

LAS COMPLICACIONES ÓRBITO-OCULARES DE LAS ETMOIDITIS. REFLEXIONES SOBRE UN CASO DE ABSCESO ORBITARIO DE ORIGEN ETMOIDAL (1)

por el doctor

J. DUERTO

Laringólogo del Hospital Militar de Zaragoza
Ex Pensionado por la Junta de Ampliación de Estudios

La amable distinción, que por mi parte estimo y agradezco profundamente, hecha por esta docta Corporación con cuantos Profesionales no pertenecemos a ella de invitarnos a participar en sus sesiones, me ha proporcionado la oportunidad de someter a vuestra consideración un caso clínico y las reflexiones por él sugeridas, que ofrecen, además del interés científico emanado de sus especiales características, el de, por invadir a la vez el campo de dos especialidades, proporcionarnos la ocasión para llamar la atención de todos sobre la necesidad de una estricta colaboración, para bien del enfermo, entre todas y cada una de las diversas especialidades y entre ellas y el Médico general, en no pocos casos bastante descuidada, a causa, la mayoría de las veces, de la tendencia demasiado exclusivista de unos y otros.

Ciertamente, que circunscribiéndonos al caso presente, mucho se ha avanzado ya en este sentido entre oftalmólogos y rinólogos; pero no es menos cierto que falta todavía mucho para llegar a esa compenetración y ligazón que entre estas dos especialidades reclamaba y preconizaba VACHER hace cerca de 30 años.

Y es precisamente por esta razón y por la circunstancia de poder dirigirme a la vez a cultivadores de las más diversas ramas de la Medicina, por lo que he creído oportuno traer a discusión este caso, que muestra de un modo palpable la íntima relación existente entre unos órganos y otros, y la importancia que tiene tener siempre muy presente la posible participación de uno de ellos en la producción de un proceso que afecte a otro de especialidad muy distinta.

Y hecho este inciso, que no creo fuera de lugar dada la tendencia a la ultra-especialización en los tiempos actuales imperante, vamos a exponer el caso para extendernos a continuación en algunas consideraciones que a nuestro entender no dejan de ser interesantes.

Observación (Personal)

En los primeros días de diciembre del año próximo pasado fuimos requeridos (estando a la sazón encargados del Servicio de O. R. L. del Hospital Militar de Barcelona) por el doctor GÓMEZ MÁRQUEZ, eminente oftalmólogo del mencionado Hospital, para ver un enfermo que afecto de intensos fenómenos inflamatorios del ojo izquierdo y alarmantes síntomas infecciosos de carácter general tenía en su Servicio y en el que suponía la existencia de un flemón retro-orbitario de posible origen sinusal.

En efecto, el enfermo, muchacho de 18 años, presentaba todos los signos de un intenso estado infeccioso; fiebre (39,4), taquicardia, violenta cefalalgia, lengua saburral, labios fuliginosos, etc. Localmente se apreciaba a primera vista (figura 1.ª) una gran tumefacción de la región palpebral izquier-

da, especialmente del párpado superior que cerrado y edematizado y de un color rojo vivo ocluía la órbita, aunque dejando en la hendidura palpebral un resquicio por el que hacía hernia la conjuntiva muy equimótica; la palpación despertaba vivísimos dolores, y al levantar el párpado se veía el globo del ojo proyectado hacia adelante, abajo y afuera, con la pupila dilatada sin reaccionar a la luz.

El interrogatorio no nos dió el menor dato interesante, pues dado el estado del enfermo, le fatigaba en alto grado y no contestaba muy de acuerdo a nuestras preguntas; en vista de lo que procedimos a practicar una rinoscopia, que, efectuada, no en las mejores condiciones, nos permitió desde luego apreciar un cornete medio izquierdo aumentado de volumen, degenerado y en contacto con el tabique nasal, que si recto, presentaba, no obstante, un acentuado espesamiento a nivel del tubérculo especialmente; el meato medio ocupado por secreción moco-purulenta indicaba la existencia de una infección sinusal, que imposible de precisar en su localización a un seno o senos determinados ante la imposibilidad de practicar ni diafanoscopia ni radiografía dado el estado del enfermo, era muy verosímil suponer que afectase al etmoides por la existencia de un signo de Ewing positivo, y aun posiblemente al seno frontal del mismo lado. En su consecuencia, y de absoluto acuerdo con el doctor GÓMEZ MÁRQUEZ, sentamos el diagnóstico de absceso orbitario de origen sinusal, que de muy sombrío pronóstico no ya en cuanto a la función visual sino *quod vitam*, requería una inmediata intervención quirúrgica, encaminada en primer lugar a vaciar el absceso, y después, y en su caso, a actuar sobre el foco sinusal causante de la complicación orbitaria.

