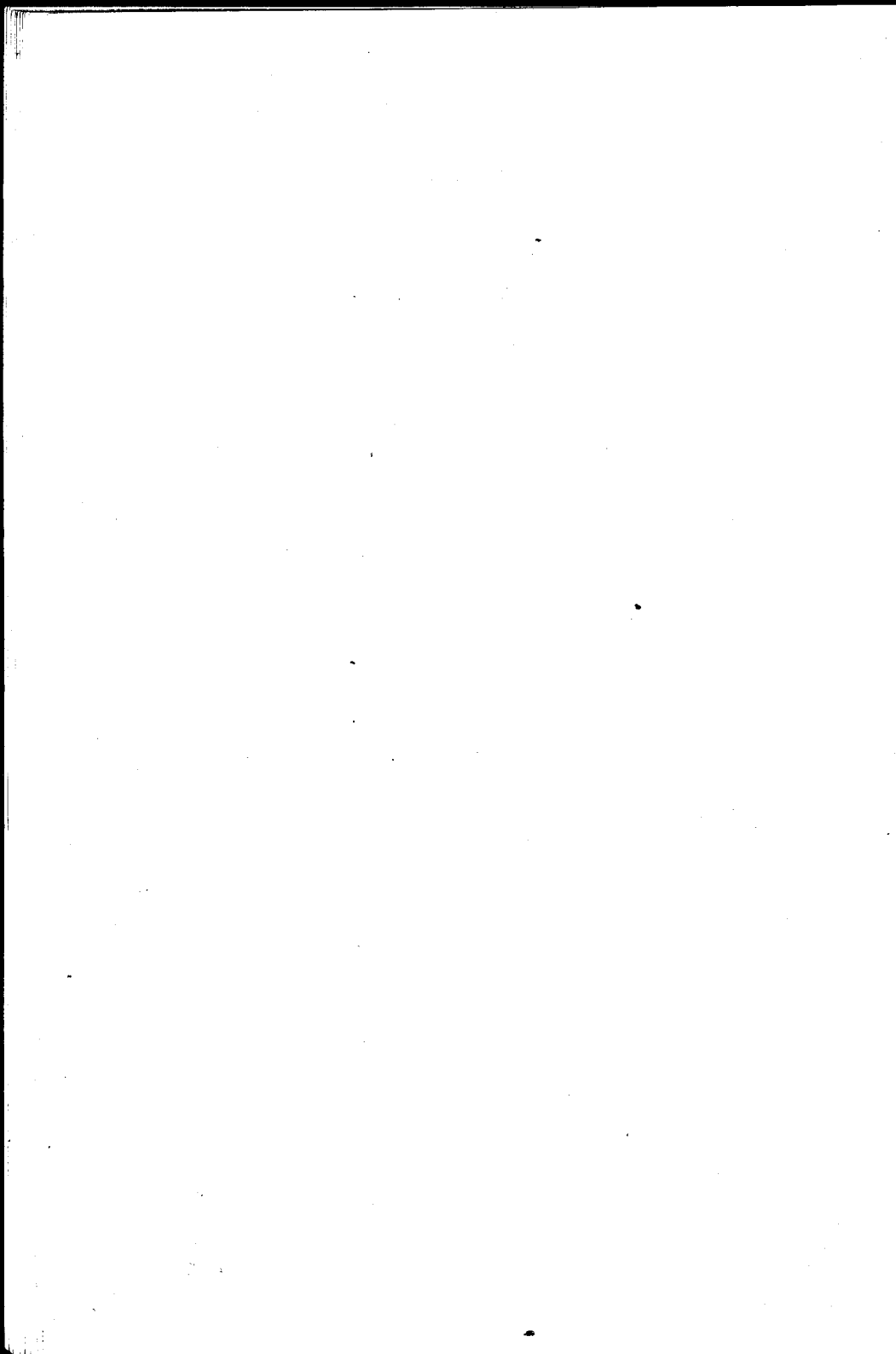


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

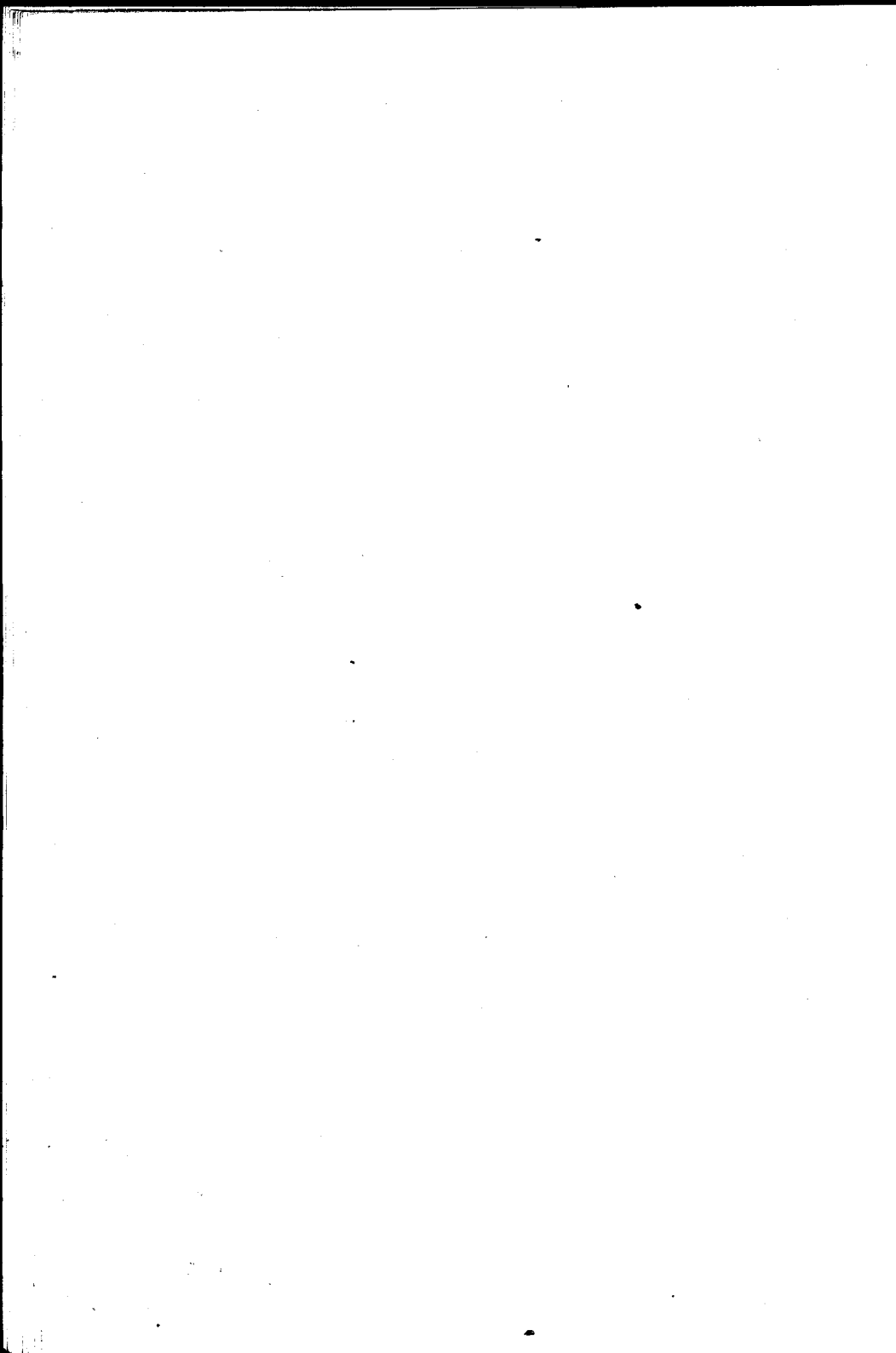
Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)

