

CAS CLINIC DE SINUSITIS FRONTAL AMB EXOFTALMIA, AMB UNA NOIA DE 16 ANYS

OPERACIO SEGUINT LA VIA ORBITARIA. CURACIO

Pel Dr. MANUEL DOLCET

Es tracta d'una noia de 16 anys, per cert bastant agraciada. En veure la per primera vegada presentava una tumoració, que feia proeminència a l'àngul intern i superior de l'òrbita de l'ull esquerre, aquesta tumoració que ocupava la paret supero-interna de l'òrbita, determinava símptomes oculars diversos, determinats per la compressió, tals com dificultats dels moviments de l'ull, exoftàlmia cap endavant, abaix i cap a fora, estrabisme i diplòpia. La vista d'aquest ull es trobava algun xic disminuïda. La malalta es planyia de mal de cap i d'algun dolor local.

Comprimint el tumor es trobava dur i irreductible.

Des del primer moment es veia clar que es tractava d'un tumor probablement del seno frontal, que s'havia ficat a la cavitat orbitària. Ens trobàvem doncs, amb un cas d'exoftàlmia amb tumor aparent, faltava fixar de manera certa si el tumor era del seno i la veritable naturalesa.

Referent al primer, la il·luminació del seno i l'experiència clínica varen confirmar la nostra sospita, i quant al segon, la manera d'evolucionar i la punció exploradora amb el tròcar, ens varen conduir al diagnòstic d'empíema del seno frotal amb invasió etmoidal.

No m'entretindré en fer consideracions de diagnòstic diferencial, ja que aquesta comunicació té un altre objecte; tan sols he de tractar del procediment operatori seguit, fent avinent que és el millor dels tres que ordinàriament es segueixen.

Anestesiada la malalta pel cloroformo i afeitada tota la seia, després de pintar la regió amb tintura de iode, vaig fer un tall curvilíneo des de la meitat de la regió supercilíar seguint l'arc

orbitari, baixant pel surc naso-yugal, incio que comprenia tota la profunditat dels teixits, després de disecar cuidadosament els llavis de la ferida i separar el periosti, amb una bona cullera vaig rompre la paret inferior del seno frontal, en l' ngul supero-intern de l'òrbita, resecant-la completament, aix  com una part de la paret interna orbitària, fent després un bon rasp t del seno i també de les c l ules etmoidals, amb eixamplament del



condu te fronto nassal. La quantitat de pus que va sortir era bastant abundant, aix  com també les fungositats, vàrem rentar bé tota la cavitat, sortint l'aigua pel nas; immediatament vàrem col ocar un tub de goma per fer el drenatge fronto- rbito-nasal, i la sutura corresponent, essent aplicat després un cuixinet de gassa i cotó, i el vendatge apropiat.

Els dies que varen seguir l'operació, es feien abundants rentades fronto- rbito nassals, cap els 10 dies, veient que l'aigua sortia bastant neta, suprim rem el tub de drenatge, essent substituït per una petita metxa de glasa perquè no es tanqués la fe-

rida abans de temps. La malalta seguia bé i al mes quasi no es coneixia que havia estat operada.

Al cap d'uns dies, en haver-se presentat supuració que sortia per la ferida i per la fossa nassal, creient que es tractava d'una recaiguda, vaig fer un altre raspai, seguit d'abundant lavatge amb solució de sèrum fisiològic, injectant cada dia per la ferida, un tub de vacuna immunisols Cremi, amb el que vaig aconseguir suprimir la supuració als 8 dies.

Com podreu veure pel retrat fet 2 mesos després de l'operació, el resultat estètic és excel·lent, no notant-se cap enfonzament que dongui un mal aspecte a la regió de l'ull.

L'objecte principal d'haver presentat aquest cas, és defensar el procediment operatori, seguint la via orbitària i combatre els altres procediments on s'empria trepanació per via frontal i per la via fronto nassal. O esmentin als que diuen que seguint la via orbitària, el resultat estètic és dolent per l'enfonzament de les parts toves per sobre i per darrera de la vora orbitària, donant al malalt la deformació coneguda per ull de cadàver. També s'ha dit que aquest procediment afavoria la infecció del contingut de l'òrbita, puix aquesta es troba amb contacte amb la cavitat sinusiana; jo no ho negaré pas això; cal tenir compte, però a mi no se m'ha presentat cap cas d'infecció orbitària. Per altra part cal pensar que la trepanació per la via orbitària preconitzada per Jansen i adaptada per Luc i altres, es fa la resecció de la branca ascendent del maxilar superior, amb aquest cas per força hi ha d'haver-hi deformació.

No cal que m'entretengui en explicar la resecció per la via frontal, ni per la via fronto nassal amb totes les seves modificacions, repassant mentalment la seva tècnica, salta de seguida a la vista la complicació del manual operatori que és de més duració i per força ha de quedar deformitat.

Jo porto operats més de 20 casos per la via orbitària, i no he vist mai un cas de mal resultat estètic, però he vist alguns casos operats per la via fronto-nassal i per la via frontal de deformitat, un d'ells es tractava d'un amic meu notari molt conegut de Barcelona, va ésser operat per un eminent cirurgià i es va seguir la via frontal; l'enfonzament fronto-naso orbitari era tan manifest, que dit notari se'n donava pena, així com els que el vèiem.

Per tant, després del què acabo de manifestar, puc sentar les següents conclusions:

- 1.^a La sinusitis frontal crònica es tractarà sempre quirúrgicament, seguint les vies frontal, fronto-nassal o orbitària.
- 2.^a La via preferent pels resultats estètics i rapidesa operatoria, serà la via orbitària.
- 3.^a Un poderós auxiliar per evitar les recaigudes, serà el caldo vacuna d'immunisols Cremy injectat per la ferida.