Se dispuso, pues, la operación, y acto seguido sin pérdida de momento se intervino bajo anestesia local, practicando una incisión en el ángulo interno del ojo y siguiendo el reborde orbitario como para efectuar una etmoidectomía y una trepanación del seno frontal. Se despegó el periostio del reborde orbitario y pared súpero-interna de la órbita en el sentido de la profundidad hasta dar con una colección purulenta situada en el fondo, de la que salió abundante cantidad de pus. Se procedió entonces a una detenida y meticulosa exploración de la pared orbitaria con el dedo y con el estilete a fin de buscar el trayecto fistuloso por el que el pus procedente del seno o de las células etmoidales hubiese pasado a la órbita y que no dió el menor resultado; tanto el techo, correspondiente a la pared inferior del seno frontal como la pared interna de la órbita, tabique de separación del grupo etmoidal estaban perfectamente sanos y sin la menor señal de fistula ni siquiera de denudación ósea.

En su virtud, se desistió de efectuar la cura radical de la sinusitis como teníamos pensado hacer en caso de haber encontrado perforado o siquiera osteítico el suelo del seno frontal o el hueso plano, y se colocó un tubo de goma para desagüe. Se dieron unos puntos de sutura en la mitad externa de la incisión y se colocó un apósito ligeramente compresivo, pasando el enfermo hospitalizado a nuestro Servicio.

El curso post-operatorio fué excelente; a partir del día siguiente los fenómenos tanto locales como generales cedieron con suma rapidez, salvándose no sólo la vida tan gravemente comprometida, sino incluso la visión de aquel ojo tan seriamente amenazada, aunque quedando una pequeña fistulita palpebral que supuró durante algunos días pero que acabó por cerrar antes de marcharse el enfermo con licencia que pidió para reponerse y pasar unos días con su familia antes de someterse a la intervención sobre los senos,

(1) Comunicación presentada a la Academia de Medicina de Zaragoza en sesión celebrada el 28 de octubre de 1931.

que, considerándola esencial, nos habíamos propuesto realizar en un segundo tiempo operatorio.

Pero cuando apenas había transcurrido un mes de su partida, volvió desde Badalona, donde se encontraba disfrutando el permiso, a ingresar en el Servicio de Oftalmología con idénticos fenómenos oculares aunque mucho menos intensos, por lo que el mismo día de su ingreso, estando ya advertidos, le practicaron de urgencia una nueva abertura de la órbita, pasando nuevamente a nuestro Servicio para ser operado del proceso sinusal originario, cuando todavía no había cicatrizado la herida y quedándole al enfermo una diplopía que afortunadamente desapareció al cabo de algún tiempo.

Las radiografías practicadas entonces en incidencia frontal y mentón-vertex, placa de Hirtz, indicaron la existencia



Figura 1.ª

de un proceso etmoidal exclusivamente; los senos frontales, muy pequeños, estaban perfectamente transparentes. En consecuencia, decidimos intervenir sobre laberinto etmoidal por vía endonasal, para lo cual fué preciso practicar previamente una resección submucosa del septum que al propio tiempo que nos daba más campo para la futura intervención, corregía la deformidad nasal y libraba al enfermo del obstáculo respiratorio para lo sucesivo. Se hizo así y cuando días después entró todo en orden se le practicó una etmoidectomía con raspado de todo el grupo etmoidal previa, naturalmente, extirpación del cornete medio. El curso post-operatorio se desarrolló sin el menor incidente y el enfermo pudo abandonar el hospital perfectamente curado y sin la menor traza ni vestigio de supuración por su meato medio. (Fig. 2.)

El caso, como se ve, se presta a ciertas consideraciones diagnósticas, patogénicas y terapéuticas del más alto interés.