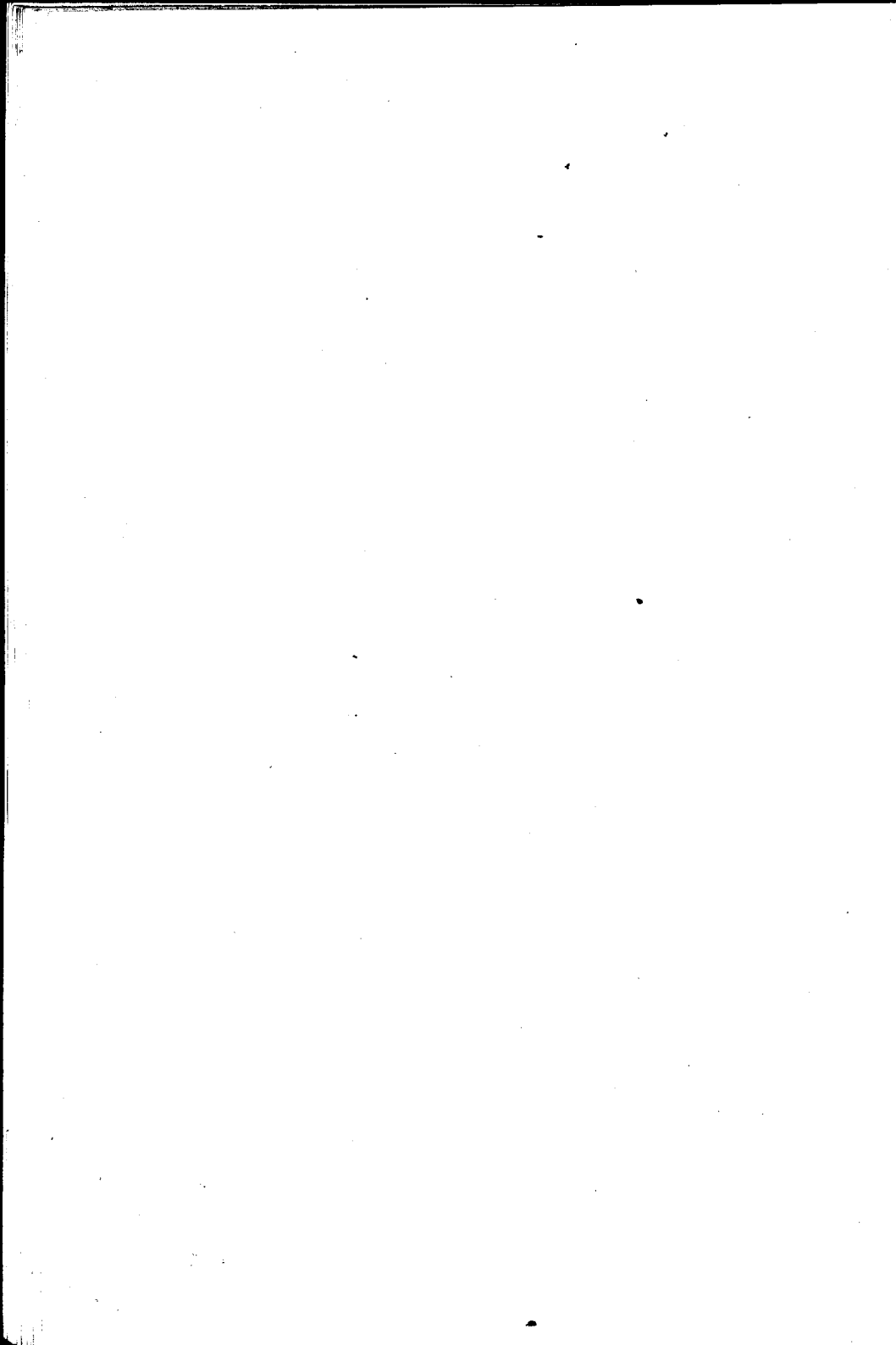


PADRINO DE TESIS:

DR. LUCIO GORDILLO



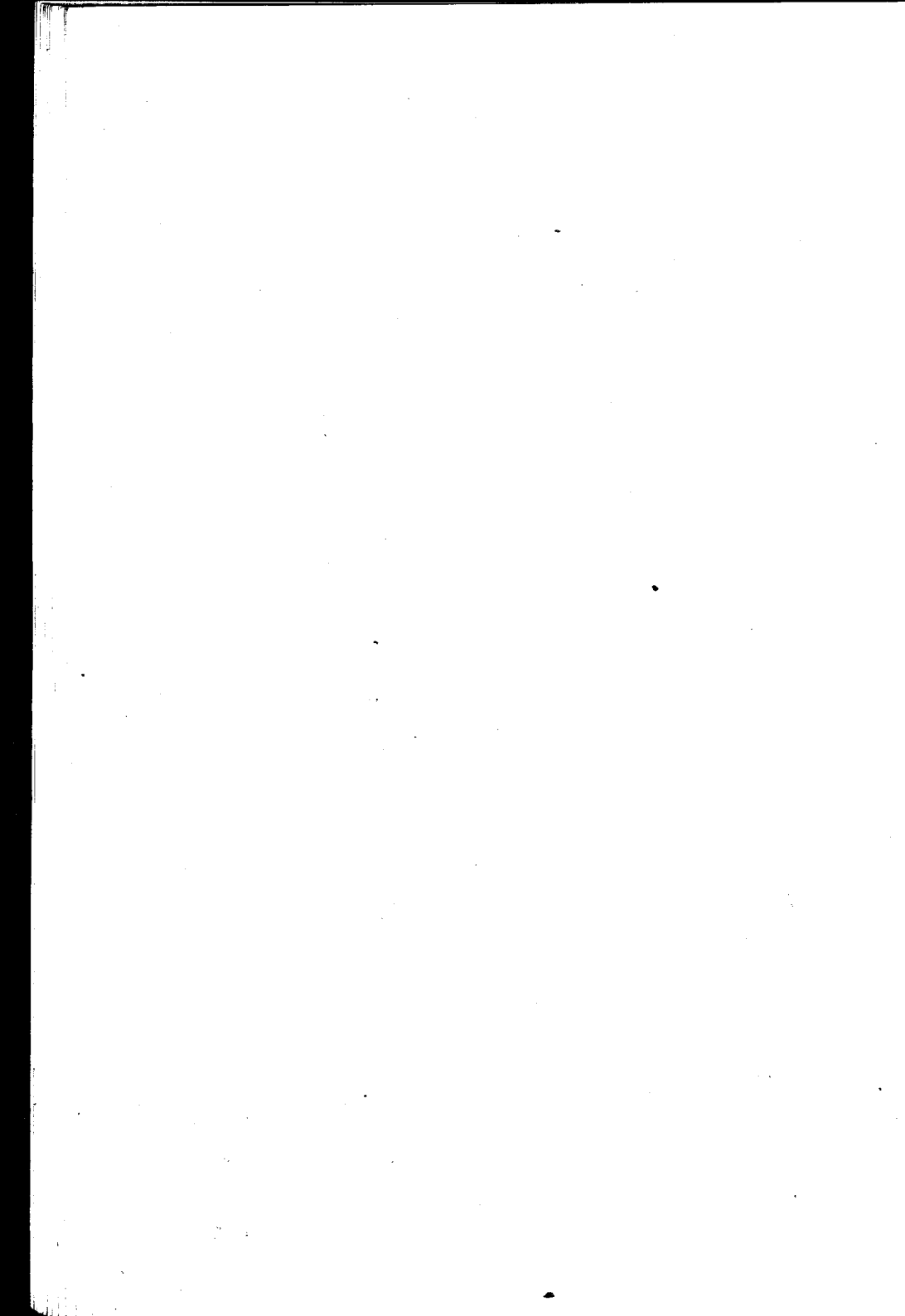
A MI PADRE



A MI MADRE



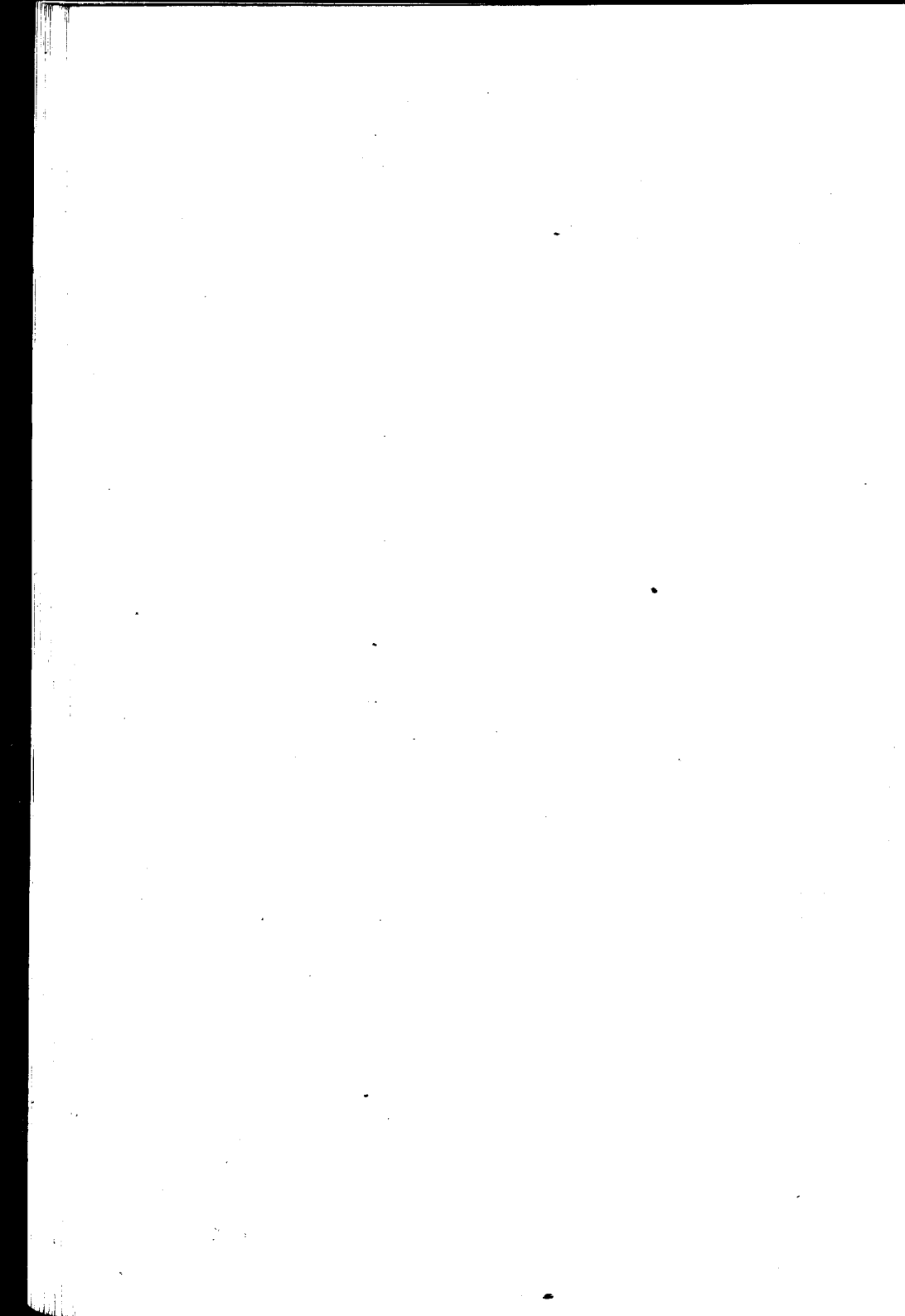
A MIS HERMANOS



A MIS AMIGOS:

DR. MANUEL GALDÓZ

» TULIO F. MARQUEZ



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

El tratamiento operatorio de las sinusitis frontales crónicas, tan discutido en otros tiempos, ha llegado en nuestros días por manos de Killian, a un alto grado de perfeccionamiento.

La enorme importancia de este método, acreditado en manos de quienes lo han practicado y la anarquía existente entre los autores en la descripción de su técnica, me han decidido, por consejos de mi maestro en la especialidad, a elegir este tópico como tema de Tesis.

Voluntariamente he fraccionado su estudio en cinco capítulos: En el 1.º van algunas consideraciones anatómicas, cuyo exacto conocimiento creo indispensable; en el 2.º me ocupo de la norma de conducta que debe tener un cirujano, en presencia de un enfermo afectado de sinusitis cró-

nica, para instituirle el tratamiento operatorio; en el 3.º hago un estudio comparado de los procedimientos más conocidos, analizando las ventajas e inconvenientes que ellos presentan; en el 4.º establezco la clase de enfermos a quienes se debe hacer la operación de Killian y por último en el 5.º me ocupo de la descripción de su técnica, tal como la hemos ejecutado en los casos tratados por este método.

Antes de terminar con estas breves consideraciones, quiero dejar constancia de mi profundo agradecimiento hacia el Dr. Lucio Gordillo, que como maestro ha hecho gala de paciencia en la enseñanza diaria del hospital y que hoy agrega el prestigio de su nombre a las páginas de esta tesis, acompañándome como padrino.

Igualmente hacia el Dr. Pedro O. Bolo de quien soy doblemente deudor, primero, porque él ha formado y orientado mi espíritu en el aprendizaje quirúrgico y segundo por las múltiples atenciones con que me ha brindado. A todos los Médicos del Hospital Durand, modelos de caballeros, mi reconocimiento.

Para mis compañeros de internado, con quienes he pasado las mejores horas de mi vida estudiantil, sean mis afectos.

CAPITULO I

Los senos frontales son dos divertículos de las fosas nasales situados en el espesor del hueso frontal. De forma piramidal a base inferior, están separados uno de otro por un tabique mediano de débil espesor, el cual, puede en ocasiones ser incompleto o estar desviado a uno y otro lado, lo cual, como se comprende, tiene su importancia del doble punto de vista de las afecciones de estos senos y del tratamiento operatorio que se instituya.

De dimensiones muy variables, tiene por término medio 20 a 25 milímetros de alto por 25 a 27 de ancho (Testut y Jacob). No obstante hay algunos tan grandes que se extienden en alto hasta las eminencias frontales, lateralmente hasta el apófisis orbitaria externa y hacia atrás llegan hasta a desdoblar la parte interna de la bóveda or-

bitaria en sus dos tercios anteriores. Por sus extensas relaciones con el cerebro y la órbita, se comprende que mayores serán los peligros de propagación a estas regiones en los casos de infección del seno; en cambio su acceso es fácil gracias a las mismas circunstancias. Otras veces los senos son tan pequeños que pierden toda relación con la región fronto-superciliar, teniéndola solamente con la parte súpero interna de la órbita en la región situada por atrás del apófisis ascendente del maxilar superior, por delante del hueso plano del etmoides, e inmediatamente por arriba del unguis.

Su cavidad ordinariamente irregular está dividida en celdillas por tabiques incompletos que abundan especialmente en sus bordes superior y posterior; esta disposición es de tener muy en cuenta en los casos de infección del seno para la cura del mismo.

La mucosa que lo reviste es una continuación de la pituitaria, lo mismo que sus vasos y nervios.

Ahora estudiaremos brevemente sus relaciones, ya que el conocimiento exacto de ellas es condición indispensable a cualquier tratamiento racional que se instituya para la cura de una sinusitis.

Su forma de pirámide triangular hace que le distingamos tres paredes que según su orientación

se denominan: anterior, posterior e interna, un vértice y una base.

Pared anterior.—Corresponde a los planos superficiales de la región superciliar y es también denominada pared quirúrgica. Sus dimensiones están subordinadas a aquellas del seno y en ocasiones cuando este último es muy pequeño puede hasta no existir; Sieur y Jacob así lo han constatado en sus observaciones. De ahí la gran importancia que tiene la radiografía previa a la intervención, para fijarnos las dimensiones de esta pared o su no existencia, evitando así una trepanación que nos conduciría fatalmente a la cavidad cerebral o al seno del costado opuesto que viene a ocupar la región que teóricamente correspondería al que se quiere operar. Su espesor es por término medio de 4 milímetros y varía según las dimensiones del seno.

Pared posterior.—Corresponde a la cavidad craneana y está en relación con el origen del seno longitudinal y la punta del lóbulo frontal. Esto nos explica las complicaciones a que puede dar lugar su propagación por esta parte. Sus dimensiones también dependen del tamaño que tenga el seno, pero contrariamente a la anterior ella siempre existe. Cabe entonces pensar que también los senos pequeños pueden traernos complicaciones

por el lado cerebral. Su espesor varía muy poco y es por término medio de 1 milímetro.

Pared interna.—Corresponde al tabique que separa un seno del otro. Su descripción ya la hemos hecho en otra parte.

Vértice.—Dirigido hacia arriba, está formado por la separación de las tablas del frontal.

Base.—Corresponde a la pared inferior del seno y por sus relaciones se la puede dividir en dos porciones:

1.^a—Una interna u orbitaria sumamente delgada y de poca vitalidad, de allí que sean tan frecuentes y precoces las complicaciones por esta parte en los casos de sinusitis. Ella también siempre existe y ya hemos visto a que región corresponde;

2.^a—Una porción interna que a su vez se subdivide en dos partes: *a*) una externa que corresponde a las células etmoidales y *b*) otra interna en relación con el ángulo anterior de la bóveda de la fosa nasal correspondiente. Esta última relación existe solamente a condición de que el seno sea muy desarrollado.