Desde luego, y habida cuenta de la extraordinaria gravedad del caso, tanto desde el punto de vista fun-

cional como desde el vital, la cuestión fundamental que se planteaba era la de sentar un diagnóstico exacto y preciso rápidamente, ya que condicionada la pauta terapéutica a seguir por el diagnóstico sentado, dicho está que todo dependía de la certeza y rapidez con que fuese establecido; pero bien entendido que en tal orden de ideas no bastaba con afirmar la existencia de una infección orbitaria, cosa fácil dada la clarísima sintomatología, sino que era de todo punto preciso dilucidar también, además de su forma clínica, su causa y origen, precisando a ser posible cuál o cuáles eran los senos primitivamente afectados de los que partió la infección, a fin de poder intervenir no sólo sobre la complicación orbitaria, sino también sobre el foco responsable en principio del proceso.

Que había una infección orbitaria no cabía duda. Pero ¿a qué tipo, a qué forma clínica correspondía? De las dos formas, fluxionar y supurada (que para nosotros más que dos formas diferentes, son dos estadios de un mismo proceso), con que se admite generalmente que pueden manifestarse las complicaciones agudas de las sinusitis en la órbita, la primera se manifiesta con signos que no tienen por el momento nada de alarmantes. Ciertamente existe una reacción febril y cefalalgia; pero aquélla es moderada (no pasa de 38 grados) y ésta no es muy intensa; exacto que hay inflamación palpebral y aun a veces algo de oxoftalmía, pero aquella es bastante limitada y ordinariamente circunscrita a la parte interna de la comisura palpebral y raíz de la nariz, y ésta es muy poco acentuada y con absoluta movilidad del globo del ojo; por otra parte la conjuntiva está normal o cuando más, ligeramente equimótica, la parte interna del párpado superior presenta su aspecto habitual sonrosado y translúcido (sobre cuyo signo han llamado la atención KATZ, BLUMENFELD y PREYSING, asignándole un carácter patognomónico y diferencial con la forma supurada) y aunque la presión sobre la pared interna de la órbita despierta un dolor agudo, éste no reviste la intensidad y espontaneidad del absceso y no expresa más que la infección del laberinto etmoidal vecino. Además, los fenómenos generales distan mucho de adoptar gran intensidad.

Por el contrario, cuando el proceso, por circunstancias dependientes de la virulencia microbiana o de la constitución anatómica de los elementos que integran la región, en vez de regresar sigue su marcha invasora y los fenómenos de supuración se establecen, el cuadro clínico cambia en absoluto intensificándose y agravándose los signos preexistentes y apareciendo otros nuevos.

El estado general se agrava, la fiebre sube llegando a 40 grados y aun por encima de esta cifra, la cefalalgia se hace más violenta, la inflamación palpebral sube de punto, edematizándose intensamente ambos párpados, que toman un color rojo vivo o vinoso, la exoftalmía se acentúa, el globo ocular se fija, la equimosis conjuntival aumenta llegando a cubrir la córnea a la manera de un mamelón rojizo y exuberante que incluso hace hernia por la hendidura palpebral, la pupila se dilata y paraliza y la córnea es asiento de altera-

ciones tróficas, anestésicas, por compresión de los nervios ciliares.

Pues bien: si recordamos el cuadro clínico presentado por nuestro enfermo, se observa que se ajusta completamente a la sintomatología que caracteriza el estadio de supuración. Ninguno de los signos del flemón retro-orbitario falta. Ni la gran inflamación y edema palpebral, producido por la compresión que el pus ejerce sobre el sistema venoso orbitario, ni la exoftalmía, consecuencia natural de la propulsión del globo ocular por la colección purulenta, ni la fijeza del globo del ojo, por la participación del sistema muscular orbitario en el proceso, ni la hernia conjuntival entre los párpados, ni la midriasis paralítica, ni la anestesia corneal, ni siquiera la disminución de la percepción visual indicadora de una participación en la infección del nervio óptico, ni la cefalalgia, ni la hipertermia, ni el mal estado general... Todos, absolutamente todos los signos del flemón orbitario están presentes. En consecuencia el diagnóstico no ofrecía dudas; ante tal conjunto de signos se imponía. Se trataba de un absceso orbitario.