En la parte interna de la base del seno, nace un canal que lo pone en comunicación con el meato medio de la fosa nasal correspondiente y que se llama canal naso-frontal. De dirección oblicua hacia abajo, adentro y atrás, camina por en-

tre las células etmoidales y su longitud está condicionada por el tamaño de las mismas; así cuando estas son muy desarrolladas llega a adquirir hasta 11 y 13 milímetros de largo, en caso contrario se puede decir que no existe como canal y es solamente un orificio de 2 a 3 milímetros de diámetro. Su orificio superior está situado cerca del tabique mediano. Su orificio inferior se abre en el vértice del meato medio, generalmente en el canal del unciforme, otras en el canal de la vesícula. La vecindad de este orificio con la desembocadura de las células etmoidales anteriores, nos explica perfectamente la frecuencia de las complicaciones por parte de estas células en los casos de sinusitis, que casi se puede decir es la regla y también su propagación por el canal del unciforme hacia el seno maxilar, lo cual, no es raro observar.



CAPÍTULO II

Me ocuparé en este capítulo de la conducta que se debe seguir y el criterio que debe regir en el tratamiento operatorio de las sinusitis, comprendiendo estos, solamente a las de carácter crónico, pues ya sabemos que las agudas en la mayoría de los casos curan perfectamente con tratamiento médico o con una simple trepanación y drenaje que basta para evacuar el pus y dejar al seno en buenas condiciones.

Dos puntos de mira principales deben guiar a todo cirujano que intervenga una sinusitis.

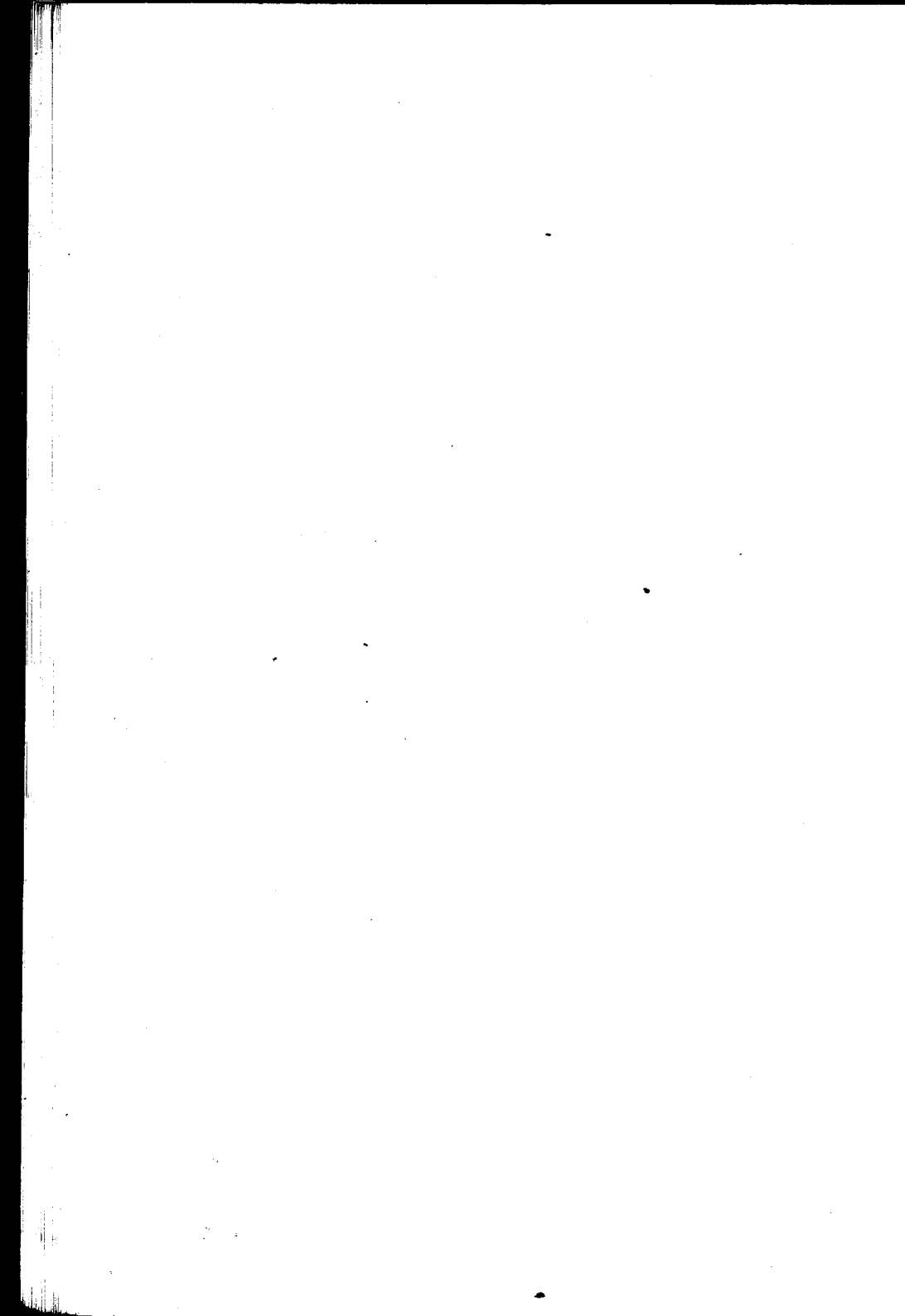
Desde luego el interés del éxito operatorio se impone y rige nuestra conducta en el sentido de hacer una extirpación lo más amplia posible de todo lo que esté enfermo, dejando a los senos en las mejores condiciones para evitar cualquier reinfección. Esto se consigue suprimiendo la cavidad del seno, no dejando más un espacio libre

donde las fungosidades puedan nacer, (y para ello quitar ampliamente las paredes óseas), o dejar idealmente una superficie plana en lugar de la cavidad infectada: finalmente la supresión total de las células etmoidales y la amplia comunicación del seno con la nariz garantizando el drenaje perfecto de la cavidad hasta el momento de la curación de las partes enfermas.

Como segunda condición, accesoria si así podríamos decir, pues en todos los casos debe estar subordinada a la primera, tenemos la que se refiere a la estética del método y a las deformidades que él puede dejar consecutivamente en el rostro del paciente.

Y bien, el ideal sería hallar un método que lleve involucrado a estos dos principios, pero esto no es posible pues ellos se contradicen. Las grandes extirpaciones son las que dejan más deformidades. Las pequeñas extirpaciones que aseguran la estética, predisponen en cambio a la reinfección. Entonces, no hay más remedio que hacer equilibrio y someterse a un procedimiento que satisfaciendo totalmente a la primera condición, esté en la medida de lo posible, lo menos reñida con la segunda. Este procedimiento actualmente aceptado por la mayoría de los especialistas y del cual me voy a ocupar en el presente trabajo, es la operación de Killian, refor-

mada por él mismo. Desgraciadamente para la práctica, él no es aplicable a todos los enfermos afectados de sinusitis crónica, pues exige para su ejecución la existencia de senos grandes o medianos; es decir, aquellos cuya cara anterior tenga relación con la región fronto-superciliar. Su descripción que vendrá después me ahorra todo comentario sobre este punto.



CAPITULO III

Antes de entrar a describirlo quiero pasar en revista los principales métodos operatorios que se han practicado, para así, deduciendo las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos, poder sentar cuál de todos es el que conviene más.

Citaré solamente los métodos ideados por Rivieri en 1838, después por Lichtwitz, Bresgen, etcétera; que consisten en drenar el seno frontal por vía nasal y *echar afuera las fungosidades por medio de lavajes* su simple enumeración basta para acordarles el mérito que les corresponde; ellos tienen únicamente un interés histórico.

Dejando a un lado el tiempo de su aparición, voy a enumerarlos tratando de hacer una agrupación científica, que concuerda más con el objetivo de este trabajo. Desde este punto de vista podemos dividirlos en:

- 1.º— *Procedimientos de ataque por Vía frontal*

Luc.—Hace una incisión curva a lo largo del tercio interno del borde orbitario superior, desprende el periostio y separa los labios de la herida. Trepana en el ángulo interno del seno arriba de la raíz de la nariz, agranda en lo necesario este orificio de trepanación y procede al curetaje cuidadoso de la cavidad y canal fronto-nasal. Taponada la cavidad suturando la herida y drena por el canal. Este procedimiento ideal desde el punto de vista estético deja mucho que desear en lo que se refiere a la curación definitiva de la afección. En efecto, él deja un espacio muerto que drena mal por el canal naso-frontal; pues con los brotes inflamatorios este pronto se cierra, favoreciendo así la retención de las secreciones y la reinfección de la cavidad. Además el curetaje es incompleto pues no se pueden atacar todas las anfractuosidades que en ella existen, y deja libre a las células etmoidales que muy comunmente están atacadas. Luc mismo ha reconocido las imperfecciones de su técnica, haciéndose partidario del procedimiento de Killian.