Cierto es que la erisipela del ángulo interno del ojo se presenta, en ocasiones, con signos generales y locales muy parecidos a los del proceso que nos ocupa; mas si se considera que en éste falta en absoluto la adenitis pretraguiana y submaxilar precoz de la erisipela, y que además de que la placa erisipelatosa tiene unas características muy diferentes de la inflamación edematosa blanda palpebral de la celulitis orbitaria, en ésta no se presentan nunca las flictenas propias de aquélla, quedará descartada la posible confusión entre ambos procesos. Por si esto fuese poco, la fijeza del globo ocular y la existencia de los dos signos, midriasis paralítica y anestesia corneal, a que ROLLET concede tan alta significación diagnóstica, sobre eliminar la posible confusión con la erisipela, desechaba también la posibilidad de error con una dacriocistitis, la que si ciertamente puede coexistir con una etmoiditis anterior y exteriorizarse en la región del saco lagrimal, cuando así ocurre, la tumefacción palpebral alcanza más intensamente al párpado inferior detrás de cuya parte interna se desarrolla la colección purulenta entre la parte antero-inferior del globo del ojo y el reborde orbitario y en cuyo punto ofrece una fluctuación muy significativa a la par que una gran resistencia para insinuar el dedo; además no hay apenas exoftalmía, el ojo está perfectamente móvil, la visión no está alterada y los fenómenos generales no son, ni con mucho, tan intensos.

Tenemos, pues, hecho el diagnóstico del proceso y precisada su forma clínica. Pero nos falta todavía conocer su origen. La cuestión hasta este momento bajo el exclusivo dominio y competencia del oftalmólogo, va a requerir ya, si se ha de proceder lógica y científicamente, la colaboración de éste con el rinólogo, toda vez que ante los fenómenos orbitarios, en lo primero que aquél ha de pensar al tratar de investigar las causas, es en un probable origen sinuso-etmoidal, como excelentemente orientado pensó en este caso el eminente oftalmólogo doctor GÓMEZ MÁRQUEZ. Y se procedió

a un examen rinoscópico cuyo resultado hemos visto. Y ya, si a la (al menos para nosotros) clarísima sintomatología ocular, se añaden los signos suministrados por la rinoscopia (cornete medio abultado, engrosado y degenerado, pus en meato medio, rubicundez de la mucosa nasal), la existencia de una infección etmoidal, como causa y origen de la complicación órbito-ocular, se manifestaba de una manera evidente.

Podría esta etmoiditis invadir, o no, todo el laberinto etmoidal; podría, o no, ir acompañada de una sinusitis frontal y aun de una esfenoiditis, cosa que, de haber sido posible efectuarla, nos lo hubiera puesto de mani-



Figura 2.ª

fiesto una radiografía; pero que la etmoiditis existía y que de ella había partido la infección para invadir la órbita, estaba fuera de toda duda. Por la tanto, se conocía ya todo cuanto hacía falta para instituir un tratamiento racional y sentar una indicación operatoria.

El tratamiento no podía ser otro que el quirúrgico y aplicado además con la máxima urgencia, no sólo por la importancia de la lesión en sí, que ya es una razón para operar inmediatamente, sino también y muy especialmente por la enorme gravedad de sus complicaciones, que si algunas de ellas como la iritis, queratitis, coroiditis, retinitis, comprometen más especialmente la visión, otras, como la trombo-flebitis del seno cavernoso acaban indefectiblemente con la vida del enfermo. La intervención quirúrgica responde, pues, a una indicación vital, debiendo ser practicada, además, sin la menor dilación ni demora, y abriendo tan ampliamente como sea posible el foco purulento.

Pero una cuestión se plantea al ir a realizarla. ¿Cuál es el punto de elección para incindir e ir en busca del absceso? ¿Debemos contentarnos con incindir la órbita y asegurando el drenaje dar por terminada la intervención instituyendo un tratamiento médico de la sinusitis para operar ésta en un segundo tiempo, o se debe, por el contrario, intervenir de una vez sobre el foco sinusal y aprovechando el mismo acto operatorio practicar una trepanación o una etmoidectomía transorbitaria?, preguntas que al tener que ser resueltas por el rinólogo ponen de manifiesto cómo el proceso que comenzó cayendo de lleno dentro del campo de la oftalmología pasó tras una colaboración con el rinólogo a ser del exclusivo dominio de éste y por tanto demuestran la necesidad de la absoluta y estricta colaboración a que al principio aludíamos.

Respecto a la primera pregunta, parece ser que, puesto que siendo el punto situado a nivel del extremo externo del borde inferior de la arcada orbitaria el de mayor declive y por el que, por lo tanto, ha de encontrar el pus más facilidad para su evacuación, sea en él donde debe practicarse la incisión; y en efecto, no deja de haber quienes así lo practican y preconizan. Pero si se tiene en cuenta el origen sinuso-etmoidal del flemón y se recuerda que el ojo está generalmente (y así estaba en nuestro caso) propulsado y dirigido hacia afuera, adelante y abajo, lo que indica que el absceso está situado en la parte completamente opuesta del fondo orbitario, o sea en la póstero-súpero-interna, cosa por lo demás muy natural dado el punto de procedencia del pus, se comprenderá que, por paradójico que pueda parecer ir a buscar un drenaje por el sitio de menor declive, el punto de elección para incindir y drenar es el ángulo súpero-interno de la arcada orbitaria, sobre el párpado superior tal como se recordará practicamos la abertura en nuestro enfermo. Otra razón, además, abona esta conducta, cual es, la de que practicando la incisión en este punto y continuándola por la ceja, es decir, efectuando la incisión como para trepanar el seno frontal o hacer la cura radical de la etmoiditis por vía externa, se tiene la ventaja de poder, en caso necesario, realizar esta intervención en una sola incisión y en el mismo tiempo operatorio. Y esto nos lleva de la mano a tratar de la cuestión planteada con la segunda pregunta.

En principio, parece natural que puesto que la infección del seno o del etmoides es el foco de donde aquélla partió para invadir la órbita y es por lo tanto la responsable de los accidentes agudos orbitarios, no debemos contentarnos con una simple evacuación y drenaje del flemón orbitario, sino que, a fin de evitar que, como ocurrió en nuestro caso, la persistencia del foco infeccioso sinusal pueda dar lugar a una recidiva de los fenómenos inflamatorios orbitarios, debe practicarse en el mismo acto operatorio la cura radical de la sinusitis o etmoiditis, trepanando el seno frontal o efectuando una etmoidectomía transorbitaria. Pero es el caso, que tal proceder no está, como a primera vista parece, tan exento de inconvenientes y peligros, de los que no son los menores la posibilidad de que al inter-

venir sobre un proceso en plena evolución séptica, pueda la intervención, actuando como un espolazo, provocar su extensión a las partes óseas circunvecinas y desencadenar una osteomielitis difusa mortal, como ya ha ocurrido en algún caso, o una meningitis que dé al traste con la vida del enfermo.

Si, pues la abstención tiene el peligro de poder dar lugar a una recidiva de los accidentes, por defecto, y la intervención *a fondo* lo tiene de poder determinar graves consecuencias, por exceso; ¿qué conducta puede seguir el cirujano?

Por las enseñanzas derivadas de nuestro caso, opinamos que hay que ser eclético y atemperar la conducta a cada caso. Desde luego, que lo primero que hay que hacer sin dudar ni vacilar lo más mínimo es dar salida al pus. Para ello se practicará una incisión a nivel del ángulo interno de la órbita que partiendo de la raíz de la nariz, siga describiendo una curva de concavidad inferior, primero hasta la raíz de la ceja y luego por ésta a lo largo del reborde superior orbitario; se despegan el periostio y las partes blandas de la pared súpero-interna de la cavidad orbitaria prudentemente para no lastimar el saco lagrimal y la polea del oblicuo siguiendo hacia atrás el despegamiento hasta encontrar el absceso. Una vez vaciado éste se procede a una meticolosa y detenida exploración de la pared ósea para descubrir la menor perforación denudación u osteítis, acentuando esta exploración a nivel del hueso plano que es donde preferentemente asientan. Si el resultado de la exploración es negativo, es decir, si no se encuentra el menor vestigio de fístula o invasión osteítica del hueso, se coloca un drenaje (de preferencia tubo de goma) se dan unos puntos de sutura en la porción externa de la incisión para facilitar la cicatrización y se coloca el apósito dejando para un segundo tiempo la intervención sobre el etmoides.

En caso contrario, o sea cuando en el hueso se encuentran huellas por mínimas que sean de que el pus ha determinado una solución de continuidad en el hueso, estimamos que debe continuarse la intervención trepanando el seno o el etmoides o ambos, por vía transorbitaria, que consideramos preferible toda vez que estando hecha la incisión y a la vista la perforación o fístula ósea ésta indica el camino que debe seguirse.