Kunht.—En 1895 modificó la operación anterior en el sentido de que él trepana toda la pared anterior del seno frontal y reseca el tercio interno del reborde orbitario, curetea la cavidad y canal naso-frontal, sutura la herida drenando en su pared anterior y aplica los tegumentos sobre

la pared posterior del seno. Casi perfecto desde el punto de vista del resultado operatorio, pues suprime la cavidad, tiene no obstante sus inconvenientes, como ser, el no prever la infección de las células etmoidales, el de su drenaje que es insuficiente y molesto y por último la deformidad muy desagradable que deja en el rostro.

Luc y Kumht. —Combinando sus procedimientos han dado nacimiento a un tercero que consiste en la trepanación de toda la pared anterior del seno, conservando el reborde orbitario superior, curetaje del seno y canal naso-frontal y aplicación de los tegumentos después de la sutura sobre la pared posterior del mismo. Este procedimiento tiene la ventaja de suprimir la cavidad sin dejar gran deformación, pues conserva el arco orbitario, pero tiene el inconveniente de drenar insuficientemente y de no tocar las células etmoidales.

2.^o — *Procedimientos de ataque por vía arbitraria.*
— *Guillemain y Jansen.* —Con objeto de evitar la deformación producida en el rostro por los procedimientos anteriores, atacaron al seno por vía orbitaria. Después de la incisión sobre el reborde orbitario, ellos reclinan sus tegumentos en la parte inferior y trepanan el piso del seno en el ángulo súpero-interno. Curetean el seno y canal endo-nasal y dejan la herida abierta.

Jacques y Durand—Han modificado esta técnica en el sentido de que ellos cierran la herida y drenan por vía endo-nasal. Podemos acusar a estos procedimientos de las mismas dificultades que al de Luc: La trepanación no permite curetear el seno, dejando una cavidad lista a infectarse; por otra parte dado su tamaño es muy difícil alcanzar el canal endo-nasal y las células etmoidales. Entonces si bien es cierto que lleva la ventaja de evitar la deformación frontal, vemos que tal como lo aplicaban estos autores tiene todos los inconvenientes del procedimiento de Luc en la parte que se refiere a la cura radical de la afección. Sin embargo esta vía para abordar el seno se hace en ciertos casos obligatoria. A la ventaja que enunciáramos antes, la de evitar la deformación, se puede agregar esta otra mucho más importante: ella conduce fatalmente a los senos por más pequeños que sean; en cambio, todas las incisiones anteriores exigen de estos por lo menos un tamaño mediano. Entonces, esta técnica modificada podría y es la que debe ser aplicada a los pequeños senos, a condición de acompañar a la trepanación orbitaria, de la resección del apófisis ascendente del maxilar superior y unguis, que permite la destrucción de las células etmoidales y canal endo-nasal, así como el curetaje perfecto de la cavidad, aseguran-

do además el drenaje y en consecuencia el fin que se persigue: la curación.

Por último diré también que a este método se le acusa de ser causa de diplejía, consecutiva a la destrucción de la polea del gran oblicuo.

Si bien ella ha sido observada y es citada por los autores creemos más bien que antes que un error de técnica, es un descuido operatorio. En efecto, la integridad del gran oblicuo se asegura con la desperiostación perfecta, pues es sobre este último y no sobre el hueso que se inserta la polea.

3.º — *Procedimiento de ataque por vía fronto-nasal.*

— *Taptas.* — Ha ideado un procedimiento que consiste en la trepanación limitada de la pared anterior, en la resección de la parte interna del arco orbitario; no es más que la operación de Kuntz a la cual se agrega la resección del apófisis ascendente del maxilar, de los huesos propios de la nariz y de la espina nasal del frontal. Este procedimiento tiene los mismos inconvenientes que los precedentes. Si él da más campo para curetear el canal endo-nasal y las células etmoidales, hace absolutamente imposible la trepanación de la parte interna del seno y no permite hacer una cura radical.

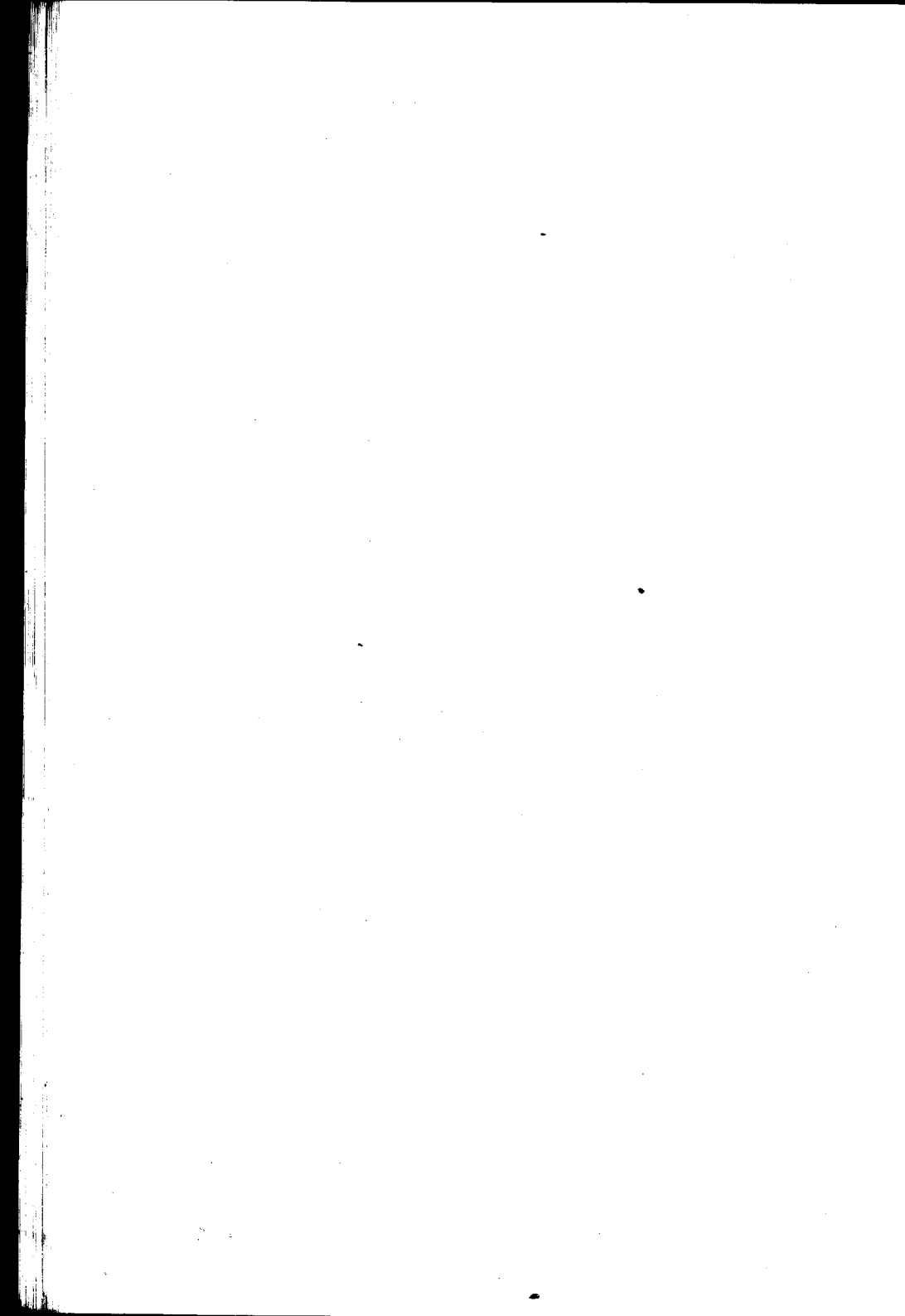
Hemos visto en el rápido recorrido hecho a las operaciones anteriores que la mayoría de ellas tienen sus ventajas, pero también tienen sus serios inconvenientes y esto se explica fácilmente. Algunos autores miran tan solo el resultado estético del procedimiento, dejando a un lado el fin primordial de toda intervención que es curar. Otros en cambio, en su afán de conseguir la curación a cualquier precio, han llevado muy lejos la destrucción de las paredes óseas, dejando consecutivamente grandes deformaciones.