En cambio, cuando la intervención se realiza en un segundo tiempo, creemos que no hay ningún inconveniente para practicarla por vía endonasal. Es más, en nuestra opinión es la vía que (a menos que las circunstancias exijan intervenir por vía transorbitaria) debe adoptarse, en primer lugar, porque la técnica es más simple; después, porque el curso post-operatorio produce muchas menos molestias al enfermo; además, porque la operación en este caso practicada por vía externa se encuentra bastante dificultada a consecuencia de las bridas fibrosas cicatriciales formadas a consecuencia del proceso de reparación subsiguiente a la primera intervención, y en último término, porque aun en caso de que fracase y la supuración continúe, siempre queda el camino abierto para intervenir de nuevo por vía transorbitaria.

Y vamos a ocuparnos ahora, muy sucintamente, de un aspecto de la cuestión que no puede ser pasado por alto. Nos referimos al mecanismo de producción de estas complicaciones.

Hemos visto como la presencia o ausencia de un trayecto fistuloso o de un pequeño foco de osteítis condiciona la conducta a seguir por el cirujano. Ello quiere decir que pueden darse los dos casos. Y así es en efecto; puede estar el hueso sano y puede estar invadido. Puede haber y puede no haber trayecto fistuloso.

En el caso, por lo demás el más frecuente, en que tal fístula existe, el mecanismo por el que la infección procedente del seno o laberinto etmoidal pasa a la órbita se explica muy fácilmente. Tiene lugar por continuidad. Exacerbada la virulencia microbiana y reagudizado el proceso infeccioso sinusal o etmoidal (generalmente se trata de procesos crónicos recalescidos) a consecuencia de una causa cualquiera, un simple coriza, por ejemplo, y dificultada o impedida la libre evacuación del pus por las vías naturales intra-nasales, la infección ataca al punto más débil de la cavidad purulenta, cual es el tabique de separación con la órbita, e interesando a la mucosa y periostio sinusal, primero, y a la delgada lámina ósea y al periostio orbitario, después, acaba por invadir la grasa orbitaria y los órganos por ella envueltos, en último término.

Mas si en líneas generales éste es el mecanismo, los fenómenos no se desarrollan tan esquemáticamente. Por el contrario, las características de la invasión orbitaria varían según circunstancias dependientes de la virulencia de la infección y de las condiciones anatómicas de los tejidos. Si aquélla es muy intensa, el periostio orbitario poco resistente, y el punto en que el hueso se fistuliza está, como ocurre en la parte anterior, en íntimo contacto con aquél que fuertemente adherido no se despega sino con mucha dificultad, la destrucción del hueso y periostio se lleva a cabo simultáneamente y la invasión de la grasa orbitaria es muy rápida, formándose de rondón un absceso intra-orbitario.

Pero si, por el contrario, bien por una menor virulencia de la infección que más lenta ha permitido reforzarse defensivamente al periostio, bien por una mayor resistencia anatómica de éste, o ya porque la fistulización ósea haya tenido lugar en un sitio que, como la parte posterior, el periostio está débilmente adherido y se despega fácilmente del hueso, entonces se forma una colección inter-ósteo-periostica, que puede acabar por abrirse y vaciarse en la órbita, dando lugar, aunque más tardíamente, a los mismos fenómenos que en el caso anterior, pero que puede también subsistir subperiosticamente y despegando poco a poco el periostio del hueso hacia adelante labrarse camino hacia los párpados después de atravesar los cuales tener salida al exterior, dando así lugar a la llamada forma fistulosa, que aunque de serio pronóstico, desde luego es mucho menos grave.

Claro es que los acontecimientos no se desarrollan siempre con esta rapidez. Y se comprende que así sea;

pues siendo varias las líneas defensivas de que consta la barrera ósteo-periostica que separa al seno de la órbita, puede muy bien darse el caso de que mientras la infección ataca a las primeras, el hueso y el periostio orbitario organicen una sólida defensa que las haga incluso infranqueables y quede a su nivel la infección detenida temporal o definitivamente, pero dando en todo caso lugar a ese estadio fluxionar, del que no pasan a veces los acontecimientos, pero que es otras el primer paso para el estadio supurado. Y he aquí la razón en que nos apoyamos para decir que para nosotros más que de dos formas clínicas diferentes (la fluxionar y la supurada) se trata de dos fases o estadios de un sólo proceso.