Pues bien, es necesario llegar hasta Killian, quien haciendo un trabajo de síntesis, ha tenido la rara habilidad de extraer de los diferentes procedimientos todo lo bueno que ellos encerraban, tratando en la medida de lo posible de subsanar todos sus defectos.

Y así vemos que tiene de Luc la trepanación por vía frontal, de Guillemain y Jansen la trepanación orbitaria, de Luc-Kunht la conservación del arco orbitario y de Taptas la resección del apófisis ascendente con destrucción de las células etmoidales.

Y bien, esta síntesis que reúne todas las ventajas de los otros métodos, por este solo hecho, ya se resta las desventajas de que se puede acusar a aquellos, por incompletos. Además con la conservación del arco orbitario trata en lo po-

sible de asegurar la estética del rostro y si alguna pequeña deformación queda, vaya ella en pago de la magnitud de la operación que se efectúa y del éxito operatorio que trae aparejado. Ultimamente Killian ha introducido una reforma en su método que sin ser fundamental en el fondo es una medida de previsión que nos pone al abrigo de posibles sorpresas. En efecto, después de terminada la operación no afronta los labios de la herida, sino que espera pasen dos o tres días al cabo de los cuales, convencido de que todo peligro de reinfección ha desaparecido, recién efectúa este trabajo.



CAPÍTULO IV

Para terminar con estas breves consideraciones quiero puntualizar de una manera precisa las indicaciones de la operación.

Empezaremos por aclarar en que casos un enfermo afectado de sinusitis frontal es pasible de intervención quirúrgica.

Desde luego y para mayor comodidad de nuestra descripción, vamos a distinguir los casos agudos, de los crónicos.

Tenemos que los primeros—como ya lo observamos en otro lugar—curan la mayoría de las veces con tratamiento médico, salvo en los casos complicados (obstrucción del canal naso-frontal, flemón orbitario, propagación cerebral, etc.) en que la trapanación de urgencia se impone. Esta última, por bien simple que sea, basta para curar nuestro enfermo, estableciendo un drenaje cu-

ya falta es en general la causa de estos accidentes.

En lo referente a los segundos, tenemos que distinguir varias clases de enfermos. Desde luego aquellos que sobrellevan su afección sin mayores molestias. Las ideas aquí están divididas. Mientras algunos aconsejan la abstención—argumentando que han observado enfermos en estas condiciones pasar perfectamente muchos años sin ninguna complicación—otros en cambio son partidarios de la intervención. Este último modo de ver es el que satisface más el espíritu, pues él nos pone al abrigo de cualquier sorpresa, que uno no sabe cuando va a venir, ni las proporciones que puede tomar, comprometiendo más o menos la vida de nuestro enfermo.

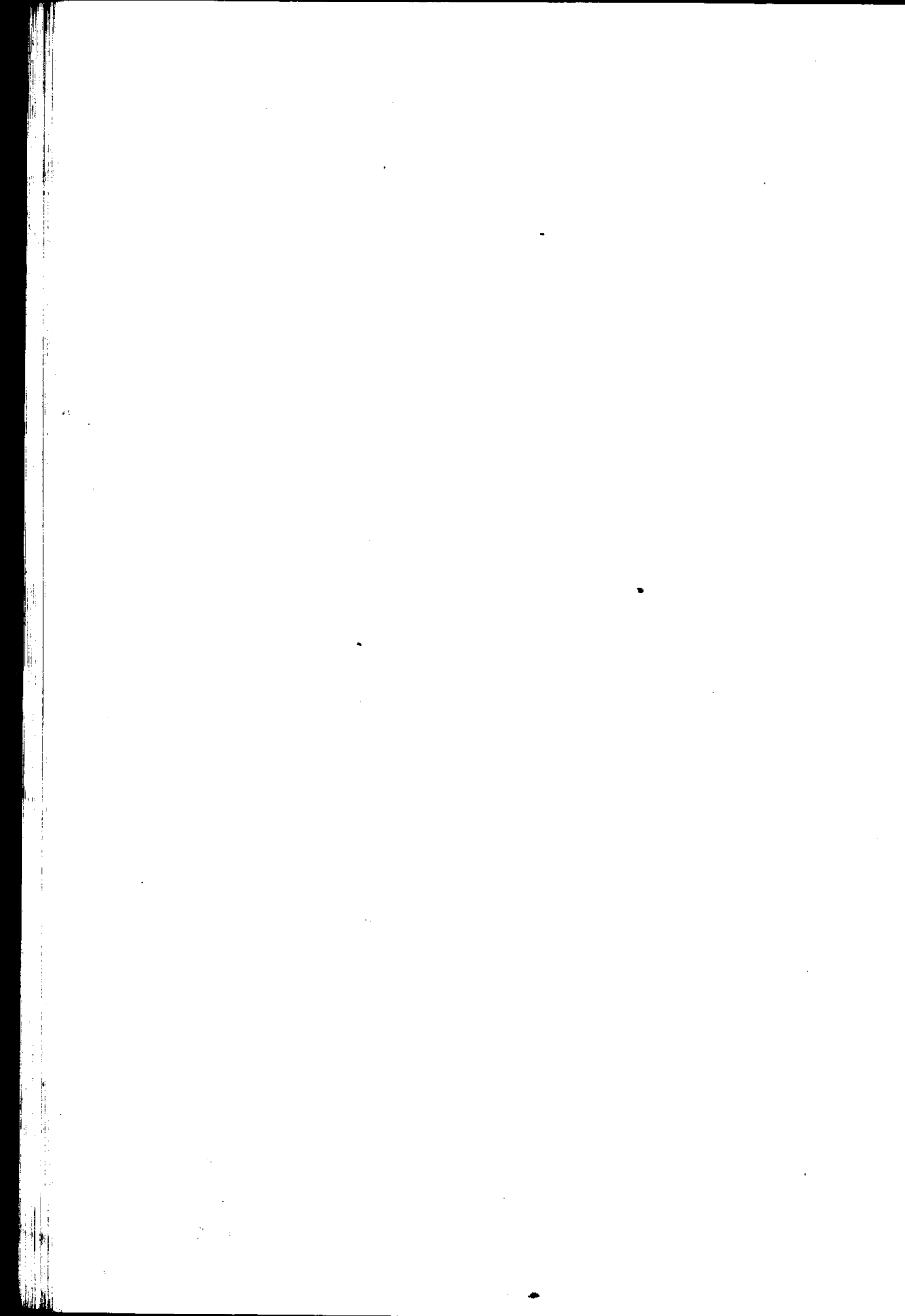
En segundo lugar los afectados de sinusitis crónica y que se presentan con un accidente agudo. Aquí ya no hay vacilación y la intervención quirúrgica es el único recurso que puede salvar al enfermo.

Y bien, es solamente entre los comprendidos en estos dos últimos sub-grupos que se debe hacer la operación de Killian para obtener una cura radical. Y no se crea que es en todos. Desde luego—como ya lo hemos dicho—en los senos chicos no se puede hacer la operación como tal. Tampoco es posible en los casos de carie del

arco orbitario, pues la conservación de este último iría en contra del principio fundamental que nos guía.

Entonces se nos podrá objetar, que esta operación tiene indicaciones muy limitadas y en consecuencia sus méritos son muy escasos. Esto que observamos aquí, desgraciadamente es una cosa muy frecuente en Medicina Operatoria. La técnica de las operaciones cambia forzosamente de un enfermo a otro, pues no todos se nos presentan en igual forma y hay que adaptar esta última a cada caso.

Por eso quiero hacer una salvedad, y es que, antes que defensor de una técnica operatoria, soy defensor de un principio—base fundamental sobre la que descansa el tratamiento que persigue la cura radical de la afección. Ahora bien, como centro de ese principio, la técnica que la satisface más en todos sus puntos fundamentales, es la operación de Killian, he ahí, el por qué soy partidario de ella.



CAPITULO V

Después de haber visto en los capítulos anteriores, el fin que persigue la operación, las ventajas e inconvenientes que presenta y la clase de enfermos a que debe ser aplicada, quiero ocuparme ahora en describir su técnica con las pequeñas modificaciones que ha introducido en ella posteriormente el mismo autor.

Comenzaré por los actos preliminares y complementarios, para ocuparme luego de la operación misma.