Mas aun cuando, realmente, este es el mecanismo por el que se realiza la invasión orbitaria más frecuentemente, no ocurre así siempre. Existen ocasiones, en las cuales (y de ello es nuestro enfermo una prueba fehaciente) no hay la menor alteración de la pared ósea. Esta se encuentra perfectamente normal y sin el menor vestigio ni señal de fístula ni aún de denudación ósea. ¿Cómo explicar entonces la invasión orbitaria y la formación del absceso?

Para explicar PANAS la formación de estos abscesos, que él llama circunvecinos, invoca la existencia de ciertas vías preformadas, constituidas por dehiscencias anatómicas óseas existentes ya en estado normal (canales fronto-etmoidales) a través de los que emigraría la infección sin la producción del menor proceso osteíco, para formar el absceso.

Podrá ser así o acaso ocurra que una vez franqueada por la infección la primera línea de defensa constituida por la mucosa y el periostio sinusal, la red venosa que establece comunicación entre el laberinto etmoidal y la cavidad orbitaria sea atacada por la infección y objeto de una trombosis séptica que sin afectar ni alterar para nada la lámina ósea ganaría directamente el periostio orbitario bajo el cual, si se mantenía incólume, engendraría el absceso, o si poco resistente, era atravesado, daría lugar a su formación desde el primer momento a expensas de grasa orbitaria.

Sea de un modo o de otro, emigre la infección por las paredes de estas vías naturales preformadas o siga por el interior de la vía vascular, lo cierto es que es a su través por donde el pus sinusal se traslada desde las cavidades etmoidales infectadas al interior de la órbita. Las investigaciones de DENKER y KAHLER son a tal fin muy significativas. Estos autores han podido comprobar por el examen de numerosas piezas anatómicas que los conductillos vasculares están con frecuencia llenos de pus, siendo los vasitos inidentificables.

Y para terminar, séanos permitidas aún dos palabras sobre la anestesia, cuestión que a nuestro juicio tiene en este género de intervenciones capital importancia. En efecto, aparte de los inmensos inconvenientes que el empleo de la anestesia general tiene en las intervenciones quirúrgicas del segmento cráneo-facial por el estorbo que la presencia constante de la mascarilla supone, la anestesia local tiene dos ventajas que la hacen el procedimiento de elección: una es la de que

disminuyendo o suprimiendo el choque operatorio inherente a la intoxicación anestésica, el traumatismo es infinitamente menor; la otra consiste en que estando exenta del inconveniente que toda anestesia general lleva consigo de determinar una congestión del segmento cefálico, la hemorragia es mucho menos intensa, circunstancia tanto más digna de ser tenida en consideración cuanto que se trata de una región muy irrigada y que a consecuencia de la inflamación hay una congestión de los tejidos que contribuye de por sí a intensificar aquélla y dificultar el acto operatorio, motivos más que suficientes para que en la elección no haya duda.

En definitiva, como resumen y condensación de cuanto hemos expuesto, podemos deducir las siguientes conclusiones:

1.^a La actual clasificación de las manifestaciones agudas de las complicaciones órbito-oculares de las etmoiditis en dos formas, fluxionar y supurada, debe ser abandonada por no existir tales formas, que son más bien fases sucesivas de un mismo proceso.

2.^a Dada la gravedad que, tanto para la función visual como para la vida del enfermo, revisten estas complicaciones, es esencial establecer con la mayor premura un diagnóstico exacto, precisando no sólo la forma clínica del proceso orbitario, sino su origen y estado de los senos vecinos por un examen rinoscópico. A este fin la radiografía es de un valor inapreciable y por lo tanto constituye un elemento de diagnóstico del que a ser posible no debe prescindirse.

3.^a La única conducta autorizada a seguir frente a un absceso orbitario de origen etmoidal es la intervención quirúrgica precozmente practicada, a fin de dar salida al pus inmediatamente.

La abertura debe efectuarse en el ángulo súpero-interno de la órbita, incindiendo ampliamente para en caso preciso completar la intervención con una cura radical de la sinusitis.

4.^a La trepanación de los senos perinasales causa y origen del proceso orbitario estará condicionada por el resultado de una detenida y meticolosa exploración de la pared orbitaria.