Es conveniente, siempre que se pueda, hacer preceder esta última de la resección del cornete medio por vía nasal, cosa que es indispensable efectuar y que nos ahorra el trabajo de hacerlo en el último tiempo operatorio, cuando ya la sangre, por su abundancia, no deja ver nada. A propósito de esto último y siguiendo con la preparación de nuestro enfermo diremos que es impor-

tante hacer una adrenalización perfecta, especialmente en la región etmoidal que sangra más; con este fin algunos autores aconsejan colocar tres tapones de algodón con adrenalina escalonados: el primero en la hendidura alfariva, el segundo entre el meato medio y el tabique y el tercero entre el cornete inferior y el tabique. Dada la posición que va a ocupar el paciente y para evitar que la sangre cayendo por la parte posterior de las fosas nasales penetre en la laringe, se ha indicado y se debe hacer un taponamiento perfecto del naso-farinx.

Finalmente, desinfectamos perfectamente la región a operar, afeitando las cejas o no tocán-

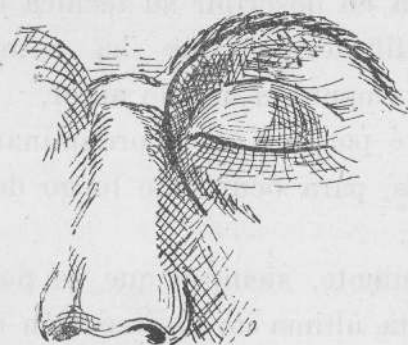


Fig. I

las como hacía Killian. Para la anestesia usamos el cloroformo, pues la cocaína ha fracasado en manos de quienes han querido usarla en estos casos.

Operación.—Primer tiempo.—Se incinde la piel a lo largo de las cejas y en todo su trayecto hasta llegar a su extremidad interna, desde este punto se desciende siguiendo la parte media del apófisis ascendente del maxilar hasta una altura correspondiente al borde inferior de los huesos pro-

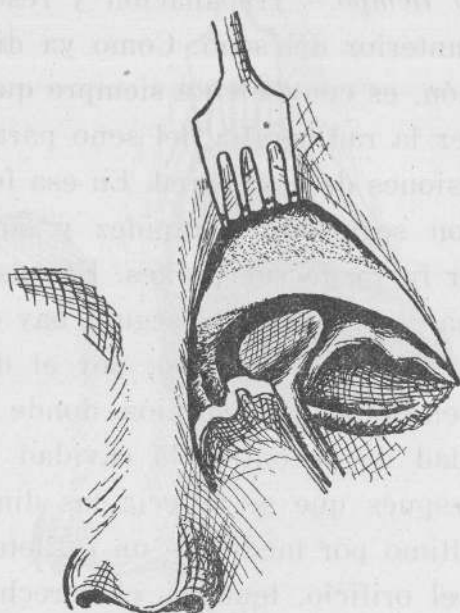


Fig. II

prios de la nariz. Siempre que sea posible esta última porción de la incisión debe hacerse lo más pequeña, pues ella deja una cicatriz muy desagradable. Se disecciona la piel del labio superior de la herida en la parte correspondiente a las cejas hasta una extensión de 6 milímetros—de-

jando libre el tejido celular y periostio con el fin de asegurar la vitalidad de la porción del arco orbitario que se conserva—recién a este último nivel se incide profundamente hasta el hueso. Con la legra desperiostamos la pared anterior en el sitio que se va a trepanar.

Segundo tiempo.—Trepanación y resección de la pared anterior del seno. Como ya dijimos en otra ocasión, es conveniente siempre que se pueda, obtener la radiografía del seno para conocer las dimensiones de esta pared. En esa forma uno trabaja con seguridad y rapidez y sin el peligro a caer fuera de sus límites. En caso de que esta última no se pueda conseguir, hay que substituir este tiempo operatorio, por el de la trepanación en el lugar de elección, donde uno tiene la seguridad de encontrar la cavidad del seno. Recién después que se aprecia las dimensiones de este último por medio de un estilete introducido por el orificio, tenemos el derecho de atacar su pared anterior.

La trepanación se efectúa valiéndose de un escoplo angular. Se comienza hacia la parte externa y a pequeños golpes, se va abriendo una canaleta paralela al reborde orbitario. Se continúa este trabajo lentamente hasta conseguir un pequeño orificio que nos anuncie la presencia del seno. Entonces por medio de un estilete nos

cercioramos de lo enunciado y agrandamos en lo necesario el orificio obtenido hasta que haya espacio suficiente para una pinza de huesos, quien rápidamente dará cuenta de esta pared. Luego con una cureta introducida en la cavidad se sa-

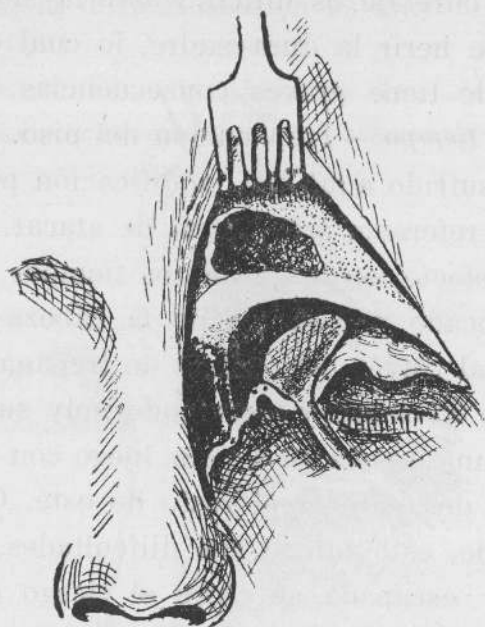


Fig. III

can las fungosidades, observando en seguida la pared posterior del seno: Si ella está sana no hay nada que hacer; habiendo puntos de carie pequeños, se los curetea muy suavemente tocándolos luego con cloruro de zinc. Si estos son de mayores dimensiones es conveniente dejarlos, a que posteriormente la reacción de las partes ve-

cinas, aislen el secuestro para extraerlo. De cualquier modo, su presencia no ofrece mayores peligros, pues en este caso no se debe cerrar la herida cutánea, que queda abierta para vigilancia de la parte enferma. En cambio, en estos casos el curetaje es difícil y habría siempre el peligro de herir la dura-madre, lo cual como se comprende tiene graves consecuencias.

Tercer tiempo.—Trepanación del piso.—La técnica ha sufrido aquí una modificación provechosa en lo referente a la forma de atacar esta pared. En efecto, en los primeros tiempos, el cirujano colocado por detrás de la cabeza del paciente y al través del orificio de trepanación anterior, con un escoplo y trabajando muy suavemente abría una brecha en el piso, luego con una pinza hacía desaparecer el resto de este. Como se comprende, esto ofrece sus dificultades, pues a la menor escapada se corre el riesgo de herir el periostio y llevar la infección a las partes blandas que rodean al ojo.

Con la técnica seguida actualmente se facilita el trabajo y se evita este peligro. En efecto, después de incidir profundamente tejido celular y periostio a lo largo del reborde orbitario, vamos valiéndonos de una espátula y trabajando con todo cuidado a separar este último de la bóveda orbitaria en el sitio de elección para trepa-

nar—que como sabemos está colocado por detrás del apófisis ascendente, por delante del hueso plano del etmoide y por arriba del unguis. Este trabajo, es en general fácil pues la adherencia del epriostio es mínima. Unicamente en los casos de perforación del piso con reacción inflamatoria de la región, la desperiostación es muy dificultosa.

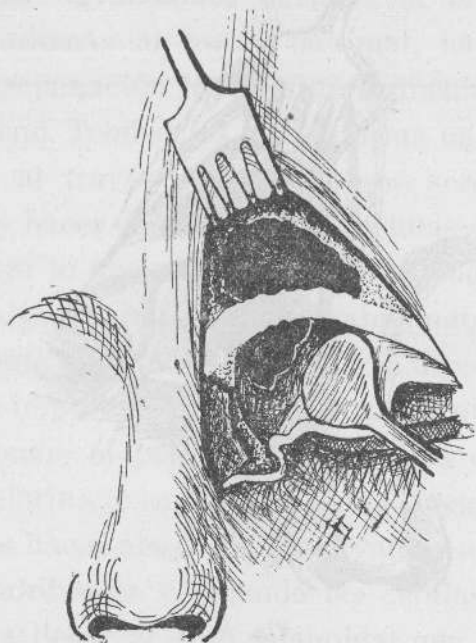


Fig. IV

Mientras ejecutamos este trabajo se reclina el globo ocular protegiéndolo por medio de un ancho separador. Descubierta la región, con un escoplo abrimos un orificio, y luego a pinza hacemos saltar el resto de la pared.

Cuarto tiempo.—Resección del apófisis ascendente, hueso lacrimal y masa lateral del etmoides.—Este tiempo operatorio es el que ofrece más dificultades, tanto por lo delicada y las vecindades de la región en que se trabaja, cuanto por la cantidad de sangre que ella da y que dificulta

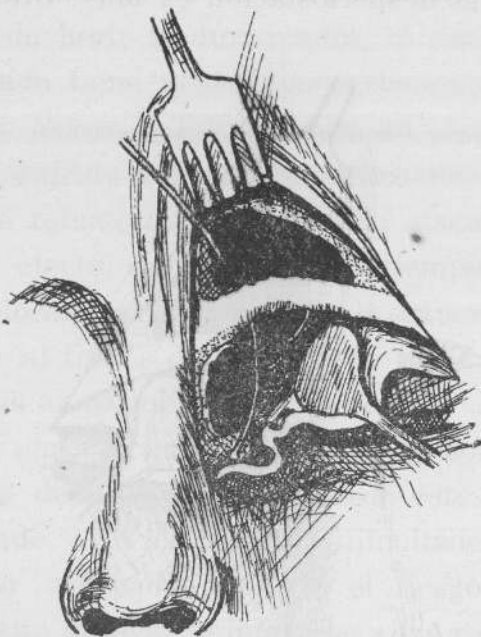


Fig. V

considerablemente la operación. Después de profundizar la cola de nuestra primitiva incisión hasta el hueso, con una legra se desperiosta la región del apófisis ascendente y la parte que aun falta del hueso lacrimal. Valiéndonos de una gubia que corte mucho y trabajando con todo cui-

dado— pues es muy fácil fracturarlo—se abre una brecha en el apófisis ascendente del maxilar, tratando en lo posible de respetar en este momento la mucosa nasal, por la sangre que ella da.

Recién después de haberla tocado con adrenalina se la incinde, para hacer la resección del cornete medio, si es que esta ya no hubiera sido efectuada. Agrandamos después la brecha que abarca además al hueso lacrimal, hasta unirla con la trepanación hecha anteriormente en el piso del seno. Tendremos en esa forma un ancha vía abierta, al través de la cual nos será fácil alcanzar y hacer desaparecer las células etmoidales y curetear lo que aun falta de la cavidad sinusal. Con una pinza de Bruning y trabajando perpendicularmente al plano de la cara, (la dirección aquí tiene su importancia, pues inclinando nuestra pinza corremos el peligro de perdernos e ir hacia el naso-farinx o cavidad cerebral, según que lo hagamos hacia abajo o arriba) vamos a pequeños pasos mordiendo y sacando las células etmoidales hasta llegar al seno esfenoidal que en ocasiones también se abre. Tendremos en esa forma sacada toda la masa lateral del etmoides y en consecuencia establecida una amplia comunicación del seno con la nariz.

Quinto tiempo.— Por último no nos queda para terminar, más que librar al seno de todas las fun-

gosidades, especialmente en los bordes superior y posterior, (donde la disposición anatómica de las regiones, por las celdillas que en ellas existen, favorece la persistencia de la infección; también hay que tener especial cuidado con la pared posterior del arco orbitario que, dada su situación, es difícil alcanzar. Terminado esto se efectúa la hemostasia por medio de una esponja de goma que será colocada en la región etmoidal, dado que esta sangra mucho. El resto de la cavidad se deja libre, sin ningún taponamiento.

Se pasan los puntos de crin a la herida cutánea pero sin cerrarlos (pues la herida quedará abierta, como medida de precaución a cualquier complicación que pueda sobrevenir); recién al tercero o cuarto día, cuando todo el peligro está conjurado, vamos a efectuar este trabajo.

Finalmente los cuidados post-operatorios son muy simples y se reducen: a extraer el taponamiento después de pasadas 48 horas; al cierre de los puntos según queda dicho, y a las curaciones que en cada caso se adaptarán a la evolución que siga nuestro enfermo.

Buenos Aires, Mayo 2 de 1917

Nómbrese al señor Académico Dr. Eduardo Obejero, al profesor titular Dr. Pedro Belou y al profesor suplente Dr. Juan de la Cruz Correa para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

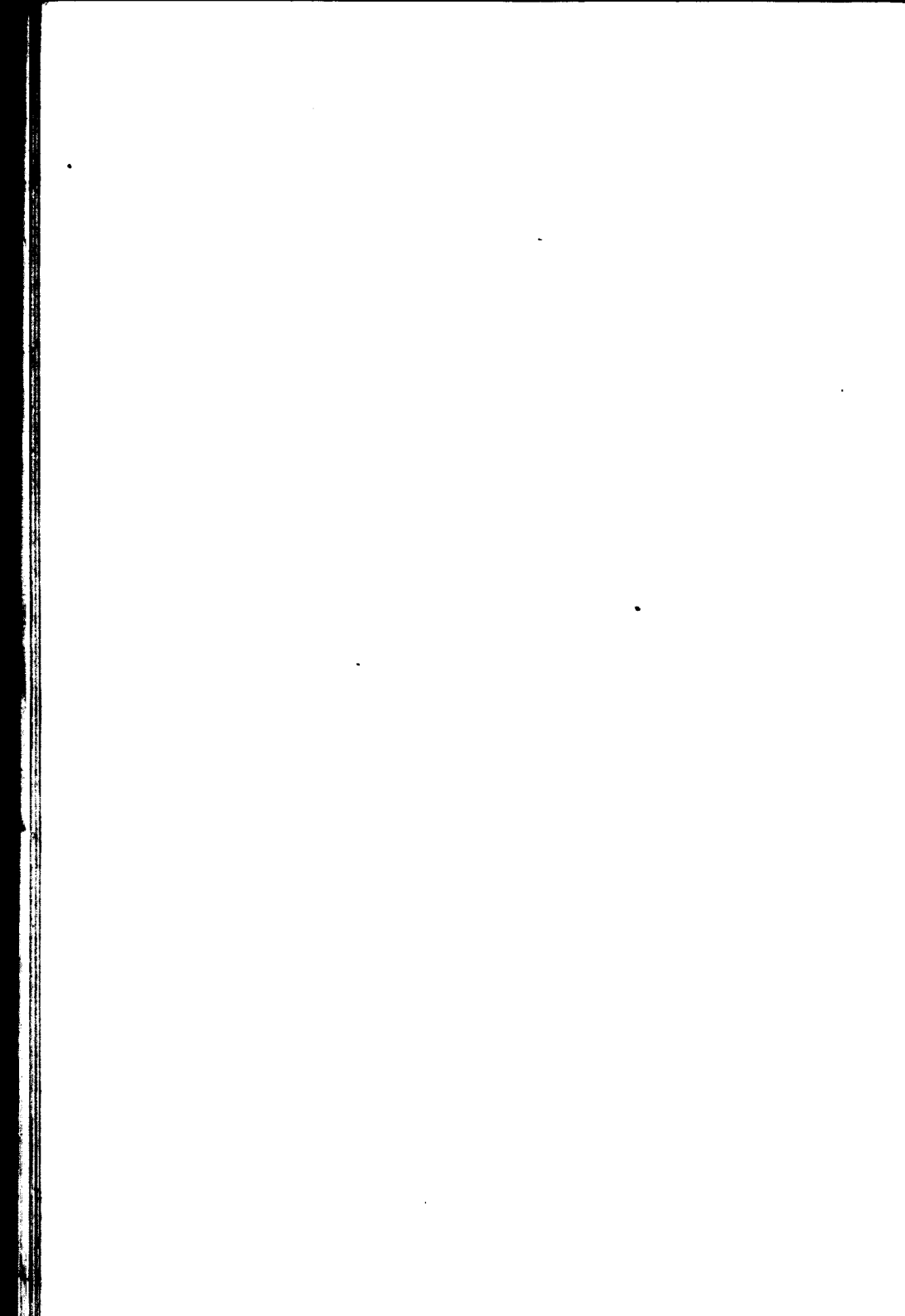
E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Mayo 8 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3268 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.





PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico de las sinusitis frontales.

Eduardo Obejero.

II

Consideraciones sobre la operacion de Killian en sus relaciones con el músculo orbicular de los párpados y las vías lacrimales.

Pedro Belou.

III

Sinusitis frontales en el niño.

Juan de la Cruz Correa.