Si de ella resulta el hallazgo de una fístula o desnudación ósea o un pequeño foco de osteítis, debe continuarse la intervención practicando por vía transorbital una cura radical aprovechando la incisión efectuada.

En caso contrario es preferible contentarse por el momento con dejar un drenaje, aplazando la intervención sobre los senos para un segundo acto operatorio, en el cual la elección de la técnica y la vía para abordar el foco infeccioso se supeditará a lo que las circunstancias demanden.

5.^a En uno y otro caso, practíquese la intervención en una o dos sesiones diferentes, y sea cual sea la técnica adoptada, debe intervenir bajo anestesia local.

RESUMÉ

Comme résumé de son travail, l'Auteur pose les conclusions suivantes:

1.^o La classification actuelle des manifestations aiguës des complications orbito-oculaires des ethmoïdites en deux formes, fluxionée et supurée, doit être abandonnée car ces

formes n'existent pas, vu que se sont plutôt des phases successives d'un même processus.

2.^o A cause de la graveté que ces complications présentent, tant pour la fonction visuelle que pour la vie du malade, il est essentiel d'établir le plutôt possible un diagnostic exact, tout en indiquant non seulement la forme clinique du processus orbitaire, mais aussi son origine et l'état des sinus voisins au moyen d'un examen rhinoscopique. A ce propos la radiographie est d'une valeur inappréciable et par conséquent elle constitue un élément de diagnostic dont, si possible, il ne faut pas prescinder.

3.^o L'unique conduite autorisée à suivre en cas d'abcès orbitaire d'origine ethmoïdale est l'intervention chirurgicale pratiquée le plutôt possible, à fin de donner immédiatement sortie au pus.

L'ouverture doit se pratiquer dans l'angle supéro-interne de l'orbite coupant amplement pour compléter, en cas de nécessité, l'intervention au moyen d'une cure radicale de la sinusite.

4.^o La trépanation des sinus périmasaux, cause et origine du processus orbitaire sera sujete au resultat d'une meticoluse exploration de la paroi orbitaire.

Si cette exploration découvre une fistule ou dénudation osseuse ou un petit foyer d'ostéite, il faudra continuer l'intervention en réalisant par voie transorbitaire une cure radicale utilisant l'incision effectuée.

Dans le cas contraire il est préférable de se contenter momentanément d'un drainage, ajournant l'intervention sur les sinus pour un second acte opératoire, pour le quel l'élection de la technique et de la voie pour aborder le foyer infectieux dépendra des circonstances.

5.^o Dans l'un et l'autre cas, il faudra réaliser l'intervention dans une ou deux sessions différentes et, quelle que soit la technique adoptée, il faudra intervenir avec anesthésie locale.

SUMMARY

As a summary of his work, the Author poses the following conclusions:

1st. The actual classification of the acute manifestations of the orbito-ocular complications in the ethmoiditis in two forms, fluxionate and supurated, must be abandoned, because such forms do not exist, being both rather successive phases of the same processus.

2nd. Because of the graveness presented by these complications as well for the visual function as for the patient's life, it is essential to establish as soon as possible an exact diagnostic, indicating at the same time not only the clinical form of the orbitary processus, but also its origin and the state of the sinus situated in the neighbourhood by means of a rhinoscopic examen. In this way the radiography is of an incalculable value and consequently it constitutes a diagnostic element which must be used so frequently as possible.

3rd. The unie autorised conduct to follow in the case of orbitary abscess of ethmoidal origine is the surgical intervention practised as soon as possible, with the objet to give immediately an outlet to the pus.

The opening must be practised in the supero-internal corner of the orbita cutting plentifully in order to complete, in case of necessity, the intervention by means of a radical cure of the sinusitis.

4th. The trepanation of the perinasal sinus, cause and origin of the orbitary processus, will be subjected to the results of a meticolous explorations of the orbitary wall.

If this explorations reveals a fistle or osseous desnudation or a small core of osteitis, it will be necessary to continue the intervention realizing by transorbital way a radical cure using the practicated incision.

In the contrary case, it will be preferible to make a momentaneous drainage, postposing the intervention upon the sinus for a second operatory act, for which the election of the technic and the way of approaching the infectious core will depend upon the circumstances.

In each of both cases, the intervention must take place in one or two different sessions and whateven may be the adopted technic, the local anaesthesia will be necessary.